

se déclara, la prostration fit des progrès de jour en jour, et le malade mourut.

Aucune lésion grave n'existait à la poitrine ni dans l'abdomen; l'appareil urinaire lui-même ne s'écartait pas de l'état normal, seulement la vessie était un peu hypertrophiée et contenait deux calculs aplatis de volume moyen; la prostate avait aussi un peu plus de volume qu'à l'ordinaire. Il y avait une petite quantité de pus dans l'articulation fémoro-tibiale. Les cartilages d'incrustation étaient en partie détachés des os, qui se trouvaient ainsi en contact avec le pus, et qui déjà étaient altérés assez profondément dans quelques points. Au-dessus de la rotule et du côté externe existait un petit foyer touchant au fémur, dont le périoste était attaqué. Le tissu cellulaire du jarret était induré. A partir de ce point, et jusqu'au-dessous de la malléole, on découvrait les traces d'un vaste foyer, profondément situé, au milieu duquel les muscles paraissaient intacts, mais dénudés. Inférieurement le pus avait fusé le long des tendons. Les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané étaient intacts. Les deux incisions pratiquées à la partie postérieure de la jambe communiquaient avec le foyer.

Le traitement est hérissé de difficultés qui naissent principalement de l'incertitude du diagnostic.

Dans les premiers cas que j'ai rencontrés, j'eus recours aux antiphlogistiques, et dès que l'abcès fut formé, je me comportai comme on a coutume de le faire, en donnant issue au pus et en favorisant le dégorgeement des tissus, sans négliger les obstacles qui pouvaient gêner l'excrétion de l'urine.

Les deux premiers malades succombèrent, moins par suite d'une suppuration excessive, ou par la violence des douleurs et des accidents locaux, que par l'effet de désordres généraux ayant une certaine analogie avec ceux qu'on observe dans les fièvres dites ataxiques.

Dans le troisième cas, un des plus graves qui se soient offerts à moi, je procédai encore de la même manière. Il y eut un grand nombre d'abcès à la jambe gauche; les premiers ne furent ouverts que quand la fluctuation y devint manifeste; ils suppuraient abondamment et pendant longtemps. Pour les derniers abcès j'agis autrement: j'incisai aussitôt que l'inflammation fut localisée; il ne sortit qu'une sérosité d'abord sanguinolente, qui bientôt devint jaunâtre et filante: cet écoulement dura plusieurs jours. Dans quelques-uns de ces abcès, un peu de pus parut au bout de deux ou trois jours, et tout finit là, de manière que les derniers abcès, qu'une incision avait fait avorter, se trouvèrent guéris avant les premiers qui avaient parcouru les différentes phases de leur développement.

Dans le quatrième cas, que la pratique m'a fourni, les phénomènes n'ont pas présenté la même régularité. Il n'y eut qu'un abcès à la partie moyenne de la cuisse; mais cet abcès était profond, l'empâtement peu considérable, la douleur peu vive. Sans les symptômes généraux qui avaient précédé et qui persistaient encore, si surtout mon attention n'avait pas été mise en éveil par des faits précédents, j'aurais considéré l'inflammation de la cuisse comme peu grave. Je fis une incision fort étendue et très-profonde; le pus était déjà formé; il s'écoula une

assez grande quantité de sanie purulente qui continua les jours suivants. L'accident local se borna là, et les symptômes généraux disparurent. Cependant le malade conservait du malaise, la convalescence marchait lentement; le simple passage d'une bougie dans l'urètre fut suivi d'un accès de fièvre. Je crus devoir ajourner le traitement de l'affection calculuse pour lequel le malade était entré à l'hôpital.

Le cinquième malade était calculux aussi, et ce fut pendant le traitement par la lithotritie que se développa une vaste inflammation à la partie inférieure de la jambe. Sous le rapport de l'affection calculuse et de l'état des organes urinaires, il n'y avait rien de particulier, la pierre était de médiocre grosseur. Toutefois, au début du traitement, il survint quelques accès de fièvre et des douleurs rénales fort opiniâtres. On considéra comme la principale cause des accidents l'arrêt d'un fragment de calcul dans l'urètre, où il séjourna quelques heures. Tous les symptômes du côté des reins disparurent à la subite invasion d'une vive douleur dans le pied droit et au pourtour des malléoles. Du reste, on observait les phénomènes généraux que j'ai indiqués, et l'urine avait cette couleur safranée qui est caractéristique. On se borna à entourer le pied et le bas de la jambe avec des cataplasmes laudanisés. Le lendemain, la douleur du pied avait considérablement augmenté. Un gros bouton, développé derrière la malléole, s'ouvrit de lui-même, et laissa couler une sérosité jaunâtre, légèrement purulente, ou plutôt mêlée à quelques stries d'un pus mal lié. Il se forma un grand nombre d'abcès, la plupart petits et superficiels, à l'entour des malléoles ainsi qu'aux faces dorsale et plantaire du pied. Ceux de ces abcès qu'on ouvrit un peu trop tard donnèrent du pus, et la plaie persista plus longtemps. Quant aux points où l'incision fut faite au début de l'inflammation, il ne s'écoula, comme des mouchetures, qu'une sérosité sanguinolente, et l'ont vit bientôt disparaître l'inflammation, qui demeura bornée au tissu cellulaire superficiel, en sorte que l'articulation ne fut point atteinte.

Enfin, dans les deux derniers cas que j'ai vus, et de l'un desquels je viens de donner la relation, les indications ont été plus vagues et surtout plus difficiles à remplir. L'inflammation, au lieu d'attaquer le tissu cellulaire superficiel, établit son siège spécial dans le tissu inter-musculaire profond. Chez l'un des malades, il se manifesta d'abord un peu d'empâtement au-dessus de la malléole interne avec un peu de gonflement. Des mouchetures superficielles, mais très-nombreuses, donnèrent issue à une grande quantité de sérosité jaunâtre, et la phlegmasie disparut; mais bientôt l'articulation du genou fut envahie, tout le membre devint douloureux ainsi que l'avant-bras du côté opposé, et les accidents marchèrent avec tant de rapidité que le malade périt avant que l'inflammation eût parcouru ses périodes. Aussi ne trouva-t-on pas de foyer purulent, mais du pus répandu entre les muscles profonds et dans l'articulation du genou.

Ainsi le traitement diffère beaucoup de celui qu'on applique aux rhumatismes aigus et aux phlegmasies ordinaires. Toutes les fois que j'ai attendu l'évi-

dence de la fluctuation pour ouvrir l'abcès, les malades ont couru les plus grands dangers, et plusieurs ont succombé. L'application de la méthode antiphlogistique exclusive contre ce travail inflammatoire n'a produit aucun résultat.

Voici quels sont les moyens qui m'ont le mieux réussi.

1<sup>o</sup> On pratique de nombreuses mouchetures sur toute la surface affectée, il s'en écoule une sérosité roussâtre ou d'un jaune foncé, en général très-abondante, et qui continue même pendant plusieurs jours. On couvre les petites plaies avec des cataplasmes émollients renouvelés trois ou quatre fois par jour. Chez deux des quatre malades dont j'ai obtenu la guérison, l'inflammation, qui était superficielle, a avorté sous l'influence de ce simple traitement.

2<sup>o</sup> Lorsque l'inflammation attaque en même temps le tissu cellulaire sous-cutané et celui qui est situé plus profondément, les mouchetures dégorcent les points superficiels, et y arrêtent les progrès du mal; mais le tissu inter-musculaire demeure empâté, induré, il s'enflamme et bientôt on a de vastes abcès. Le praticien se trouve d'autant plus embarrassé qu'il est souvent fort difficile, sinon même impossible, de déterminer l'étendue de la maladie, et qu'il craint de faire, sans nécessité, des incisions profondes. Dans le dernier cas, dont j'ai donné les détails, j'ai eu à regretter d'avoir cédé à ce sentiment: car, suivant toutes les probabilités, si je m'étais hâté davantage de pratiquer quatre ou cinq incisions larges et profondes, le dégorgeement de tissus profonds se serait opéré, et je n'aurais pas eu à déplorer la perte du malade. De toute évidence, en effet, l'articulation du genou ne s'est prise que consécutivement, et un traitement plus énergique aurait peut-être prévenu l'énorme suppuration que j'ai eue à combattre. Donc, lorsque les mouchetures n'ont procuré qu'un soulagement incomplet et momentané, lorsque les symptômes généraux réunis à l'état local font présumer que le tissu cellulaire inter-musculaire est affecté, il ne faut point hésiter à diviser les parties qui couvrent ce tissu. On doit se comporter alors comme s'il s'agissait d'un épanchement d'urine. Il ne sortira que du sang avec lequel sera mêlée la sérosité roussâtre qu'on voit couler seule quand on ne divise que la peau; mais j'ai l'entière conviction que cette pratique seule peut prévenir des désordres contre lesquels les ressources de l'art deviennent ensuite inutiles.

(Bulletin de Thérapeutique, avril.)

#### 46. Luxation de l'épaule datant de cinq semaines. Réduction; par M. VELPEAU.

La femme d'un perruquier de Mont-Rouge ayant fait une chute dans sa boutique sur le côté droit ressentit d'abord toutes les conséquences inévitables d'un pareil accident, même sans aucune complication: ainsi, dans l'épaule qui avait reçu le choc, dou-

leur vive, gonflement, légère ecchymose et difficulté de remuer le membre que la malade trouvait bien naturelle dans cet état. Mais sa position ne s'étant pas améliorée au bout de plusieurs jours, ses souffrances devenant au contraire de plus en plus vives au moindre mouvement qu'elle voulait imprimer à son bras, on consulta un médecin. Celui-ci, examinant de la partie, n'y reconnut qu'une forte contusion, et prescrivit un traitement approprié; aucun soulagement n'étant résulté de l'application des liniments et frictions ordonnées, on appela un second consultant qui, lui, diagnostiqua une luxation de l'humérus; mais soit qu'un commencement de tractions douloureuses ait intimidé la malade, soit que cette divergence d'opinions l'ait rendue défiante et moins docile, elle ne voulut se soumettre à aucune espèce de traitement avant d'avoir un autre avis. Donc vint un troisième médecin qui, comme le premier, s'arrêta à l'idée d'une simple contusion, et conseilla de reprendre les moyens abandonnés. Ce fut encore en vain qu'on les mit en pratique pendant un assez grand nombre de jours; sauf un peu moins de gonflement, l'impossibilité des mouvements, les mêmes douleurs persistaient, quand la malade, inquiète de son état et ennuyée de toujours souffrir autant, résolut de prendre pour dernier conseil l'avis de M. Velpeau. bien décidée à s'en rapporter entièrement à lui. Ce chirurgien déclara positivement qu'il y avait luxation de l'humérus, et sur sa demande, la malade entra dans son service pour que l'on en tentât la réduction.

Toutes ces tergiversations, ces avis contradictoires, ces traitements tour à tour exécutés, abandonnés et repris avaient laissé écouler un intervalle de cinq semaines depuis le jour de l'accident; or, voici quel était l'état du membre quand il fut examiné dans les salles.

Aucun symptôme de travail pathologique ne se manifestait à l'extérieur; il n'y avait ni rougeur, ni tension, ni douleur au simple toucher; pas de tumeur, enfin nulle trace d'inflammation. Il existait seulement encore un peu de gonflement. Du côté malade, l'acromion était plus saillant que de l'autre; la différence était marquée. Le creux sous-claviculaire était à peu près effacé; le membre, pendant, était dévié relativement à l'axe du tronc, sous un angle assez élevé, le coude s'écartant du thorax et se portant un peu en avant; tout le bord du scapulum était soulevé en arrière; les mouvements étaient très-bornés en arrière et excessivement douloureux, soit qu'ils fussent volontaires, soit qu'on les provoquât; le deltoïde était moins tendu; au-dessous de lui et à sa face externe, on sentait une forte dépression. Le bras étant levé, la main, en le suivant, était arrêtée en haut par un corps dur et saillant, séparé de la peau de l'aisselle par une couche épaisse de tissus. En embrassant les deux rebords de toute la saillie dure, la main saisissait supérieurement l'acromion et contournait en bas et en dedans du côté de la clavicule une portion plus volumineuse dont les mouvements suivaient ceux du bras. En opérant ces mouvements on ne constatait aucune espèce de crépitation, ni celle fine ou sonore d'un os brisé, ni celle sourde et profonde, *croquante* des cartilages, qui se fait quelquefois sentir dans les luxations. Le

bras, mesuré, était égal à l'autre pour sa longueur; au surplus, dans le cas de luxation supposée, la différence en plus ou en moins n'est pas d'une grande valeur; l'allongement seulement pourrait devenir un indice assez certain, en l'absence d'autres signes.

Dans ces conjonctures, M. Velpeau diagnostiqua une luxation, en croyant toute erreur impossible; car il n'y avait pas à s'arrêter à l'idée d'une simple contusion, ni guère plus à celle d'une fracture; l'absence de crépitation et le peu d'étendue des mouvements devaient détruire cette supposition. Ce chirurgien reconnut donc positivement une luxation en avant, *in alam*, comme dirait Celse, qu'il rangea d'abord dans sa grande classe des luxations *antéro-internes* ou *axillaires*, qu'il subdivisa ensuite en trois genres: luxation *sus-claviculaire*, très-rare, quand la tête de l'humérus, renversée près de la racine de l'apophyse coracoïde ou de la clavicule, se trouve comme bridée en-dessous par la portion supérieure du muscle sous-scapulaire; luxation *sous-pectorale*, peu commune, lorsque la tête de l'humérus s'est placée dans le creux de l'aisselle, entre les muscles sous-scapulaire et pectoraux; luxation *sous-claviculaire*, la plus fréquente, quand la tête de l'os du bras, logée dans la fosse axillaire du scapulum, est séparée du creux de l'aisselle par le muscle sous-scapulaire. Telles sont les trois principales variétés de déplacement nécessaires à distinguer, suivant M. Velpeau, pour pouvoir classer d'une manière suffisamment exacte toute espèce de luxation, sans s'inquiéter des différentes nuances intermédiaires qu'on doit, à coup sûr, rencontrer, mais qui ne peuvent servir de base, comme cela est arrivé cependant, pour ranger autant de sortes de luxations sous une multiplicité de dénominations fausses ou vides de sens, qui ne font qu'embarrasser davantage la question de ces accidents sans éclairer en rien l'histoire de leurs signes, de leur diagnostic, de leurs conséquences ou de leur traitement, et qui indiquent des luxations qu'en théorie il est permis de regarder comme rigoureusement possibles, mais qui, pour la plupart, n'ont jamais été reconnues ni observées dans la pratique, par ceux-là même qui les ont faites.

Suivant ces données et d'après les signes fournis dans le cas qui nous occupe, c'était donc une luxation sous-scapulaire qui s'offrait à être traitée; mais avant de l'entreprendre, M. Velpeau se demanda s'il devait inconsidérément en tenter la réduction sans songer aux accidents que le moyen employé après l'intervalle de temps écoulé pourrait faire naître, tels que l'inflammation des tissus, la rupture des vaisseaux, chose fort grave et malheureusement trop peu rare; car, sans compulsor tous les faits connus et publiés, ne se rappelle-t-on pas le malheur arrivé à un célèbre chirurgien de Rouen, M. Flaubert, qui arracha les racines du plexus brachial dans des efforts de traction violente! N'a-t-on pas, parmi d'autres, quatre cas remarquables de rupture de l'artère axillaire: deux publiés dans la pratique du même chirurgien, M. Gibson, de Philadelphie; un dans la pratique de Delpech, à Montpellier; et un autre arrivé à Paris, il y a deux ans?

Mais, par compensation, il ne faut pas oublier non plus les exemples assez nombreux de réussite

obtenue après une époque plus ou moins reculée depuis l'événement; ainsi, M. Schmidt, une fois après sept mois, une autre fois après dix mois, M. Mackensie, au bout de six mois, et M. Cunier, également après six mois, ont vu leurs tentatives de réduction suivies du plus heureux succès, sans qu'il survint aucun accident.

M. Velpeau se rappelle un cas de luxation heureusement réduite par M. Sédillot, après un an de date, et lui-même a obtenu le résultat le plus satisfaisant en opérant la réduction de plusieurs luxations plus ou moins anciennes, trois de plus de vingt jours, une de quarante-six jours, et une autre d'autant de quatre mois.

C'est pourquoi il se trouva engagé, dans le cas présent, à essayer de réduire au moyen de tractions modérées, faites d'ailleurs dans le sens qui lui a paru toujours le plus avantageux pour réussir plus sûrement et plus promptement dans cette espèce de luxation, c'est-à-dire horizontalement; de même qu'il a remarqué que l'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, est la plus favorable dans les luxations sous-pectorales, et que l'extension oblique en bas, puis horizontale, convient mieux dans les luxations sous-claviculaires que les deux précédentes. Non pas cependant qu'il soit juste de dire que chacune de ces méthodes soit exclusivement applicable au cas indiqué; mais M. Velpeau affirme que dans toute circonstance où il a opéré de cette façon, c'est-à-dire plus de quarante fois, il a constamment obtenu le succès et le plus facile et le plus complet, sans avoir jamais rencontré le moindre inconvénient.

Cette manière d'agir ayant été employée contre la luxation qui nous occupe, dès la première tentative et au moyen d'une traction peu forte, elle s'est trouvée réduite, et la malade est sortie au bout de quelques jours, ayant l'épaule droite dans un état parfaitement normal.

(Gazette des Hôpitaux, n° 37.)

47. *Fracture de la mâchoire inférieure oblique et avec esquilles; large plaie des parties molles de la face; commotion cérébrale; forte ligature jetée autour des fragments pour les fixer; réunion linéaire de la plaie des parties molles en treize jours sous l'empire de la suture, et consolidation parfaite de la fracture en vingt-trois jours sans laisser la plus petite difformité;* par M. BAUDENS, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros Caillou.

Le 4 mai, le nommé L..., chasseur au 12<sup>e</sup> régiment, fit une violente chute de cheval au Caroussel, et, par une fatalité remarquable, le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur du côté gauche vint à heurter contre la crosse du mousqueton de ce militaire.

L... perdit connaissance au moment de l'accident, et ne reprit ses sens qu'après quelques minutes. On voyait au côté gauche de la face une plaie verticale,

longue de 12 à 13 centimètres, dont la partie moyenne, contuse au plus haut degré, correspondait au rebord de l'os maxillaire, au niveau de la deuxième grosse dent molaire. Je fis à travers la brèche des parties molles, l'extraction de deux petites esquilles et de quelques morceaux de dents brisées; puis, à l'aide du pouce fixé sur le rebord de la mâchoire, et du doigt indicateur placé en opposition sur l'arcade dentaire, je parvins à mettre aisément en rapport les fragments; mais du moment où ils étaient soustraits à l'action harmonique des puissances digitales, le fragment externe se portait en haut et en dedans, et le fragment interne se dirigeait en bas et en dehors, cédant à des moteurs musculaires antagonistes.

Vainement a-t-on recours, dans ces circonstances, aux bandages et aux appareils connus jusqu'à ce jour; les bandages et les appareils sont d'une application difficile, se dérangent facilement, ne sont applicables ni sur les jeunes enfants ni sur les enfants indociles, et toujours ils sont insuffisants. En effet, les fragments ne sont jamais parfaitement bien affrontés, et le vide laissé entre eux n'est comblé que par d'abondants sucs osseux, d'où il résulte un cal très-volumineux dont la saillie à l'extérieur choque l'œil d'une manière désagréable. Assez souvent les dents voisines de la fracture cessent d'être sur le même niveau, et la mastication est rendue difficile; enfin, le travail laborieux du cal laisse dans les tissus blancs une induration qui se dissipe avec peine, et nuit singulièrement au jeu de l'articulation temporo-maxillaire.

Ces fâcheux résultats disparaissent devant le traitement qui m'appartient, traitement que déjà j'ai mis en usage en Afrique pour remédier à des coups de feu, et auquel j'ai eu recours dans l'intérêt du malade qui fait le sujet de cette observation. Il consiste à placer autour des fragments un lien destiné à les tenir dans un rapport immédiat.

On peut se servir pour engager le lien autour de la fracture d'une aiguille à suture ordinaire, surtout quand il y a plaie aux parties molles; mais mieux vaut recourir à l'aiguille à suture que j'ai modifiée. Sa longueur est de 8 centimètres, sa partie moyenne est flexible pour lui donner telle courbure qu'il plaît à l'opérateur, et elle est percée de deux chas, un près de sa pointe, et l'autre à sa base. Un lien ciré et formé de six à huit fils ordinaires doit être engagé au préalable dans les deux chas, et l'aiguille ainsi armée est saisie par la main droite de l'opérateur, dont la main gauche maintient les fragments en rapport, en plaçant en opposition, comme nous l'avons dit plus haut, le pouce sous le rebord de la mâchoire et l'indicateur sur l'arcade dentaire.

A l'aide de ces préliminaires l'opérateur dirige la pointe de l'aiguille sur le bord inférieur de la mâchoire, contourne la face interne de cet os, et la fait ressortir dans la ligne qui sépare la gencive du collet de la dent, suffisamment pour que le fil engagé dans le chas situé près de la pointe de l'aiguille puisse en être extrait dans la bouche. Ce premier temps opératoire terminé, l'aiguille est ramenée sur la face externe de la mâchoire pour être extraite en totalité par la bouche et en sortant au défaut de la

gencive. L'opérateur saisit alors les deux chefs du lien, et fait par lui-même ou par le secours d'un aide une ligature fortement serrée autour des fragments préalablement mis dans un rapport intime et normal. Ces chefs sont ensuite divisés et laissés au dehors de la bouche, pour que plus tard ils puissent servir de conducteurs au bistouri par la section du lien circulaire quand il devra être retiré.

Ici se termine le pansement quand la fracture n'est pas compliquée de division des parties molles; mais quand cette complication existe, comme chez notre blessé, je réunis la plaie, quel que soit son degré de contusion, à l'aide de points de suture, et entre ces points je place des bandelettes de taffetas d'Angleterre, afin d'affronter avec une exactitude parfaite les lèvres de la division des tissus; seulement, dans l'angle le plus déclive; je laisse un petit hiatus pour l'écoulement des humidités purulentes.

Tel est le traitement que j'ai employé en faveur de ce chasseur, et que j'ai complété en recouvrant le côté de la face correspondant à la blessure de linges trempés dans de l'eau froide et fréquemment renouvelée. Sous l'empire de cette médication, la tuméfaction énorme de la face tomba en quelques jours. Quant à la commotion qui avait eu lieu au moment de la chute, elle ne fut suivie d'aucun accident grâce à une forte hémorrhagie fournie par la plaie et à deux saignées du bras que je fis pratiquer dans les premières vingt-quatre heures.

Dès le deuxième jour de sa blessure, ce militaire put prendre des potages et faire exécuter à sa mâchoire quelques légers mouvements sans craindre de déplacer les fragments. Cet avantage ressort essentiellement de mon traitement.

Au huitième jour, les sutures molles furent retirées; la réunion était linéaire et solide, seulement un petit pertuis laissé à l'angle inférieur de la cicatrice donnait passage à quelques matières purulentes, ainsi qu'on a pu s'en convaincre à l'Académie de médecine, où j'ai présenté ce militaire au treizième jour de sa blessure.

Au vingt-troisième jour, j'ai retiré la ligature qui tenait les fragments de la mâchoire affrontés; le cal était solide, ne présentant de saillie ni à l'intérieur ni à l'extérieur; la tuméfaction de la face était tombée entièrement; le jeu de l'articulation temporo-maxillaire était tout à fait libre, et à part une cicatrice linéaire peu visible placée sur la région cervico-faciale ce chasseur ne présente aucun indice d'un accident dont la gravité a compromis ses jours.

M. le président de l'Académie m'a objecté que cette fracture étant oblique dans la direction de l'oreille vers le menton et de haut en bas, les fragments ne devaient pas se déplacer, attendu que le fragment postérieur se trouve soutenu par le biseau du fragment antérieur.

Si M. le professeur Roux a voulu dire que cette disposition de la fracture est favorable à la coaptation, nous partageons son avis; mais nous n'en inférons pas pour cela que les fractures de cette nature soient facilement maintenues réduites par les moyens ordinaires. Cette prétention pourrait induire en erreur les jeunes praticiens, et nous nous élevons contre elle de toute notre puissance.

En effet, la fracture oblique de l'os maxillaire inférieur offre un triple déplacement.

1° De haut en bas, par l'élevation du fragment postérieur et par l'abaissement du fragment antérieur.

2° Selon leur longueur, le fragment antérieur se portant en avant.

3° Selon leur épaisseur, le fragment postérieur étant attiré en dedans.

Or, de tous les déplacements, le dernier est si remarquable que, chez notre malade, il avait lieu dans toute l'épaisseur de l'os. C'est ce déplacement qui rend nulle ou à peu près nulle l'objection rapportée plus haut; et c'est parce qu'il se soustrait toujours plus ou moins complètement aux moyens préconisés jusqu'à ce jour, que, pour mon compte, je n'ai pas vu encore de fracture de mâchoire guérie par ces moyens, sans laisser un cal énorme et sans une difformité notable. C'est afin d'agir spécialement sur ce mode de déplacement que j'ai eu recours à une ligature jetée autour des fragments, et à l'aide de cette virole j'obtins des cicatrices osseuses linéaires et sans bavure.

Quelques chirurgiens pourraient repousser mon traitement dans la crainte que la ligature, par son action sur le tissu osseux, vint à altérer l'os dans sa texture. C'est encore là des objections spécieuses et théoriques qui s'évanouissent devant les faits et la pratique.

Et d'abord, en raison de la disposition inégale de la mâchoire, un lien serré autour d'elle aussi fortement que possible, ne portera jamais que sur quelques points, et la destruction du périoste, s'il y a destruction, ne serait que partielle. Nul d'ailleurs ne soutiendrait, je pense, aujourd'hui, une erreur longtemps professée, savoir: que la destruction du périoste entraîne nécessairement l'exfoliation de l'os. Pour mon compte, j'ai vu aux armées des os dénudés et privés de périoste dans l'étendue de plusieurs pouces, principalement au crâne et aux tibias, et les bourgeons charnus empiéter sur ces os et se greffer sur eux comme si le périoste les eût encore recouvert. J'ai suivi les malades, et l'exfoliation n'a pas eu lieu.

Je me propose d'appliquer mon traitement aux fractures de la clavicule, fractures qui, comme celles de la mâchoire, présentent toujours un cal difforme.

Par la position superficielle de la clavicule, un lien peut être facilement passé autour de cet os. Ce lien ne devra comprendre que les trois quarts de la circonférence de l'os. Ainsi entrée vers le bord inférieur de la clavicule, l'aiguille doit ressortir par le bord supérieur de cet os; une petite compresse carrée est placée sur les fragments, entre les chefs du lien, et ceux-ci doivent être noués fortement sur cette compresse.

Ce traitement nouveau a une portée pratique immense sur laquelle nous reviendrons.

(Ibidem.)

48. *Guérison radicale d'une hernie inguinale par la position horizontale, suivant le procédé de M. Ravin; par M. P. BIAGINI.*

Obs. — G. Brogli, tailleur, âgé de 52 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, vint consulter M. Biagini, en 1857, pour une petite tumeur qu'il portait depuis quelque temps à la région inguinale gauche, et qui avait résisté à tous les moyens empiriques auxquels il eut recours pour en obtenir la résolution. Cette tumeur, du volume d'un citron de Naples, occupait la région inguinale gauche; elle rentrait avec assez de facilité sous l'influence d'une certaine pression, en donnant lieu à un bruit de gargouillement; mais aussitôt que l'on cessait de comprimer sur le trajet du canal inguinal, elle reparaisait avec la plus grande facilité. Ces phénomènes, et d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, permirent d'assurer qu'il s'agissait d'un entéro-bubonocèle.

M. Biagini proposa au malade qui désirait vivement sa guérison de lui pratiquer la *chilissochirographie*, récemment proposée par M. Signoroni, ou bien de le soumettre au décubitus horizontal prolongé, et aidé de la compression et de quelque autre moyen. Le malade se soumit seulement au moyen palliatif, le bandage.

Pendant un an et demi, la hernie put être contenue, et la santé générale de l'individu n'avait pas cessé d'être florissante; mais vers le commencement de 1859, il fut pris d'un rhumatisme articulaire, qui l'avait obligé par deux fois à garder le lit pendant plusieurs semaines; survint, comme complication, une péricardite; ce qui motiva l'emploi énergique des évacuations sanguines et l'administration de la digitale à hautes doses. Toutefois la terminaison fut heureuse, et après trois mois de cubitus horizontal, le malade put reprendre ses anciennes habitudes. Non-seulement il était guéri de son affection rhumatismale, mais sa hernie n'existait plus. Au grand étonnement de M. Biagini la tumeur ne reparaisait plus, l'étendue de l'orifice externe du canal inguinal gauche était singulièrement rétrécie. Le malade debout pouvait tousser avec force sans qu'aucun des viscères abdominaux tendit à se faire jour à l'extérieur à travers le canal aponévrotique.

Ce fait confirmatif des idées de Ravin paraît à l'auteur italien suffisant pour établir les conclusions suivantes:

1° Il est possible d'obtenir la guérison radicale de quelques hernies par la position horizontale longtemps prolongée.

2° Cette guérison a lieu par la diminution de largeur du canal, le retrait de ses parois, qui reprennent l'obliquité qu'elles avaient perdue; tous changements matériels qui se produisent en vertu seulement de la force toniques des tissus.

3° Pour que ces tissus aient la force tonique suffisante pour obtenir ce changement désiré, il est nécessaire que les forces physiologiques générales du sujet soient assez énergiques, douées d'une vitalité convenable. D'où il résulte que les vieillards ne pourront être soumis à la méthode de M. Ravin, d'abord à cause de leur faiblesse, et en second lieu par l'impossibilité où ils se trouvent de supporter longtemps

sans de grands dangers le décubitus horizontal longtemps prolongé; enfin, que dans les hernies anciennes et volumineuses, les ouvertures par lesquelles les viscères ont fait hernie sont considérablement élargies et les canaux sont réduits à l'état de simple anneau, d'où résulte l'impossibilité absolue que la force tonique puisse rendre à leur état physiologique des parties aussi profondément altérées.

(*Bullet. delle scienze med.*, janvier 1840.)

49. *De l'emploi de l'onguent de belladone dans les hernies étranglées; par le docteur MEOLA.*

Voici comment l'auteur se comporte dans les cas de hernie: le malade est couché sur le dos, ayant la tête plus basse que le corps, les jambes soulevées et pliées vers le ventre, les fesses reposant sur un coussin. Alors on étend sur la tumeur une assez grande quantité de pomade de belladone pour la recouvrir entièrement. Les onctions seront répétées toutes les vingt ou trente minutes; on recouvrira la partie de feuilles fraîches de laitue.

Si le vomissement survient, comme cela a lieu d'ordinaire; s'il y a des douleurs violentes, du spasme abdominal, les onctions devront être plus étendues, et l'on appliquera sur le ventre des cataplasmes de laitue tiède ou de mauve arrosée de vinaigre fort.

Si la tumeur a pris déjà une teinte foncée, que le malade soit jeune ou pléthorique, et que les premières onctions n'aient pas réussi à calmer les douleurs, on appliquera 6 à 10 sangsues à l'anus, dont on laissera largement saigner les morsures. Un purgatif huileux ou mucilagineux sera donné alors, l'huile de ricin, d'amandes douces, etc. Il deviendra utile dès ce moment de faire quelques efforts de réduction qui auront beaucoup plus de chances de succès. Une fois la hernie réduite, on continuera les purgatifs, les sangsues à l'anus; le malade gardera le repos.

L'auteur ne cite pas de faits à l'appui de ces préceptes que nous avons rapportés presque littéralement.

(*Observatore Medico.*)

50. *Réflexions pratiques sur l'obturation ou plombage des dents; par O. TAVEAU, chirurgien-dentiste.*

Lorsqu'on débute dans la pratique d'un art, on prend généralement, et on ne doit prendre, en effet, pour guides que les principes élémentaires de cet art; mais à mesure qu'on avance dans la carrière, on est forcé de reconnaître que les principes ne sont souvent que l'expression collective des faits,

qu'une sorte de vérité moyenne établie sur la pluralité des cas, parce qu'ils peuvent faire défaut dans des circonstances qui, pour être les moins habituelles, n'en sont pas moins quelquefois assez communes.

Que le nouvel initié rencontre précisément dans les faits soumis à ses premières observations, non le principe, mais l'exception à la règle, il pourra de suite commettre une faute, se dégoutera de bonne heure; et, trouvant ailleurs des moyens plus efficaces que celui qu'il avait primitivement employé, il concevra pour le dernier une injuste prévention, et sera longtemps à reconnaître que son insuccès a dépendu bien moins de son défaut d'action que de l'inopportunité de son emploi.

Cette réflexion est, sans nul doute, applicable à la totalité de l'art de guérir; mais de toutes les parties qui le composent, et dont on est convenu de faire une branche à part, et par suite ce qu'on nomme une spécialité, il en est peu dans lesquelles la théorie ait plus besoin d'être éclairée par la pratique, que celle qui s'occupe d'une manière exclusive du traitement des maladies des dents; et cela, non-seulement parce que cette branche, de jour en jour plus importante, se compose d'une foule de procédés manuels, de détails mécaniques, dont la description, même la plus minutieuse, laisse toujours quelque chose à désirer dans les livres, mais encore parce que les faits qui forment son domaine se rencontrent très-rarement sous un aspect parfaitement semblable, et que chacun d'eux réclame ordinairement un moyen approprié à lui seul. A quoi se réduit, par exemple, tout ce qui, dans les traités élémentaires, même les plus étendus, a été écrit sur cette opération vulgairement désignée sous le nom de plombage des dents, l'une des plus communes de la chirurgie dentaire, et qui a pour but de remédier, par l'obturation de la cavité accidentelle d'une dent cariée, à sa perte de substance, et de la rendre ainsi à ses usages naturels? à trois ou quatre préceptes d'ailleurs assez vaguement exprimés, et qui se rapportent moins à la question pathologique, généralement trop négligée, qu'au procédé manuel en vertu duquel la substance obturante est introduite, foulée et maintenue dans l'excavation de la carie. Quant à la matière à employer, le choix en est presque abandonné au gré de l'opérateur, tant le choix a paru indifférent à la plupart des auteurs qui se sont érigés en arbitres de la science.

Il n'est cependant aucun des préceptes donnés au sujet de tout ce qui a trait à cette opération, que l'expérience ne démontre susceptible de subir d'importantes modifications, c'est-à-dire qui, suivi à la lettre, tel qu'il est indiqué, ne puisse quelquefois éloigner du but qu'on se propose, et dans tous les cas le choix de la matière obturante est une affaire si importante que c'est ordinairement de lui que dépend tout le succès. Bien convaincu de cette vérité, et fortifié de plus en plus par l'expérience dans cette opinion que j'ai depuis longtemps émise et au développement de laquelle j'ai consacré un traité spécial (1), que notre ministère doit avant tout être

(1) Hygiène de la bouche, 1 vol. in-12, 1826.

conservateur, j'ai fait de l'obturation des dents le sujet de recherches particulières qui m'ont conduit à des résultats nouveaux, assez avantageux pour que je puisse me croire dans l'obligation de les rendre publics et de les offrir comme voie de transition entre ce qu'on a généralement écrit à cet égard et les nombreux perfectionnements que cette partie de la chirurgie dentaire est susceptible de recevoir des praticiens de notre époque. Ces recherches ont principalement porté sur deux points : l'opportunité de l'obturation et la détermination de la matière obturante. Examinons-les successivement.

1° *Opportunité de l'obturation.* Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet s'accordent à reconnaître « qu'il ne faut jamais plomber d'abord une dent douloureuse, ensuite une dent affectée de carie sanieuse ou humide. La première partie de ce précepte, ne jamais plomber une dent douloureuse, est vraie dans la plupart des cas, mais elle souffre cependant quelques exceptions; car on rencontre, par exemple, des dents cariées qui ne sont douloureuses que précisément parce que leur intérieur est assujéti aux vicissitudes atmosphériques qui l'impressionnent péniblement et qui cessent de faire souffrir aussitôt que leur cavité est soustraite par son occlusion à l'action du froid et du chaud. J'en ai actuellement sous les yeux une preuve fournie par un médecin qui a une seconde grosse molaire inférieure profondément excavée, et qui n'en souffre que lorsqu'il enlève de sa cavité un tampon de coton dont il est obligé de l'obturer tous les jours. Que cette personne se présente chez un dentiste, après avoir enlevé le coton que contient sa dent, elle annoncera certainement une douleur qui, dans quelques cas, est très-vive; mais cette douleur sera-t-elle une contre-indication de l'obturation, et même d'un plombage définitif? Non, très-certainement, puisque ce moyen pourra seul la faire cesser.

Dans d'autres circonstances, une douleur, affectant une dent plus ou moins excavée par la carie, peut avoir son siège non dans la cavité accidentelle, mais dans le périoste alvéolaire; ce dont on s'assure par la percussion qui aggrave la douleur, et par l'introduction dans la carie d'une sonde qui ne détermine aucune sensation pénible. Ce genre de douleur ne contre-indique par conséquent pas non plus précisément toujours l'obturation de la dent. Il n'y a donc relativement à la douleur rien de bien absolu quand elle est prise pour mesure de l'opportunité du plombage; aussi est-il plus conforme, à ce que démontre l'expérience, de se borner à dire : S'il ne faut pas plomber une dent douloureuse, c'est surtout celle dont la cavité est le siège d'une douleur continue, ou dans les cas où la douleur s'accompagne de phénomènes inflammatoires.

Quant au conseil donné, sous forme aphoristique, de ne pas plomber une dent affectée de carie sanieuse ou humide, il est tout à fait obligatoire, si on a voulu entendre par le mot plomber l'obturation définitive d'une dent cariée; mais il est au moins juste, si par ce mot on a voulu défendre toute introduction dans la dent malade d'un corps étranger capable de la soustraire provisoirement à l'action de l'air et des aliments. En effet, c'est presque toujours par là qu'il faut commencer, puisque les substances susceptibles

d'arrêter la suppuration de la pulpe dentaire ou la décomposition de la matière éburnée doivent rester en contact avec les parties malades un certain temps, en un mot le temps nécessaire à la cicatrisation, ou si l'on veut, au dessèchement de la carie. Le précepte dans le cas de carie sanieuse doit donc, pour exprimer convenablement l'indication rationnelle, être donné à peu près en ces termes : Soustraire provisoirement la cavité de la carie au contact de l'air et des corps étrangers, pour faciliter son dessèchement, et plomber ensuite.

Pour remplir les premières indications, opérer le dessèchement de la carie, je me suis longtemps servi avec succès, et faute de mieux, d'une sorte de ciment ou pâte composé de sulfate d'alumine et d'éther sulfurique; mais j'ai été forcé de reconnaître que les avantages de cette substance, qui se durcissait d'eux-mêmes assez promptement, étaient annulés par l'espèce d'astiction que l'air exerçait inévitablement sur les parties voisines, et par l'incommodité qui résultait du dégagement de l'éther. J'ai fait à ce sujet de nouvelles recherches qui m'ont conduit à la découverte d'une autre substance qui non-seulement a tous les avantages de la précédente, sans en avoir les inconvénients, mais qui me semble même préférable sous tous les rapports à cette foule de préparations que l'esprit industriel et spéculatif de notre époque a fait éclore et préconise avec emphase comme moyen infaillible de suspendre les douleurs dentaires. C'est une solution de résine du *pistacia lentiscus* de l'île de Chio, ou simplement du benjoin dans l'alcool à 42 degrés, et dont on imbibe un peu de coton qu'on enfonce dans la cavité de la carie, en tamponnant assez fortement.

Cette préparation, qui ne laisse pas dans la bouche l'odeur et la saveur pénétrantes de l'éther sulfurique et de la créosote, et qui n'a pas, comme cette dernière, l'inconvénient de cautériser toutes les parties qu'elle touche, a le double avantage : 1° de dessécher très-promptement, c'est-à-dire en deux ou trois applications et souvent même en une seule, la pulpe dentaire, et, suivant l'expression habituelle assez peu médicale d'ailleurs, de charbonner l'intérieur de la dent; 2° de se durcir en six ou huit heures, de telle sorte que non-seulement elle soustrait la carie au contact de l'air et des aliments, mais qu'elle habitue encore la dent à la présence d'un corps moins dur, il est vrai, que tous les métaux employés pour plomber, et cependant d'une consistance telle qu'il obture complètement la cavité de la carie. Elle peut donc servir à la fois de topique par ses propriétés escharotiques, à la manière de toutes les teintures alcooliques, et de moyen contentif pour toutes les substances qu'on jugerait nécessaire de maintenir un certain temps en contact direct avec le fond d'une carie dentaire, comme l'opium, le camphre, la myrrhe, etc. Ajoutons à cela que sa texture permet de l'extraire facilement, dès qu'on le pense convenable.

2° *Matière obturante.* Quand, par l'emploi de moyens appropriés, locaux ou généraux, on est parvenu à arrêter les progrès d'une carie, qu'on en a pour ainsi dire obtenu la cicatrisation, on doit s'occuper de la plomber d'une manière définitive; et je persiste à soutenir que cette opération, peut-être

trop négligée de nos jours, pourrait, convenablement faite, conserver quatre-vingts dents au moins sur cent de celles dont on réclame de nous l'extraction. Quoi qu'il en soit, on a généralement employé jusqu'ici, pour plomber, cinq sortes de métaux : le plomb, l'étain, l'or et le platine, qui s'emploient en feuilles, et le métal de Darcet, qui s'utilise à l'état de fusion.

Le plomb est avec raison totalement abandonné aujourd'hui, et il en est presque de même de l'étain qui, quoiqu'obturant assez bien, s'oxyde toujours à la longue, et laisse pénétrer cette oxydation au fond de la carie qu'elle tend à entretenir; on les a remplacés avec le plus grand succès par l'or et le platine. Mais l'or, que quelques dentistes modernes disent à tort avoir les premiers employé à cet effet, puisque Fauchard le désigne en termes formels (1), est préférable à tous. Quand il est convenablement préparé, il est d'un excellent usage, parce que non-seulement sa couleur ne diffère pas très-sensiblement de celle des dents, comme l'étain et même le platine qui sont toujours d'un gris de fer, mais encore parce qu'il ne s'oxyde pas comme l'étain et s'identifie plus intimement qu'aucun autre avec lui-même et les parties environnantes. Il est seulement à regretter qu'il soit très-difficile de se procurer de l'or pur à Paris, car il n'y a guère que M. Motin, rue Grénetat, qui le livre à cet état; encore est-il moins convenablement préparé que celui de Vienne en Autriche, et même que celui des Etats-Unis.

Les métaux à l'état de feuilles peuvent être employés comme moyen d'obturation dentaire dans des circonstances que les auteurs ne me semblent point avoir assez rigoureusement déterminées. Ces circonstances sont presque exclusivement, ou des cas de petites caries centralement placées, ou des caries dont l'ouverture est très-étroite. Mais malheureusement ces cas ne sont pas les plus communs, car les caries sont plus habituellement larges et affectent très-souvent les parties latérales des dents; disposition qui, dans quelques occasions, ne permettrait pas aux métaux en feuilles de subsister seulement vingt-quatre heures.

Il a donc fallu chercher une substance plus solide, plus susceptible pour ainsi dire de contracter adhérence avec la dent. On a cru l'avoir trouvée dans le métal de Darcet, qui n'est, comme on sait, qu'un composé de huit parties de bismuth, cinq de plomb et trois d'étain, auxquelles un de nos honorables maîtres, M. Regnard, a ajouté un dixième de mercure pour augmenter sa fusibilité. Si cette substance a sur les métaux en feuilles l'avantage 1° de s'amalgamer plus uniformément, et par conséquent de ne pas laisser dans son intérieur ces vides que j'ai souvent rencontrés en sciant des dents plombées avec les autres substances; 2° de ne pas permettre une sorte de filtration par capillarité des sucs buccaux dans son intérieur; elle a cependant un inconvénient : c'est d'exiger l'emploi d'une température qui, sans être assez élevée pour brûler la dent et les

parties environnantes, peut néanmoins enflammer ces dernières et dessécher l'émail au point de le faire éclater. Aussi, quoique pouvant rendre de grands services, exige-t-elle une longue expérience et une grande prudence dans son emploi : car il ne suffit pas de savoir « qu'elle entre en fusion à la température de l'eau bouillante; » il faut pouvoir juger promptement cette température qui, au-dessous du point voulu, laisse l'opération incomplète et force à y revenir, et au-dessus peut véritablement brûler.

Pour obvier à tous ces inconvénients, je me sers depuis quatre ou cinq ans, avec un incontestable avantage, d'une pâte que j'ai nommée *pâte d'argent*, et dont je me suis aussitôt empressé de communiquer la composition à plusieurs de nos confrères. C'est la même que celle qu'un dentiste anglais a tout récemment importée à Paris, où il l'a donnée comme chose nouvelle, et qu'il a fort mal à propos désignée du nom de *minéral-succédané*, désignation qui est pour le moins un non sens, puisqu'elle n'indique ni sa nature ni ses usages. Cette pâte se prépare avec de l'argent vierge et du mercure. Pour cela on sature d'argent vierge, réduit en poudre très-fine et bien épuré, une quantité donnée de mercure; on broie le tout dans un mortier environ deux heures, pour que les métaux s'incorporent bien; et l'on passe, ou pour mieux dire, on exprime fortement le tout dans une peau de chevreau dépourvue de son épiderme, afin d'en extraire presque tout le mercure. Le résidu qu'on obtient ainsi est une pâte assez compacte qu'on renferme dans un bocal bouché à l'éméri pour l'utiliser au besoin.

On emploie cette préparation à froid, en la faisant pénétrer avec un fouloir dans l'excavation de la carie, et en se conduisant exactement comme pour les substances en feuilles. Le mercure venant à s'évaporer par la seule chaleur de la bouche, et cela dans le court espace de trois ou quatre jours, l'argent reste en une seule pièce dans l'excavation de la dent, en remplit toutes les anfractuosités, et devient aussi compacte que s'il avait été fondu dans cette même cavité. Ce nouveau moyen de plombage a donc une incontestable supériorité sur tous ceux qu'on emploie communément aujourd'hui, puisque d'abord il s'amalgame mieux et sans demander autant de frottement que les métaux en feuilles, ensuite parce qu'il ne nécessite pas l'emploi du feu, comme le métal de Darcet, enfin parce qu'il ne se durcit que dans un temps qui permet de l'enlever dans le cas où l'expérience prouverait que la dent n'était pas dans une condition requise pour un plombage définitif.

La pâte d'argent n'a presque pas de retrait, comme on pourrait le craindre par l'évaporation du mercure qui n'y est, après son expression dans la peau de chevreau, que dans une proportion presque inappréciable. Quant à la crainte qu'on pourrait avoir de l'action de cette portion de mercure sur les dents, elle est absolument illusoire, puisque ce métal n'y reste qu'en quantité bien moindre que dans le métal de Darcet, modifié par Regnard; aussi est-il infiniment supérieur en dureté. En résumé, cette pâte me paraît devoir être bientôt appelée à remplacer tous les autres moyens de plombage, puisque non-seulement elle en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients, mais qu'elle peut s'accom-

(1) Le Chirurg.-Dentiste; 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1786; p. 68 et suiv.