

tion de continuité. Les deux extrémités sont portées, l'une en avant, l'autre en arrière du lobule, et fixées ensemble, afin qu'elles ne puissent se déplacer. On pourrait encore mettre une mèche de lingé dans l'ouverture, mais celle-ci se salirait bien plus que le fil métallique; aussi serait-on obligé de la renouveler, et la cicatrisation des bords de la plaie se ferait attendre davantage. Il est indiqué de ne pas placer tout de suite la boucle d'oreille, dont les bords anguleux pourraient irriter la plaie, d'où la nécessité de la retirer et parfois même de la briser s'il survenait quelque accident. D'ailleurs le poids du bijou est quelquefois assez considérable pour déchirer le lobule, ou du moins pour en agrandir l'ouverture outre mesure.

La présence du fil de plomb dans la plaie détermine une irritation suivie d'une sécrétion peu abondante de pus, et de la cicatrisation. On peut alors retirer le fil et le remplacer par l'anneau.

Il est à remarquer que quel que soit le corps que l'on place dans l'ouverture, celle-ci tend toujours à descendre: aussi vaut-il toujours mieux faire l'ouverture plus haut que plus bas.

Si l'on se servait de l'emporte-pièce, on agirait comme on le fait avec le trocart. Après avoir traversé le lobule, on dégagerait l'instrument de l'extrémité du bouchon, on enlèverait du centre de l'instrument les parties détachées du lobule, et on les remplacerait par le fil métallique qui, entraîné avec l'emporte-pièce qu'on retire, traverserait tout le lobule.

Cette opération, fort peu grave, n'est presque pas douloureuse; il est même à peine utile d'engourdir par la pression le lobule que l'on veut traverser. Les seuls accidents à redouter sont l'érysipèle ou l'inflammation du lobule, qui cède très facilement aux émollients. Il faut cependant remarquer que le corps étranger, entretenant l'inflammation, doit être enlevé lorsque les accidents surviennent; car non seulement celui-ci s'opposerait à la guérison, mais pesant sur des tissus rendus plus friables par la maladie, on courrait le risque de voir le lobule se déchirer.

La cicatrisation est complète au bout de vingt à vingt-cinq jours. Si l'on enlevait plus tôt le corps étranger, on courrait le risque de voir la plaie se boucher; dans ce cas, si l'on s'en apercevait assez à temps, il faudrait y passer un stylet moussé pour en décoller les bords, et si l'on ne pouvait les décoller, on recommencerait l'opération.

CHAPITRE XXIII

SAIGNÉE

On appelle *saignée* toute émission de sang faite dans un but thérapeutique.

On donne encore le nom de saignée au sang tiré d'une veine ou d'une artère: ainsi on dit une *petite saignée*, une *copieuse saignée*, pour dire qu'on a tiré peu ou beaucoup de sang.

La saignée *locale* est celle qui est faite au niveau ou dans le voisinage de la partie malade, dans le but de diminuer la congestion sanguine. La saignée *générale* a pour objectif de diminuer la masse du sang. Les anciens médecins considéraient la saignée comme *déplétive*, lorsqu'elle était pratiquée sur telle ou telle veine indistinctement; *révulsive*, lorsqu'elle était faite le plus loin possible de la partie malade, etc. Toutes ces dénominations sont à peu près abandonnées aujourd'hui.

On peut retirer une certaine quantité de sang de l'économie, en intéressant une veine, une artère ou des vaisseaux capillaires; ces trois opérations, bien différentes l'une de l'autre, portent les noms de *phlébotomie*, *artériotomie*, *saignée capillaire*. Les deux premières sont pratiquées comme *saignée générale*, la troisième comme *saignée locale*.

ARTICLE PREMIER

DE LA PHLÉBOTOMIE

Les anciens pratiquaient la phlébotomie sur toutes les veines du corps, pourvu toutefois qu'elles fussent superficielles, et d'un calibre assez grand pour donner une quantité notable de sang: ainsi ils saignaient la veine *préparate*, la veine *temporale*, la veine *ranine*, etc.; mais ces opérations sont à peu près abandonnées aujourd'hui, et la saignée est faite presque exclusivement aux *veines du pli du bras*.

Le volume généralement assez considérable de ces veines,

la finesse et la demi-transparence de la peau au-dessous de laquelle elles se trouvent placées, leur facile dilatation sous l'influence d'une compression circulaire exercée à la partie inférieure du bras ou de la contraction des muscles de l'avant-bras, qui fait refluer le sang des veines profondes dans les veines superficielles, justifient suffisamment cette préférence.

Dans quelques cas, lorsque les veines du pli du bras ne sont pas apparentes, on ouvre les *veines du dos de la main*, ou la *céphalique* dans son trajet entre le grand pectoral et le deltoïde; mais ces opérations ne se font que très rarement. On a encore pratiqué la saignée à la partie inférieure de la jambe, sur la *veine saphène interne*: c'est la saignée du pied; enfin, très rarement, on l'a faite au cou, sur la *veine jugulaire externe*.

Quelle que soit la veine que l'on choisisse, quand on veut pratiquer une saignée, il faut toujours exercer une compression plus ou moins grande entre le point qui doit être piqué et le cœur. Cette compression est faite dans un double but: 1° pour accumuler le sang dans la veine que l'on veut saigner, afin de la rendre plus apparente et plus résistante; 2° pour forcer le sang à s'échapper par l'incision, en l'empêchant de continuer son trajet vers le cœur. On conçoit donc très bien que la ligature qui exerce cette compression doit être assez serrée pour apporter un obstacle suffisant au cours du sang veineux, mais qu'elle ne doit pas comprimer trop fortement les parties, car on arrêterait la marche du sang artériel et l'écoulement sanguin cesserait dès que les veines seraient vidées.

A quel instant de la journée doit-on pratiquer la saignée? Quand c'est une saignée de précaution, on peut choisir le matin ou le soir. Le matin est préférable, car le malade n'est pas fatigué par les travaux de la journée. Le malade ne doit pas avoir mangé depuis trois ou quatre heures au moins; il ne prendra de nourriture qu'une heure après l'opération. Toutefois, dans les affections aiguës, la saignée peut être faite indifféremment à toute heure du jour; dans certains cas enfin, la saignée est tellement urgente, qu'il faut la pratiquer quand bien même le malade aurait mangé depuis un temps moins long que celui que nous avons indiqué.

Les veines sous-cutanées, et surtout celles du membre abdominal, contiennent moins de sang lorsque le malade est resté au lit: aussi la saignée est-elle alors plus difficile. Si

donc il est possible de faire prendre au malade un peu d'exercice, on devra le conseiller, car la contraction musculaire fera passer dans les veines sous-cutanées le sang qui aurait coulé dans les veines profondes.

La quantité de sang que l'on doit tirer pourrait varier depuis 125 grammes jusqu'à 1 kilogramme (?), selon la nature de l'affection, l'état du sujet, etc.

A. *Préparatifs.* — Pour pratiquer la saignée, on doit se procurer des *lancettes*, deux *bandes*: l'une, qui sert de ligature, est dite *bande à saignée*, l'autre pour le pansement; des *compresses*, de *l'eau tiède* et de *l'eau fraîche*, un *vase* pour recevoir le sang, un *drap en aleze* ou une *serviette* pour garantir le lit ou les vêtements du malade; enfin un *stylet*, des *pincés à disséquer*, des *ciseaux*. Si la lumière du jour est insuffisante, il faut avoir une *chandelle*, une *bougie*, ou mieux une *lampe*.

1° La *lancette* est un petit instrument composé de deux parties: la lame et la châsse. La *lame* est d'acier bien trempé, pointue, tranchante des deux côtés et parfaitement polie. La châsse se compose de deux plaques d'écaïlle, de corne ou de nacre, plus longues que la lame, et fixées, ainsi que celle-ci, au talon de la lancette par un pivot, de telle sorte que l'on peut facilement découvrir et recouvrir à volonté la lame de la lancette, en faisant rouler les valves de la châsse autour de cet axe.

On se sert de trois espèces de lancettes. L'une large et ne diminuant que vers la pointe: c'est la *lancette à grain d'orge* (fig. 446, G, D). L'emploi de cette lancette doit être préféré, car elle permet de faire une ouverture très suffisante à la veine.

D'autres fois la lancette est moins large et va en diminuant de sa partie moyenne vers le sommet: c'est la *lancette à grain d'avoine* (fig. 446, B, C); elle est préférable quand les veines sont profondes. Lorsqu'on fait usage de cette lancette, il faut pratiquer la saignée en deux temps: le premier temps est la *ponction*, le second temps, *l'élevation*. Dans ce second temps on élargit l'ouverture de la veine.

La troisième espèce de lancette est la *lancette à langue de serpent* (fig. 446, E); elle est beaucoup plus étroite que les deux autres: la lame de la lancette va en diminuant de la base au sommet; elle est peu employée.

Les lancettes sont conservées dans un petit étui de métal ou d'ébène qu'on appelle *lancettier*.

2° La *bande à ligature* était jadis une bande rouge longue de 1 mètre 50 centimètres à 2 mètres environ, large de deux travers de doigt, souple, assez ferme. Par sa couleur, cette bande peut effrayer le malade, lui causer du dégoût; aussi ne l'employons-nous jamais, nous lui substituons toujours un simple ruban de fil, ou toute autre bande de toile.

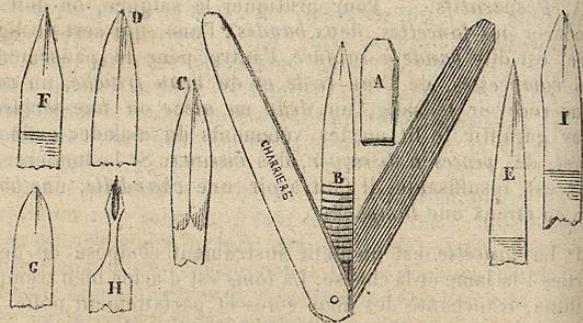


FIG. 446. — Lancettes diverses.

3° Le *vase* destiné à recevoir le sang est une petite écuelle d'étain ou d'argent à une oreille, d'une contenance de 125 grammes : il a reçu le nom de *palette*. Ce vase est maintenant peu employé; une cuvette ordinaire suffit au chirurgien qui a l'habitude de la saignée. On se sert dans les hôpitaux d'un vase d'étain assez grand pour contenir 500 grammes de sang et gradué par des lignes circulaires, de sorte qu'on peut toujours connaître exactement la quantité de sang qu'on vient de tirer.

4° Les *compresses* sont au nombre de deux : l'une sert à essuyer les environs de la plaie; l'autre, plus petite, triangulaire, de linge fin plié en quatre doubles, est destinée à recouvrir la blessure. Il est bon de la mouiller avec de l'eau fraîche, avant de l'appliquer sur la plaie.

5° La *seconde bande* sert à maintenir la petite compresse; sa longueur variera avec le volume du membre ou de la partie du corps sur laquelle on fait la saignée. Cette bande se fixe tantôt avec une épingle, tantôt en nouant les deux chefs.

6° L'*alèze* ou les *serviettes* destinées à garantir le lit ou les vêtements des malades ne présentent rien de particulier. Il est

bon toutefois de placer au-dessus d'elles une toile cirée, surtout si l'on suppose ne pouvoir diriger convenablement le bras du malade.

7° Les autres instruments dont nous avons parlé plus haut ne sont utiles que dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque quelque complication vient empêcher la marche régulière de la saignée. Nous indiquerons plus loin les circonstances dans lesquelles ils deviennent nécessaires.

Quant à la position du malade, elle doit nécessairement varier avec les diverses saignées que l'on veut pratiquer.

Lorsque l'on veut faire l'ouverture d'une veine, il faut ouvrir la lancette, c'est-à-dire placer les deux valves de la chasse d'un côté, la lame de l'autre, de telle sorte que celle-ci fasse avec la chasse un angle qui varie avec la veine que l'on veut saigner, ou plutôt avec la manière dont on veut ouvrir la veine.

B. *Opération*. — La veine doit être préalablement fixée en haut par le bandage circulaire, en bas par le pouce d'une des deux mains. Dans cette manœuvre il faut éviter de tendre trop fortement la peau, qui, en revenant sur elle-même, détruirait le parallélisme des lèvres des plaies cutanée et veineuse. De l'autre main on saisit la lancette par le talon, entre le pouce et l'indicateur; et se servant des autres doigts comme point d'appui, on enfonce doucement la lancette jusque dans le vaisseau, puis on la retire, soit sans agrandir la plaie, soit en élargissant l'ouverture.

Revenons sur chacun des temps de cette opération.

La lancette doit être portée tantôt perpendiculairement sur le vaisseau, d'autres fois on la porte parallèlement aux tissus, dans la crainte de blesser les organes placés au-dessous de la veine. Ce temps constitue la *ponction*.

Lorsque la veine est profonde, qu'elle n'est point en rapport avec des tissus qu'il importe de ménager, il faut l'enfoncer perpendiculairement : la même chose doit être faite quand on craint de voir rouler la veine en avant de l'instrument. Quand au contraire la veine est très volumineuse, très superficielle, il n'y a pas d'inconvénient à faire l'incision un peu oblique; par ce procédé on a l'avantage de faire l'incision de la peau un peu plus large que celle de la veine.

Lorsque la veine est très profonde, qu'on ne la voit pas et qu'on ne peut que la sentir avec le doigt, il est prudent de marquer avec l'ongle le point où l'on peut piquer. On enfonce ensuite doucement la lancette, et l'on constate que la veine est

ouverte, quand on voit deux gouttelettes de sang se montrer sur les deux faces de l'instrument.

Lorsque la veine est ouverte, on retire l'instrument en faisant exécuter à la lame un mouvement de bascule, de telle sorte que la pointe soit portée en haut et le talon en bas; c'est le temps qui est appelé *temps d'élévation*. Il faut faire attention à ne pas élever sa lancette trop brusquement, mais bien à couper en sciant; l'incision est plus facile, plus nette, moins douloureuse pour le malade.

L'élévation n'est pas toujours nécessaire; elle est inutile quand on saigne une grosse veine superficielle avec une lancette à grain d'orge. Du reste, le chirurgien apprendra beaucoup mieux par la pratique ce qu'il convient de faire dans ces diverses circonstances.

Les ouvertures des veines peuvent être pratiquées en long, en travers ou obliquement. On a conseillé de saigner en long les veines volumineuses, obliquement les veines d'un moyen calibre, en travers les petites veines et les veines profondes. Mais ces règles nous paraissent complètement inutiles; on peut dire que les incisions obliques sont les plus commodes et conviennent parfaitement à tous les cas, surtout au pli du bras, où elles ont l'avantage d'être parallèles aux filets nerveux.

La largeur de l'incision que l'on fait à la veine varie avec le volume du vaisseau. Large pour une veine volumineuse, cette incision doit dans tous les cas être assez étendue pour que le sang coule avec une rapidité suffisante; car une saignée qui dure trop longtemps fatigue le malade et ne produit pas toujours un effet satisfaisant.

Il arrive cependant que l'ouverture doit être plus ou moins large selon les indications: ainsi, quand on veut déterminer une syncope, il faut faire une large incision, le malade perdant d'autant plus facilement connaissance qu'il sort à la fois une plus grande quantité de sang; par contre, on pratiquera une incision plus petite quand on voudra éviter la syncope.

L'incision de la peau doit être plus large que l'ouverture faite à la veine, afin de faciliter l'écoulement du sang au dehors, d'éviter un thrombus et de rendre moins facile la destruction du parallélisme des deux plaies, par suite des mouvements du bras du malade.

Lorsque l'incision est terminée, le sang coule le plus souvent en *jet*, quelquefois il coule en nappe, c'est ce qu'on appelle *couler en bavant*. Cet écoulement est presque normal pour quelques saignées, au pied, au cou par exemple; mais pour la saignée

du bras, l'écoulement du sang doit se faire en jet; le contraire arrive quelquefois. Nous dirons, en décrivant la saignée du bras, quelles sont les causes de cette particularité et quels sont les moyens d'y remédier. Le sang est reçu dans le vase dont nous avons parlé plus haut.

C. Pansement. — Quand on a obtenu la quantité de sang voulue, on arrête la saignée. D'abord on défait la ligature qui empêchait le sang de circuler dans les veines, puis on détruit le parallélisme des plaies cutanée et veineuse, en déplaçant la peau. Il faut avoir soin de rapprocher les bords de la plaie; on y arrive facilement en faisant une légère traction sur la peau dans le sens de la division. Il est le plus souvent inutile d'appliquer son doigt sur l'incision, comme on le conseille généralement.

On nettoie ensuite les parties que le sang a tachées, en prenant la précaution de ne pas frotter les bords de la plaie, qui pourraient être irrités. On applique la petite compresse mouillée dont nous avons parlé plus haut, puis un bandage contentif approprié à la région qui a été saignée.

Nous allons maintenant décrire les modifications que nécessitent les saignées du *bras*, de la *main*, de l'*épaule*, du *pied* et du *cou*.

§ 1. — Saignée du bras.

La saignée du bras est celle que l'on pratique le plus souvent; on peut même dire que les autres sont entièrement abandonnées aujourd'hui.

Avant de décrire la saignée du bras, je crois qu'il est bon de donner quelques notions succinctes sur les veines du pli du bras, ainsi que sur les rapports de ces vaisseaux avec les organes qui les environnent.

A. Veines du pli du bras. — Cinq veines peuvent être saignées au pli du bras, nous allons étudier leur disposition:

1° La *veine radiale* (fig. 447, 2), située sur le côté externe et un peu postérieur de l'avant-bras, reçoit la médiane céphalique en passant sur le muscle long supinateur; elle est en rapport avec le nerf musculo-cutané qui, placé au bras sous l'aponévrose, devient sus-aponévrotique au pli du bras. Cette veine, située dans toute sa longueur entre l'aponévrose et le *fascia superficiel*, est entourée d'un assez grand nombre de filets ner-

veux. Il n'est pas rare de rencontrer plusieurs veines radiales.

2° La *veine cubitale* (fig. 447, 1) est placée en avant de l'épitrachée et en dedans du biceps. Elle est en rapport avec le nerf brachial cutané interne, qui est toujours placé en dedans. Très souvent il existe plusieurs veines cubitales.

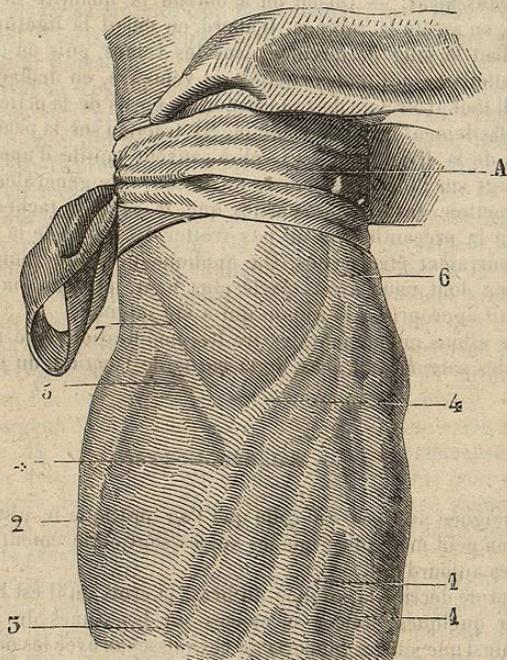


FIG. 447. — Veines du pli du bras.

3° La *veine médiane*¹ (fig. 447, 3) est située sur la partie antérieure de l'avant-bras; déviée tantôt à droite, tantôt à gauche, elle se divise, un peu avant d'arriver au pli du bras, en trois branches: une qui marche d'avant en arrière, c'est celle qui fait communiquer les veines superficielles avec les

1. L'existence de cette *veine médiane* est exceptionnelle, et d'ordinaire elle est remplacée par une veine radiale, ou plus rarement par une veine cubitale.

veines profondes; les deux autres vont en divergeant se jeter, l'une en dehors dans la veine céphalique, l'autre en dedans dans la veine basilique.

4° La *médiane céphalique* (fig. 447, 5), branche externe de bifurcation de la médiane, reçoit la ou les veines radiales et va former la céphalique après un trajet de 5 ou 6 centimètres environ; cette veine est entourée de quelques filets nerveux.

5° La *médiane basilique* (fig. 447, 4), branche interne de bifurcation de la veine médiane, croise très obliquement l'artère brachiale, dont elle n'est séparée que par l'aponévrose antibrachiale et l'expansion aponévrotique du biceps; elle croise le tendon du même muscle, et va former la veine basilique un peu au-dessus de l'articulation du coude, après avoir reçu le groupe des veines cubitales. La veine médiane basilique est en général la plus volumineuse et la plus apparente des veines du pli du bras.

D'après ces dispositions anatomiques qui sont extrêmement variables chez les différents sujets, nous voyons que toutes les veines sont plus ou moins entourées de filets nerveux. Mais il est un rapport que présente la médiane basilique, rapport qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'elle croise très obliquement l'artère humérale: aussi ne faut-il jamais la saigner, à moins qu'elle ne soit assez éloignée de l'artère, ou bien qu'elle forme avec celle-ci un angle qui se rapproche de l'angle droit. Toutes les fois que ces vaisseaux sont parallèles ou qu'ils se croisent très obliquement, la saignée doit être considérée comme difficile, et s'il n'y avait pas d'autre vaisseau apparent, il vaudrait peut-être mieux ne pas la faire. En effet, quelle que soit l'habileté du chirurgien, il n'est jamais sûr de ne pas ouvrir l'artère; car le plus léger mouvement du malade peut changer la direction de la pointe de la lancette, ou bien le malade peut précipiter son bras sur la pointe de l'instrument. Qu'en résulterait-il? Un anévrisme; et c'est sans contredit l'accident le plus grave qui puisse accompagner immédiatement la saignée¹.

Toutes les veines du pli du bras, à l'exception de la médiane basilique, peuvent être saignées, et quoi qu'en ait dit Lisfranc, il est impossible d'éviter les nombreux filets nerveux qui accompagnent les veines. Il faut choisir la veine la plus

1. Cependant, d'après M. le professeur Richet, la saignée peut être pratiquée sur la médiane basilique, en ayant soin de prendre toutes les précautions possibles pour éviter l'artère, dont la direction n'est jamais ou presque jamais exactement parallèle à la médiane basilique.

superficielle, la plus apparente, et celle qu'on suppose devoir le moins rouler sous l'instrument. La saignée de la médiane céphalique, quand elle est possible, doit être cependant préférée à toutes les autres. En effet, cette veine se trouve toujours sur la face antérieure du membre; par conséquent, la saignée est beaucoup plus commode. Lisfranc préfère la saignée de cette veine au-dessus de la partie moyenne du tendon du biceps; il dit n'avoir jamais trouvé de nerf en ce point. Le même auteur craint, pour la saignée de la veine médiane, la lésion de l'artère radiale, qui, chez les sujets maigres, n'en est séparée, entre le rond pronateur et le long supinateur, que par l'aponévrose antibrachiale. L'artère m'a toujours paru trop profonde pour que sa lésion soit à craindre; cependant il faut tenir compte de cet avertissement, car on doit éviter de saigner en un point où une artère peut être blessée.

B. Position du malade. — La position à donner au malade n'est pas sans avoir quelque importance. Le malade peut être saigné debout si l'on veut obtenir une syncope. Si l'on fait une saignée de précaution, le malade devra être assis; toutefois s'il est sujet à tomber en défaillance, il vaut mieux le saigner, soit assis sur son lit, soit couché sur le dos ou sur le côté opposé au bras sur lequel on veut pratiquer la saignée. Si le malade est alité, il va sans dire qu'il doit être saigné dans cette position.

C. Opération. — Le chirurgien relève la manche du malade; celle-ci doit être assez large pour ne pas étrangler le bras après avoir été convenablement repliée. Lorsque le pli du bras est découvert, l'opérateur doit d'abord déterminer la position de l'artère humérale; quand il l'a bien constatée, il cherche sur la face antérieure de l'avant-bras s'il n'existe pas d'anomalies, car on a signalé fort souvent, et nous avons eu occasion de le voir bien des fois, des divisions prématurées de l'artère, de telle sorte qu'il peut exister au pli du bras deux artères d'un calibre assez considérable pour que leur lésion puisse présenter des dangers.

Cela fait, le chirurgien choisit la veine qu'il veut saigner; bien entendu il rejette les veines qui sont en rapport avec les artères. Souvent ces veines sont peu apparentes; alors une légère constriction sur la partie antérieure de l'avant-bras, que l'on embrasse dans l'arcade que forment le pouce et l'indicateur, suffit quelquefois pour rendre les vaisseaux plus

visibles; dans le cas contraire, il faut faire une constriction circulaire complète. Mais, avant de l'appliquer, on doit toujours s'assurer de la position de l'artère, dont les pulsations pourraient être arrêtées par la compression de la bande; et l'on fera d'autant plus attention à ce précepte, que l'une des artères qui naissent de la division prématurée de l'humérale est le plus ordinairement très superficielle.

Il arrive parfois que les veines sont tellement petites ou si peu apparentes, surtout chez les femmes très grasses, qu'on ne peut les apercevoir. Dans certaines circonstances, lorsqu'on les sent sous le doigt, ces veines peuvent être facilement saignées; elles roulent peu, et sont en général d'un calibre assez considérable. J'ai déjà dit qu'il était bon dans ce cas de marquer avec l'ongle le lieu où l'on veut porter la pointe de la lancette, quand on craint de piquer à côté de la veine.

Enfin, quelquefois les veines ne peuvent être ni vues, ni senties; Lisfranc conseille alors de laisser la ligature appliquée pendant une demi-heure ou une heure, et de faire contracter pendant ce temps les muscles de l'avant-bras du malade. On recommande encore de plonger le membre dans l'eau chaude; mais, comme le fait remarquer Lisfranc, l'action de ce bain a souvent « l'inconvénient de rougir la peau, de la tuméfier, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, et de masquer davantage les vaisseaux ».

Lorsqu'on a choisi la veine, on applique un bandage pour arrêter le cours du sang : celui-ci est désigné sous le nom de *bandage circulaire de la saignée du pli du bras* (fig. 447, A).

La *pièce du bandage* est une bande de 1 mètre à 1^m,50 centimètres de long, et large de 4 centimètres. La bande la meilleure est celle qui est faite de toile demi-usée; nous avons dit plus haut que nous rejetons la bande de drap rouge. Les rubans de soie ou de fil neuf sont trop lisses, et la rosette ne se maintient pas convenablement serrée pendant toute la durée de l'opération. On peut toutefois se servir de toute espèce de cordon suffisamment large, et qui ne présente pas l'inconvénient que nous venons de signaler.

Pour *faire le bandage*, placez la main du malade sous votre aisselle; pressez-la contre la poitrine afin de tenir le membre horizontalement; appliquez le milieu de la bande déroulée sur le pli du bras, à 2 ou 3 centimètres du point où vous voulez pratiquer la saignée; portez les deux extrémités de la bande autour du bras en les entre-croisant sur la face postérieure du

membre pour faire un second tour; fixez-les en repliant en anse un des chefs de la bande, et formant avec la boucle qu'il figure alors et l'autre chef une rosette simple que l'on peut facilement serrer ou desserrer à volonté. La rosette doit être placée sur le côté externe ou interne du bras, l'anse doit toujours être sur une des parties latérales du membre. Nous conseillons cette précaution, afin que le sang, en sortant de la veine, ne vienne pas se porter sur la rosette, circonstance qui serait très défavorable si l'on avait besoin de serrer ou de desserrer le bandage.

La ligature doit être faite dans le point que nous avons indiqué, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres du lieu où l'on veut ouvrir le vaisseau; appliquée trop haut, elle ne maintiendrait pas assez solidement la veine et celle-ci pourrait rouler au-devant de la lancette.

La bande doit être serrée avec assez de force pour suspendre la circulation dans les veines superficielles du bras, mais la compression ne doit pas être assez violente pour suspendre le passage du sang dans l'artère humérale. La tuméfaction des veines au-dessous de la bande, la persistance des pulsations au poignet, indiquent le degré précis de la constriction.

Si les veines ne sont pas apparentes malgré la constriction suffisante de la bande, il faut exercer des frictions ascendantes sur la face antérieure de l'avant-bras, et l'on fera contracter au malade les muscles de la même région, en l'engageant à rouler dans la main une bande, un lancettier, un étui, etc.

Lorsque la veine est complètement distendue, le chirurgien ouvre la lancette; la lame doit faire avec la châsse un angle droit ou légèrement obtus. Il place entre ses lèvres l'extrémité libre de la châsse, en tournant le sommet de l'angle du côté de la main qui doit le saisir, puis il saisit le bras du malade et le fixe de la manière suivante: s'il doit saigner le bras droit, il place la main du malade sous son aisselle gauche, et avec la main du même côté il saisit le côté externe de l'articulation du coude, les quatre derniers doigts en dehors et en arrière; le pouce, placé en avant, fixe le vaisseau sur lequel doit porter l'instrument tranchant. De la main droite il prend la lancette, le pouce étant appliqué sur l'articulation de la lame avec le manche d'un côté, le doigt indicateur sur le point opposé. Les trois autres doigts de la main droite prennent un point d'appui sur la partie antérieure de l'avant-bras. Quelques auteurs donnent le conseil de saisir la lame de telle sorte qu'on ne laisse saillir que la partie qui doit

pénétrer dans les tissus. Ce conseil, comme le fait judicieusement remarquer Nélaton, est essentiellement vicieux, car, d'une part, si la peau est fine et la veine superficielle, la lame devra être saisie si près de la pointe, que l'extrémité des doigts cachera en partie le point sur lequel on opère; et, d'autre part, si le vaisseau est placé profondément, on ne peut savoir à quelle profondeur on devra enfoncer la lancette avant d'arriver au vaisseau. Le chirurgien procède ensuite à l'ouverture de la veine; il plonge la pointe de l'instrument dans le vaisseau un peu obliquement, le sang s'échappe sur les parties latérales de la lame; il retire alors l'instrument en le relevant un peu, afin de donner plus d'étendue à l'incision des téguments. Le premier temps constitue la *ponction*, le second, l'*élévation*. Nous avons déjà dit, en traitant des généralités, en quoi ils consistaient: il nous reste à exposer ici quelques particularités qui appartiennent à la saignée du bras.

La grandeur de l'incision, par conséquent l'étendue du mouvement d'élévation, doit être proportionnelle à la profondeur de la veine. Une incision de 3 ou 4 millimètres de longueur est suffisante pour une veine superficielle; pour une veine profondément située, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une incision de 1 centimètre de longueur. Une autre circonstance doit encore guider le chirurgien, c'est la quantité de sang qui doit être tirée dans un temps donné, nous en avons déjà parlé plus haut.

Si l'on veut saigner le bras gauche, l'opération sera faite de la même manière, mais en sens inverse: ainsi la main gauche du malade sera placée sous l'aisselle droite du chirurgien; la lancette sera saisie de la main gauche et le vaisseau ouvert de dedans en dehors, comme nous l'avons dit plus haut. Pour pratiquer convenablement la saignée, l'opérateur doit donc savoir se servir également de ses deux mains. Cependant il est quelques chirurgiens qui ne sont pas assez certains d'eux-mêmes; ils saignent le bras gauche de la main droite; ils font alors l'incision en se plaçant en dehors.

Lorsque la veine est ouverte, il faut diriger, surveiller, et souvent favoriser l'écoulement du sang.

Le pouce, qui était appliqué sur la veine afin de la fixer, exercera d'abord sur le vaisseau une compression assez grande pour arrêter la circulation veineuse. Ce temps de l'opération, qui est extrêmement court, n'est pas sans importance; il permet au chirurgien de prendre le vase destiné à recevoir le