

dés généralement comme caractéristiques; la déviation du poignet en dehors et en arrière; le raccourcissement du membre, sa déformation, etc.;

3° En ce qu'elle révèle l'importance d'un signe sur lequel les auteurs ont passé trop légèrement, je veux parler de la mobilité mise en évidence par la *flexion en arrière*.

### FRACTURE DU SOURCIL COTYLOIDIEN AVEC SUB-LUXATION DE LA TÊTE DU FÉMUR<sup>1</sup>

DIAGNOSTIQUÉE PENDANT LA VIE. — AUTOPSIE UN MOIS APRÈS L'ACCIDENT.  
— LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La fracture du rebord de la cavité cotyloïde s'observe assez rarement. Le déplacement de la tête du fémur, qui l'accompagne, en a d'ailleurs pu imposer dans bien des circonstances, et faire croire à une simple luxation. Aussi ces fractures ont-elles été plutôt mentionnées que décrites, et les symptômes indiqués par quelques auteurs sont-ils considérés, dans les ouvrages de chirurgie les plus modernes, comme simplement déduits de vues théoriques.

Un cas de ce genre s'est récemment présenté à mon observation, et m'a fourni l'occasion d'en constater les véritables signes.

Il s'agissait d'un carrier surpris dans un éboulement, et amené à l'hôpital Cochin, le 5 mai 1854, avec des lésions multiples; une fracture du bras droit compliquée de plaie, une fracture comminutive de la cuisse du même côté, et, enfin, une lésion complexe de l'articulation coxo-fémorale gauche, qui fixa mon attention, et qu'à l'aide d'un examen minutieux et sévère je ne tardai pas à reconnaître pour une fracture du sourcil cotyloïdien avec la sub-luxation de la tête du fémur. La résolution du membre par le chloroforme rendait au reste les signes de cette affection assez nette et caractéristique pour ne laisser aucun doute dans notre esprit.

Voici en quoi ils consistaient: 1° une douleur vive existait au niveau de l'articulation; 2° la cuisse était raccourcie de quatre à cinq centimètres environ; 3° le pied était dans la rotation en dehors; 4° le grand trochanter faisait saillie en avant et en dehors; 5° les mouvements imprimés au

<sup>1</sup> Gazette des Hôpitaux, 1854, p. 516.

membre donnaient lieu à une crépitation très-manifeste; 6° une traction en bas produisait un ressaut brusque et une véritable réduction qui se détruisait promptement dans les mouvements d'adduction du membre, et se maintenait au contraire si la cuisse était portée au dehors; 7° enfin, pendant cette réduction il était facile d'imprimer au membre des mouvements de flexion, d'abduction et même de circumduction.

En présence de tels symptômes, il était évident qu'une lésion grave existait dans la hanche. Mais quelle pouvait être cette lésion? Était-ce une fracture du col, une luxation, ou bien une fracture du sourcil cotyloïdien.

La fracture du col du fémur a pour symptôme une douleur vive dans la région de la hanche, l'impossibilité des mouvements volontaires, la crépitation, un raccourcissement de plusieurs centimètres, que l'extension fait disparaître et qui se reproduit quand on abandonne le membre à lui-même. Or tous ces signes existaient chez notre malade. Mais dans la fracture du col du fémur, le pied est tourné en dehors; ici, au contraire, il était tourné en dedans. Dans la fracture la réduction se fait sans secousses, et le raccourcissement se reproduit dans toutes les positions; ici la réduction produisait un bruit manifeste et se maintenait quand on portait le membre dans l'abduction.

Ces derniers symptômes détruisaient donc les présomptions que faisaient naître les premiers, et ne me permirent pas d'admettre une fracture du col.

Était-ce une luxation? Je dus d'abord exclure les luxations sus et sous-pubiennes, qui l'une et l'autre s'accompagnent d'une abduction de la cuisse et de la rotation du pied en dehors.

Les symptômes de la luxation iliaque et de la luxation ischiatique se rapprochent davantage de ceux que nous avons sous les yeux. Dans l'une et l'autre de ces lésions, en effet, le membre est raccourci et dévié en dedans comme chez notre malade. La réduction de même s'opère brusquement et avec bruit. Mais dans la luxation simple il n'y a pas de crépitation; le membre, une fois ramené à son état normal, ne revient pas spontanément à sa position vicieuse; de sorte que je trouvais encore ici des symptômes contradictoires.

Au contraire, dans l'hypothèse d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation incomplète en haut et en dehors, toute la série des phénomènes que j'avais constatés trouvait une explication facile et le paradoxe disparaissait.

En effet, le raccourcissement du membre, la déviation du pied en dedans, étaient une conséquence forcée du déplacement que la tête du fémur avait dû éprouver en haut et en dehors par suite de la fracture du sourcil cotyloïdien. Il en était de même de la réduction facile et accompagnée de ressauts appréciables; de la reproduction du raccourcissement quand la cuisse était écartée en dehors, de la crépitation, enfin de tous les signes que nous avons notés.

L'existence d'une subluxation du fémur accompagnée de fracture du sourcil cotyloïdien ne laissa donc aucun doute dans mon esprit.



Je procédai à la réduction en exerçant de légères tractions sur la cuisse; puis, afin de prévenir un nouveau déplacement, je plaçai le membre dans une position telle, que la jambe était demi-fléchie et le genou fortement porté en dehors. Dans cette position, en effet, la tête du fémur, se trouvant dans l'axe de la cavité cotyloïde, n'exerçait plus aucune pression sur le sourcil de cette cavité.

Pendant quinze jours le malade resta dans un état assez satisfaisant; mais, au quinzième jour, une escharre, située près du genou droit, fut le point de départ de graves accidents. Dès que le foyer de la fracture et l'intérieur de l'articulation eurent été, par cette plaie, mis en contact avec l'air, des symptômes de la plus haute gravité se développèrent avec rapidité. L'amputation de la cuisse dut être pratiquée. — Quelques jours après, le malade fut pris d'accidents d'infection purulente, et succomba le 50 mai 1854.

La tête du fémur est parfaitement contenue dans la cavité cotyloïde; elle y exécutait tous les mouvements normaux; la capsule fibreuse, examinée par sa partie antérieure, était saine; il en était de même des parties osseuses correspondantes, c'est-à-dire de la partie antérieure de la cavité cotyloïde.

En arrière, au contraire, je trouvai les traces d'une fracture qui comprenait toute la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, mais dont les fragments étaient déjà soudés. Ces fragments, ainsi qu'on le voit sur la pièce, sont au nombre de trois. L'un, très-large, et si parfaitement réuni au corps de l'os qu'on a peine à le reconnaître, comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, l'épine ischiatique est prolongée en écaille sur la tubérosité de l'ischion. Le périoste est resté intact à la pointe inférieure de ce fragment, dont il a empêché le déplacement. Un second fragment, beaucoup plus petit, comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien. Un col encore incomplet le maintient soudé à l'iléum; mais il reste un intervalle d'un centimètre entre lui et le fragment précédent.

La capsule fibreuse offre, au niveau de ces fragments, les traces d'une déchirure longitudinale de deux centimètres d'étendue. L'articulation se trouvait donc parfaitement reconstituée.

En portant le corps du fémur dans une forte abduction, j'ai rompu le col, qui faisait adhérer les fragments au corps de l'os. Ces fragments, entraînés par la capsule fibreuse, se sont écartés l'un de l'autre, et j'ai pu voir la tête du fémur se déplacer en arrière. Dans cette position, la tête de l'os n'avait plus aucun contact avec le cartilage de la cavité cotyloïde; elle reposait, par sa partie antérieure, sur la surface fracturée de l'os iléum. Le ligament rond n'était qu'incomplètement rompu.

Si, dans cet état de choses, j'exerçais sur le fémur une légère traction en même temps qu'un mouvement d'abduction, la tête de l'os rentrait dans la cavité, et les fragments reprenaient leur position normale.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs égards:

1<sup>o</sup> Elle est un exemple bien net de fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation;

2<sup>o</sup> Elle démontre la possibilité de reconnaître d'une manière précise cette lésion sur l'homme vivant au moyen des symptômes que l'on n'avait pas encore signalés;

3<sup>o</sup> Enfin, elle fournit à la thérapeutique de cette affection des données utiles.

### NOUVEAU SIGNE DIAGNOSTIC DE LA FRACTURE DU COL DU FÉMUR<sup>1</sup>

#### EXAGÉRATION DU MOUVEMENT DE PROJECTION DE LA CUISSE EN ARRIÈRE

M. Maisonneuve rapporte qu'il avait dernièrement à examiner un malade chez lequel une fracture du col du fémur était probable, mais un peu douteuse; en faisant les explorations nécessaires, il croit avoir trouvé un moyen de diagnostic nouveau. On fait coucher le malade à plat ventre, et on saisit le membre pour le porter dans l'extension. Quand le col du fémur est intact, sa rencontre avec la partie supérieure du rebord cotyloïdien arrête bientôt et limite ce mouvement; si, au contraire, le col est fracturé, le membre peut être porté beaucoup plus loin en haut. Sur trois malades déjà M. Maisonneuve a pu constater l'existence et la valeur de ce signe, qui peut être fort utile dans les cas douteux, les plus rares d'ailleurs parmi les fractures du col du fémur.

### FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR COMMUNIQUE AVEC L'ARTICULATION DU GENOU<sup>2</sup>

#### GUÉRISON COMPLÈTE SANS ANKYLOSE

Decalonne, portière, âgée de soixante-six ans, tombe en descendant un escalier rapide: le genou gauche reçoit le choc, la malade y sent une don-

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1848, p. 27.

<sup>2</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 437.



leur vive, un craquement violent, et reste quelques instants sans connaissance. On la relève, et c'est alors qu'on s'aperçoit que la cuisse est cassée; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, numéro 16.

Le 14 septembre 1841, surlendemain de l'accident, le genou gauche, déjà tuméfié, présentait une forme régulièrement arrondie; on y sentait une fluctuation évidente; la pression y faisait reconnaître une sensation d'amidon qu'on écrase, preuve qu'il existait, dans l'articulation, du sang liquide et du caillot sanguin. Malgré la tuméfaction, les deux condyles du fémur pouvaient être reconnus; on les faisait mouvoir l'un sur l'autre avec facilité en pressant d'avant en arrière, il en résultait une crépitation évidente.

De plus, il existait une autre fracture entre ces condyles et le corps même de l'os.

M. Maisonneuve, qui emploie habituellement la position demi-fléchie dans les fractures de cuisse, crut devoir, dans la prévision d'une ankylose, placer le membre dans l'extension, afin que celui-ci pût servir encore à la malade.

En conséquence, le membre inférieur fut placé dans une extension complète. Une bande roulée fut appliquée sur la jambe; sur toute la cuisse un bandage à bandelettes séparées; autour du genou de larges attelles de carton destinées à se mouler sur le membre; enfin un bandage de Scultet et deux attelles de bois étendues depuis le haut de la cuisse jusqu'au delà du pied.

Ce bandage simple fut renouvelé quatre fois seulement pendant la durée de la cure, qui ne fut complète que le 12 novembre. On devait craindre l'ankylose; aussi ne fut-on pas peu surpris quand, quelques mois après la guérison, nous revîmes la malade marchant sans aucune difficulté, exécutant les mouvements de flexion et d'extension avec autant d'aisance que si le genou fût resté complètement étranger à la maladie.

#### NOUVEAU BANDAGE POUR LA FRACTURE DE LA ROTULE ET DE L'OLÉCRANE<sup>1</sup>

Depuis plusieurs années, M. Maisonneuve emploie, pour la fracture de la rotule, un bandage extrêmement simple, et dont l'efficacité surpasse celle des appareils les plus compliqués. Ce bandage consiste en une attelle large de sept à huit centimètres, divisée en trois portions égales par deux traverses longues chacune de vingt centimètres.

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 462

Cette attelle, garnie d'un coussin de balle d'avoine, est appliquée à la partie postérieure de la jambe, du jarret et de la cuisse, où elle est fixée par des tours de bande; deux lacs garnis de coussinets épais sont appliqués par leur partie moyenne, l'un au-dessus de la rotule, l'autre au-dessous, et leurs chefs, ramenés obliquement en arrière et croisés derrière le jarret, sont attachés fortement à la traverse la plus éloignée. L'un des lacs fixe ainsi fortement en bas le fragment supérieur, tandis que l'autre ramène en haut le fragment inférieur.

Nous avons vu cette année trois malades traités de cette manière, dans le service de M. Maisonneuve, et tous trois, malgré des complications assez graves, ont, au moyen de ce simple appareil, obtenu une guérison parfaite.

Chez l'un d'eux les greffes érigées avaient été employées au début; mais on avait été forcé d'y renoncer, à cause de l'inflammation que ces corps étrangers avaient déterminée dans les téguments et le tissu cellulaire.

En ce moment, un malade affecté d'une fracture de l'olécrâne est soumis à un traitement analogue. Cet homme, âgé de soixante-six ans, s'est fracturé l'olécrâne en tombant de sa hauteur sur le coude du côté droit. Un écartement considérable (de deux doigts environ) existe entre le fragment supérieur et le cubitus. M. Maisonneuve applique, à la partie antérieure du bras et de l'avant-bras, une attelle mince d'une seule traverse de douze centimètres. Cette attelle est séparée du membre par un coussin de balle d'avoine, et disposée de telle manière que sa traverse corresponde à la partie moyenne de l'avant-bras.

Une bande la maintient appliquée contre le membre, puis un lac garni d'un coussinet épais est appliqué par sa partie moyenne au-dessus de l'olécrâne. Ses deux chefs, ramenés en avant, sont croisés au-devant de l'attelle et fixés fortement à la traverse; de cette façon l'olécrâne est mis dans un contact parfait avec le corps du cubitus, et depuis dix jours que l'appareil est appliqué, la coaptation ne s'est pas un instant démentie.



## NOTE

SUR DE NOUVEAUX PERFECTIONNEMENTS

APPORTÉS AUX

## APPAREILS SOLIDIFIABLES

### DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES

LUE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dès les premiers temps de la chirurgie, les praticiens ont compris l'utilité des appareils solidifiables dans le traitement des fractures.

Hippocrate les recommandait déjà pour quelques fractures difficiles à contenir.

Plus tard, les chirurgiens arabes en généralisèrent l'usage. Aussi, dans les siècles postérieurs, nous les voyons décrits successivement par Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente, Wiseman, Moscati; et la plupart des auteurs de chirurgie jusqu'à nos jours.

Ces appareils, invariablement composés d'étoupes trempées dans un mélange de farine et de blancs d'œufs battus, n'étaient toutefois employés qu'exceptionnellement jusqu'au commencement de ce siècle, où Larrey père en a préconisé l'emploi comme méthode générale.

Depuis lors, plusieurs chirurgiens éminents se sont évertués à trouver de nouvelles substances solidifiables en même temps qu'à perfectionner leur mode d'application. C'est ainsi que l'on vit Dieffenbach préconiser le plâtre, M. Seutin l'amidon, M. Velpeau la dextrine, d'autres la colle de pâte, Bérard le carton mouillé. M. Félix Paquet la gutta-percha, etc.

Chacune de ces modifications présentait en réalité quelque avantage spécial; mais chacune d'elles se trouvait entachée de

quelque inconvénient grave, qui faisait hésiter les praticiens à en adopter l'usage d'une manière définitive. C'est ainsi que la dextrine, l'amidon, la colle de pâte, le carton mouillé, ont l'inconvénient grave de se dessécher trop lentement, d'exiger par conséquent un supplément provisoire d'attelles extérieures. De plus, ces substances, lentes à se solidifier, se ramollissent facilement au contact de la suppuration des cataplasmes et de tous les liquides, ce qui rend impossible leur emploi dans les fractures compliquées. Quant à la gutta-percha, certainement elle a des qualités précieuses, elle se solidifie rapidement, elle reste inaltérable au contact des liquides; mais, c'est malheureusement une substance rare, d'un prix élevé, qu'on ne se procure que difficilement, et dont la rigidité surtout laisse beaucoup à désirer.

Reste donc le plâtre. Cette substance est des plus communes, elle se trouve partout; sa solidification est des plus rapides, son inaltérabilité parfaite; seulement, les procédés employés jusqu'à présent pour son application étaient tellement défectueux, que l'usage en était vraiment impossible.

Dieffenbach, qui le premier se servit de cette substance, se contentait de la verser à l'état de pâte liquide sur le membre malade, de manière à saisir celui-ci dans un moule, qu'il fallait ensuite briser avec un marteau, quand on voulait l'enlever.

Quelques chirurgiens essayèrent, il est vrai, de parer à ce grave inconvénient en divisant le moule en deux ou trois parties; mais ce procédé n'en avait pas moins encore de trop graves inconvénients pour être pris en considération sérieuse.

En 1858, M. Lafargue de Saint-Émilion proposa de mélanger le plâtre à l'amidon, et eut l'idée de saupoudrer de ce mélange les compresses et bandelettes du bandage ordinaire de Scultet, préalablement humectées; de cette manière on obtient un appareil solide et léger à la fois; mais l'application en est minutieuse et difficile, et ne remplit encore que très-imparfaitement les indications si nombreuses et si délicates, que présentent les diverses variétés de fractures.

Tous les appareils solidifiables se trouvaient donc, pour une raison ou pour une autre, entachés de quelque vice capital qui



en rendait la vulgarisation impossible. C'est alors que l'idée me vint de chercher la solution du problème, non pas dans l'invention d'une nouvelle substance solidifiable, mais bien dans une meilleure application de quelqu'une des substances déjà connues.

Celle à laquelle je donnai la préférence fut le plâtre, qui se trouve partout, dont le prix est presque nul, et qui, de plus, offre sous le rapport de la consolidation et de l'inaltérabilité toutes les qualités désirables.

Seulement, au lieu de ces procédés pénibles dont on avait jusqu'alors fait usage pour son application, j'imaginai de le délayer simplement dans l'eau, et d'en imbiber ensuite une bande roulée, comme M. Velpeau le faisait déjà pour la dextrine.

J'obtins ainsi des appareils excellents, aussi simples, aussi légers, d'une application aussi facile que les appareils dextrinés, et doués, en outre, de l'avantage de se consolider en quelques minutes, en même temps que de résister parfaitement à toutes les substances humides.

Déjà nos appareils plâtrés se trouvaient donc supérieurs aux meilleurs appareils solidifiables, lorsque, à l'occasion d'un accident que j'éprouvai moi-même (une fracture du péroné), j'eus l'idée d'un nouveau perfectionnement dont je fis usage pour mon propre compte, et dont je fis immédiatement profiter mes malades.

Ce perfectionnement consiste à réduire tout l'appareil à de simples attelles. On prend pour cela de longues compresses de linge que l'on trempe dans le plâtre liquide, on les plie ensuite en plusieurs doubles, puis on les étend le long du membre fracturé, sur lequel on les maintient avec une simple bande.

En se solidifiant, ces compresses acquièrent une consistance extrême, et comme elles sont exactement moulées sur le membre, elles constituent des attelles d'une perfection absolue.

Mais là ne se bornent pas les avantages de ce perfectionnement. Peu à peu l'usage m'en a révélé d'autres bien plus précieux encore.

En effet, l'un des grands inconvénients des appareils solidifiables était précisément cette difficulté de les enlever en tout

ou en partie, ce qui leur a même valu le nom d'appareils inamovibles. De là, ces accidents si graves de gangrène, d'ulcérations, qui, bien qu'assez rares, n'en laissent pas moins le chirurgien dans de vives inquiétudes.

Ce sont ces accidents ou ces craintes qui avaient engagé M. Seutin à proposer son appareil amovo-inamovible. Mais, cette idée précieuse n'avait point encore, malgré les efforts de son auteur, obtenu de réalisation vraiment pratique.

Dans notre nouveau système d'appareil, rien, au contraire, n'est plus simple et plus facile que de remplir cette indication. Chaque jour le chirurgien peut inspecter la blessure, y appliquer des topiques, et cela sans déranger en rien le membre de sa fixité absolue. Bien plus, si, comme cela a lieu dans les fractures compliquées, il devient nécessaire de laisser à découvert, d'une manière permanente, telle ou telle portion du membre, pour y pratiquer des opérations ou des pansements voir même des irrigations, le nouveau système se prête avec la plus grande facilité à toutes ces exigences.

#### PRÉPARATION DU NOUVEL APPAREIL PLÂTRÉ

Disposez à l'avance les compresses destinées à former les attelles. Elles doivent avoir la longueur du membre fracturé, ou le double de cette longueur si la même attelle doit embrasser les deux faces du membre, ainsi que nous le faisons habituellement pour la jambe.

Il importe qu'elles soient assez larges pour que, étant pliées en huit épaisseurs, elles aient une largeur de deux à quatre doigts, suivant le volume du membre qu'il s'agit de contenir.

Quant les compresses sont disposées, on procède à la préparation du plâtre.

Dans une cuvette de dimension suffisante, versez un litre d'eau tiède.

Dans cette eau, jetez parties égales, c'est-à-dire un litre de plâtre fin à mouler. (Pour la cuisse, la quantité d'eau et de plâtre doit être double.)



Mélangez le tout de manière à en former une sorte de crème sans grumeaux.

Trempez dans ce mélange les compresses destinées à former les attelles. Faites que ces compresses s'imbibent bien complètement. Pliez-les ensuite, en les tenant dans une position verticale au-dessus de la cuvette, et donnez-leur la forme et la largeur convenue.

Quand une attelle est ainsi disposée, placez-la dans une assiette ou une cuvette vide, et préparez la deuxième, puis la troisième, et la quatrième s'il est nécessaire.

Pendant que l'on prépare l'appareil, des aides ont soin de disposer le membre, d'en raser les poils, d'oindre sa surface avec un corps gras.

Puis, quand tout est prêt, le chirurgien donne au membre la direction qu'il juge la plus convenable pour la bonne réduction de la fracture; il le fait maintenir exactement dans cette position, puis il applique sur ses quatre faces les attelles plâtrées. Enfin, au moyen d'une bande roulée qu'il applique avec soin, il maintient ces attelles exactement en contact avec le membre sur lequel, en raison de leur mollesse, elles se moulent avec une précision parfaite.

Il suffit de dix minutes pour la consolidation du plâtre.

Avec un peu d'habitude on s'arrange de manière à ce que l'application de l'appareil soit terminée un peu avant cette consolidation.

Dans les fractures difficiles à contenir, telles que celles de la cuisse, nous avons l'habitude, d'envelopper les attelles avec une bande également imbibée de plâtre liquide, ce qui donne à l'appareil une plus grande solidité.

La préparation de cette bande ne diffère en rien de la préparation des bandes dextrinées; la seule différence est que, au lieu d'une solution de dextrine, c'est la solution plâtrée qu'on emploie.

## DE LA COXALGIE<sup>1</sup>

Par le mot de *coxalgie* on désigne une maladie qui a son siège dans l'articulation coxo-fémorale, et qui revêt les caractères, tant anatomiques que symptomatiques, des affections articulaires connues sous le nom de *tumeurs blanches* ou d'*arthropathies*.

Je ferai remarquer seulement qu'il n'en est point de l'articulation coxo-fémorale comme de la plupart des autres articulations, de celle du genou, par exemple, où l'hydarthrose aiguë ou chronique est désignée par des noms distincts. Le mot *coxalgie* comprend toutes ces affections.

Ce mot ne paraît pas de date fort ancienne; il n'a véritablement cours dans la science que depuis 1809, où Wisth fit paraître son traité *De coxalgia*. Avant cette époque, la maladie qui nous occupe était désignée sous le nom de *morbus coxæ*, *morbus coxendicis*<sup>2</sup>, *dislocatio hanchæ*<sup>3</sup>, *morbus coxarius*<sup>4</sup>, *hanche scrofuleuse*, *luxation spontanée du fémur*<sup>5</sup>, *fémoro-coxalgie*<sup>6</sup>, *coxarthrocace*<sup>7</sup>, etc.

Toutes ces dénominations sont actuellement abandonnées pour celle plus simple et tout aussi exacte de *coxalgie*.

<sup>1</sup> Thèse de concours, juin 1844.

<sup>2</sup> Paul d'Égine, Table des matières.

<sup>3</sup> Albucasis, Table des matières.

<sup>4</sup> De Haen, *Ratio medendi*, 12, 101.

<sup>5</sup> Boyer, *Œuvr. chirurg.*

<sup>6</sup> Larrey, *Clin. chirurg.*, t. III, p. 551; 1859.

<sup>7</sup> Fricke, *Archiv. gén. de méd.*, t. II, p. 599; 1854.