

l'être aussi; si elle agit inégalement, les points de suture doivent approcher le plus possible de la direction de la puissance la plus forte. Quand on enfonce l'aiguille dans le voisinage de parties qu'il serait dangereux de blesser, au lieu de porter l'instrument en un seul temps dans les deux lèvres de la plaie, il vaut mieux les percer l'une après l'autre de dedans en dehors, et alors on se servira de deux aiguilles enfilées du même fil. Il est important que l'aiguille ne pénètre ni trop superficiellement ni trop profondément. Dans le premier cas, il pourrait se faire une collection d'humeur au-dessous de la suture; dans le second, le tiraillement et la douleur pourraient faire naître de l'inflammation et de la suppuration. Il faut donc que le milieu de la courbe que l'instrument décrit dans l'intérieur des parties passe à une ligne environ du fond de la plaie.

Lorsque les points de suture ont mis en contact les bords de la plaie, on couvre celle-ci avec un plumasseau, et on soutient ses lèvres rapprochées par un bandage convenable, et propre, s'il le faut, à résister à l'action des muscles. Ensuite on met la partie dans une situation favorable, et on la maintient dans un repos parfait. Au bout de quarante-huit heures, on lève une portion de l'appareil pour examiner l'état de la plaie, et donner issue à l'humeur, s'il s'en est formé. Si l'on a quelque raison de craindre l'inflammation, on a recours, pour la prévenir, aux saignées et aux boissons délayantes. Si elle se développe, on lâche plus ou moins quelques fils, jusqu'à ce qu'elle se soit dissipée, ou on les ôte tout à fait si l'agglutination est un peu avancée. Lorsque la cicatrice a acquis assez de solidité, ce qui se fait en trois ou quatre jours, ou coupe les points de suture avec des ciseaux mousses, sur la lèvre opposée à celle où est le nœud; en saisissant celui-ci, on enlève le fil en faisant décrire à la main un demi-cerle vers le côté opposé, et en appuyant un ou deux doigts sur la cicatrice pour éviter tout tiraillement. Il est prudent de laisser la partie en repos pendant quelques jours encore, et de soutenir la cicatrice par un bandage (1).

(1) Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas décrit ici les diverses espèces de suture, et ne les ait pas comparées après avoir exposé les avantages et les inconvénients de chacune. Il parle de la suture simple, au traitement des plaies en général; de la suture entortillée, au bec de lièvre; des sutures enchevillée, du pelletier, à points passés et à anse, aux plaies pénétrantes de l'abdomen. Je ne crois pas devoir les com-

§ 2. — De la diérèse.

La diérèse a pour but la division des parties dont la réunion est contraire à l'ordre naturel, ou forme un obstacle à la guérison d'une maladie. De là deux espèces de dièses, l'une particulière, et l'autre commune. La diérèse particulière consiste dans la séparation des parties dont l'union est contre nature : elle remédie, par exemple, à l'imperforation de l'anus, à celle du vagin chez les femmes, du gland chez les hommes, etc. La diérèse commune renferme toutes les opérations où l'on divise les parties pour parvenir à quelque fin. Telle est l'incision que l'on fait pour tirer la pierre hors de la vessie; telle est aussi celle que l'on fait sur un abcès pour donner issue au pus qu'il renferme. La diérèse commune se pratique sur les parties dures et sur les parties molles du corps. Il y a plusieurs modes de division des os : on les troue, on les lime, on les rugine, on les scie, on les coupe, on les brûle avec un métal rougi au feu, ou bien on les désorganise avec des cautères potentiels. Les différentes divisions des parties molles sont la piqûre, la déchirure, l'incision, la moucheture, la scarification, la tailade, l'extirpation, l'amputation, l'arrachement, la brûlure et la désorganisation par des caustiques. Nous n'exposerons pas ici ces différentes espèces de dièses : nous nous bornerons à indiquer les moyens généraux dont on se sert pour diviser la continuité des parties solides du corps, et la manière d'agir de ces moyens.

On divise les parties en les désorganisant, ou en les allongeant au delà de leur extensibilité. Les moyens que la chirurgie emploie pour désorganiser les parties solides du corps se nomment *cautères*. On en distingue de deux sortes : le cautère actuel, et le cautère potentiel. Le cautère actuel est rarement en usage pour brûler la peau saine; et lorsqu'on y a recours dans cette vue, au lieu d'un métal rougi au feu, on brûle ordinairement sur la partie un cylindre de coton ou de toute autre substance dont la combustion est lente : cette espèce de cautérisation se nomme *moxa*. Nous en avons déjà parlé en traitant des tumeurs blanches des articulations; il en sera encore question par la suite (1).

parer ici : je ne le ferai qu'à l'article des plaies en général, pour éviter des répétitions.

(1) Quoique l'auteur parle de la cautérisation avec le fer rouge et

On se sert du cautère actuel proprement dit, pour désorganiser les parties déjà malades, comme dans la carie des os, dans certains ulcères, etc.

Les cautères potentiels se nomment plus particulièrement caustiques. Ce sont des substances qui, par leur action chimique, détruisent l'organisation des parties sur lesquelles on les applique. Il est à remarquer que ces substances n'agissent que par l'entremise de la vie, et qu'elles n'exercent aucune action destructive sur les parties qui en sont privées. Les caustiques dont on se sert le plus ordinairement sont la potasse solide (pierre à cautère), le nitrate d'argent fondu (pierre infernale), les acides minéraux, le muriate d'antimoine, le muriate de mercure sur-oxygéné, l'arsenic et l'alun calciné. Nous avons déjà parlé de quelques-uns des cas où ces divers caustiques sont employés; nous aurons occasion d'en parler encore.

L'allongement forcé de nos parties produit deux espèces de divisions : la déchirure et l'incision.¹

La déchirure est une division dont les bords sont irréguliers, frangés, et qui résulte ordinairement de l'action d'une puissance dont la direction est perpendiculaire au sens dans lequel s'opère la division. On emploie quelquefois le déchirement sur les parties dont la continuité n'a éprouvé encore aucune altération, comme dans l'arrachement des polypes du nez; mais on s'en sert plus communément sur des parties qui sont déjà entamées, comme dans l'extirpation de certaines tumeurs, etc. Les parties qu'on déchire éprouvant, avant de se rompre, un tiraillement et un allongement considérables, il en résulte que le déchirement est très-douloureux; aussi n'emploie-t-on ce moyen de division que sur les parties peu sensibles, et dans les cas où la prudence ne permet pas au chirurgien de se servir d'instruments tranchants. On emploie souvent les doigts pour déchirer, et il faut les préférer lorsqu'ils suffisent, parce qu'ils causent moins de douleur et qu'ils instruisent mieux de l'état des parties et de l'étendue de la déchirure. Lorsque les doigts ne suffisent pas, on se sert d'instruments dont la forme et

le moxa, en indiquant le traitement des tumeurs blanches, il a fait un article spécial sur le moxa. J'ai cru devoir l'imiter, en réunissant dans un même article la description de la cautérisation actuelle et potentielle, et en les comparant. J'engage néanmoins le lecteur à voir ce que Boyer dit à l'article des tumeurs blanches.‡

la structure varient suivant les parties sur lesquelles on opère. En général, ces instruments doivent présenter la surface la plus large possible, et être très-lisses. Il faut les faire agir perpendiculairement au sens dans lequel le déchirement a lieu, et les appliquer très-près de l'endroit où les parties se déchirent, afin qu'elles éprouvent moins d'allongement avant de se rompre, et que le malade souffre moins (1).

L'incision est une division ou solution de continuité dont les bords sont réguliers, sans inégalité apparente, et qui résulte de l'action d'un instrument qui agit dans l'endroit même où s'opère la division. On nomme instruments tranchants ceux avec lesquels on incise. Ces instruments sont de véritables scies, mais des scies dont les dents sont

(1) La déchirure a de graves inconvénients dans les opérations; elle ne peut s'appliquer qu'au tissu cellulaire ou aux adhérences anormales qui résultent de l'inflammation. La déchirure du tissu cellulaire produit la contusion de ce tissu, et, par conséquent, la suppuration: elle doit donc être évitée toutes les fois que le chirurgien veut obtenir une réunion immédiate. La déchirure des adhérences anormales a des effets différents, selon l'ancienneté de leur formation et la nature des parties. Les adhérences récentes sont faciles à détruire; mais les adhérences anciennes, qui sont le résultat d'une cicatrice entièrement formée, ne peuvent plus être déchirées; on s'exposerait à rompre les tissus voisins plutôt que de les détruire. La nature des parties influe beaucoup sur la déchirure des adhérences anormales. Lorsqu'elles n'ont lieu qu'entre des organes dont la rupture n'a rien de grave, on peut, malgré leurs inconvénients, y avoir recours; mais, quand elles se trouvent entre des organes dont la rupture peut compromettre l'existence ou occasionner des maladies plus graves que celles qui résulteraient des adhérences, il faut bien se garder de les détruire: ainsi dans les hernies étranglées, dans le voisinage des gros vaisseaux, et surtout des veines. La déchirure nous conduit à l'arrachement, dans lequel il y a, outre la déchirure des parties, un tiraillement considérable et souvent dangereux des organes voisins. Il est cependant le seul moyen que l'on peut employer contre certaines maladies, les polypes vésiculaires des fosses nasales, par exemple. Excepté ces cas spéciaux, qui seront indiqués d'une manière précise, il doit être banni de la médecine opératoire. Il en est de même de la déchirure, qui n'est admissible que dans les opérations où les tumeurs à enlever sont situées très-profondément, hors de la vue du chirurgien, et près de gros vaisseaux importants; elle doit être proscrite pour les tissus musculaire, aponévrotique et fibreux, et il faut l'éviter autant que possible, malgré tous les avantages que quelques praticiens ont cru devoir lui reconnaître.

très-fines, et ne peuvent être aperçues qu'avec une bonne loupe ou un microscope. Les instruments tranchants agissent en pressant et en sciant. Si on les fait agir en pressant seulement, ils coupent mal, ou même ils ne coupent point du tout. Si on veut diviser en sciant seulement, ils coupent à la vérité, mais ils coupent mal. Il faut donc se servir des instruments tranchants en pressant et en sciant tout à la fois; et comme les parties se divisent d'autant mieux qu'elles sont plus tendues, on doit, si on veut favoriser l'action de ces instruments et la rendre moins douloureuse, tendre les parties sur lesquelles ils agissent. De tous les instruments tranchants, le bistouri est celui dont on fait le plus d'usage, et avec lequel on pratique le plus grand nombre d'opérations. Il y a des bistouris de différentes grandeurs; en général, lorsqu'on fait de grandes incisions, il faut se servir de bistouris à lames longues, afin de couper d'un seul trait, s'il est possible, toutes les parties qui doivent être divisées. Il est des bistouris dont le tranchant est droit, d'autres qui l'ont concave, et d'autres convexe. La lame est quelquefois unie au manche d'une manière immobile, comme celle d'un scalpel; mais le plus communément elle est mobile, et alors tantôt elle est retenue par un ressort qui l'empêche de se fermer, comme la lame d'un couteau; tantôt rien ne la maintient ouverte que la pression même du clou qui la fixe au manche: un bouton aplati l'empêche d'être renversée. Cette dernière espèce de bistouri est celle dont on se sert le plus ordinairement. La lame des bistouris est quelquefois terminée par une pointe très-aiguë, quelquefois par une pointe mousse, et d'autres fois elle est garnie d'un bouton rond ou aplati, et plus ou moins gros. Chaque espèce de bistouri a ses usages particuliers que nous ferons connaître.

La manière de tenir le bistouri varie selon la direction dans laquelle on coupe, et d'autres circonstances que nous indiquerons.

Lorsqu'on incise de dehors en dedans, c'est-à-dire qu'après avoir divisé la peau on coupe le tissu cellulaire et les autres parties sous-jacentes, on tient le bistouri de la manière suivante: on pose le doigt du milieu et le pouce à l'union de la lame et du manche, de sorte que ces deux doigts touchent à la fois l'un et l'autre; on applique l'extrémité de l'indicateur sur le dos de la lame, à peu près vers son milieu, l'annulaire et le petit doigt fléchis fixant l'extrémité du manche contre le côté interne de l'éminence thénar. Le bistouri ainsi tenu, on coupe la peau en faisant un pli, ou en la tendant sans faire de pli.

On forme un pli lorsque la peau est assez lâche pour le permettre, et qu'elle couvre des parties dont la lésion pourrait avoir des suites fâcheuses. Cependant, il n'est aucun cas où l'on ne puisse éviter de toucher aux parties qui sont immédiatement au-dessous de la peau, quoiqu'on incise cette membrane sans former un pli. Pour faire un pli à la peau, on la pince avec le pouce et le doigt indicateur de chaque main. La direction de ce pli doit être perpendiculaire à la longueur de l'incision, et sa largeur relative à la longueur de cette incision. Un aide saisit une des extrémités du pli pour rendre à l'opérateur la liberté de la main avec laquelle il doit tenir le bistouri. On porte le talon de la lame sur le milieu du pli, et en tirant le bistouri à soi, on le coupe dans toute sa largeur. Lorsque l'incision n'a pas assez d'étendue, on peut l'agrandir de plusieurs manières: on se sert ordinairement pour cela d'une sonde cannelée qu'on introduit sous la peau, et à la faveur de laquelle on conduit le bistouri. Ce procédé est douloureux, parce que l'extrémité de la sonde, qui est mousse, ne pénètre qu'en déchirant le tissu cellulaire et les filets nerveux qui le traversent. Il vaut mieux pincer un des bords de l'incision vers l'un de ses angles avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche; on fait saisir l'autre bord de la même manière par un aide, et on coupe la peau ainsi soulevée, en ayant l'attention de porter toujours le bistouri dans l'angle de l'incision, pour que ces bords ne soient pas dentelés. Il faut aussi qu'en soulevant la peau, le chirurgien et l'aide la tirent également, sans quoi l'incision n'aurait pas la direction convenable. Lorsqu'il est nécessaire d'étendre l'incision vers ses deux angles, il faut toujours commencer par l'inférieur, pour n'être pas gêné par le sang.

Quand on incise de dehors en dedans sans former un pli à la peau, on tend cette membrane en sens opposé à la direction de l'incision avec le pouce et l'indicateur de la main gauche; s'il y a au-dessous d'elle des parties à ménager, on coupe peu à peu jusqu'à ce qu'on soit parvenu au tissu cellulaire. S'il ne se trouve au-dessous de la peau aucune partie dont la lésion soit à craindre, on peut enfoncer la pointe du bistouri un peu obliquement au travers de cette membrane, et en tirant l'instrument à soi, on la divise dans l'étendue qu'on juge nécessaire.

Pour couper de dedans en dehors, de l'intérieur vers l'extérieur des parties, il faut ou qu'il existe déjà une ouverture, ou la faire soi-même avec la pointe du bistouri, en commençant l'incision. On tient le bistouri différemment, suivant la direction dans laquelle on incise. Or,

on peut inciser devant soi, contre soi, de droite à gauche, et de gauche à droite. Pour couper devant soi et de droite à gauche, on tient le bistouri de la manière suivante : le tranchant de l'instrument est tourné en haut ; on applique le pouce et le doigt indicateur sur les côtés de l'union de la lame avec le manche, lequel est appuyé par son extrémité contre la paume de la main, et y est fixé avec les trois derniers doigts fléchis. Pour inciser contre soi et de gauche à droite, on tient le bistouri comme une plume à écrire, en l'inclinant de manière que le tranchant soit tourné vers la paume de la main. On incise de dedans en dehors sans conducteur ou avec un conducteur. Lorsqu'on incise sans conducteur, on plonge le bistouri plus ou moins profondément, et en le poussant et le relevant plus ou moins obliquement, on donne à l'incision l'étendue qu'on désire. C'est ordinairement la peau que l'on coupe ainsi pour ouvrir les abcès. Quand on se sert d'un conducteur, ce conducteur est le doigt ou une sonde cannelée. Le doigt est préférable lorsque l'ouverture est assez grande pour qu'on puisse l'introduire aisément ; mais alors on est obligé d'employer un bistouri à pointe mousse ou boutonnée pour ne pas se blesser. Dans la plupart des cas, on se sert d'une sonde cannelée. Les sondes cannelées sont d'argent ou d'acier : les premières, moins dures que la lame du bistouri, ne laissent glisser sa pointe que difficilement, surtout quand, à cause de la profondeur des parties qu'on veut diviser, on est obligé de diriger le bistouri presque verticalement. Les sondes d'acier n'ont pas cet inconvénient ; aussi les préfère-t-on, en général, aux sondes d'argent, excepté dans les cas où la configuration de la partie exige que la sonde soit recourbée. Au reste, quelle que soit la matière de ces instruments, ils doivent être assez forts pour ne pas fléchir trop facilement. Leur cannelure doit être profonde et très-lisse, et le cul-de-sac qui la termine assez profond pour arrêter sûrement la pointe du bistouri. Pour quelques opérations, on se sert de sondes cannelées sans arrêt.

On introduit la sonde sous les parties qui doivent être coupées, jusqu'à l'endroit où l'on veut terminer l'incision. On place ensuite l'indicateur et le doigt du milieu au-dessous de la plaque, le pouce au-dessus, et on appuie la sonde contre les parties qu'on veut couper, afin de les distendre ; on peut même, si elles sont lâches et flasques, les faire tendre de côté et d'autre par un aide ; ensuite on fait glisser le bistouri le long de la cannelure de la sonde, en l'inclinant de manière

qu'il fasse avec elle un angle d'environ 45 degrés ; et lorsque sa pointe est arrivée au cul-de-sac de la sonde, on le relève jusqu'à le rendre perpendiculaire pour achever de couper toutes les parties qui doivent être incisées. On retire enfin chaque instrument l'un après l'autre. Un point essentiel en conduisant le bistouri sur une sonde, c'est de lui donner la direction que nous avons indiquée. Il y aurait également de l'inconvénient à le trop incliner et à ne point l'incliner assez. Dans le premier cas, l'instrument glissant sous la peau sans la diviser, lorsque sa pointe serait arrivée au cul-de-sac de la sonde, il resterait encore une portion assez considérable de cette membrane qui ne pourrait être coupée qu'en relevant le bistouri ; et comme alors cet instrument n'agirait qu'en pressant, il couperait plus difficilement et avec plus de douleur. Dans le second cas, le bistouri agirait trop en pressant ; la peau fuirait, pour ainsi dire, devant lui, et serait coupée avec peine.

On peut rapporter aux différentes manières d'inciser dont nous venons de parler celles qu'on emploie dans toutes les opérations. Il importe donc que les jeunes chirurgiens qui s'exercent aux opérations sur les cadavres commencent par apprendre à se bien servir du bistouri. L'adresse qu'ils acquerront en pratiquant souvent les différentes espèces d'incisions que nous avons indiquées leur donnera une facilité singulière pour toutes les opérations (a).

(a) — Les incisions peuvent être faites avec des bistouris de différentes formes, et avoir une direction, une étendue et une forme variables.

Les bistouris ont le tranchant droit, convexe ou concave : ils sont pointus ou mous. Le bistouri pointu, à tranchant droit, sert pour ouvrir les abcès lorsqu'on veut inciser les parties de dedans en dehors, après avoir plongé la pointe de l'instrument dans la cavité purulente. Il sert aussi pour quelques opérations, quand il est nécessaire de plonger profondément la pointe de l'instrument. Mais, dans les incisions pratiquées de dehors en dedans, il n'est pas commode, parce qu'il faut toujours plonger la pointe avant de faire l'incision ; on évite ainsi ces petites incisions incomplètes de la peau auxquelles on a donné le nom

de queues ; mais cette ponction ne peut jamais être réglée, et on s'expose à pénétrer plus profondément qu'on ne veut. Dans les opérations, son emploi exige la formation préliminaire du pli de la peau. Ordinairement, on se sert du bistouri convexe pour inciser de dehors en dedans, soit quand on ouvre un abcès, soit quand on pratique une opération. La difficulté de donner à la courbure du tranchant une forme convenable, pour qu'il coupe bien, expose le chirurgien à faire ces incisions incomplètes dont j'ai parlé ; mais il peut les éviter en appuyant exactement le bistouri depuis la convexité du tranchant jusqu'à la pointe. Lorsqu'on incise avec ce bistouri sur des parties qu'on craint d'intéresser, et qui sont recouvertes d'une peau très-fine, comme dans la hernie ombilicale et dans certains kystes, il ne faut pas le tenir comme l'indique Boyer, mais bien avec le pouce et l'indicateur placés sur l'union du manche avec la lame. La main a alors beaucoup plus de légèreté, le doigt indicateur n'appuyant pas sur le dos de l'instrument. Quand on fait usage du bistouri concave, qui toujours est boutoné, on peut, selon les besoins, le tenir de l'une ou de l'autre manière. Les bistouris boutonés, droit ou concave, doivent en général être conduits sur une sonde ou sur le doigt, puisqu'ils sont destinés à couper des parties profondes ; il n'y a que dans les opérations que l'on pratique dans la bouche que la vue suffit pour les diriger. Quand on se sert du doigt pour conducteur, il faut faire couler sur lui l'instrument couché à plat, en ayant la précaution d'appuyer le dos un peu plus que le tranchant, afin de ne pas se couper ; quelquefois, il peut être utile de graisser avec du cérat le bouton du bistouri pour qu'il glisse mieux. Je ne crois pas devoir faire l'histoire de toutes les modifications apportées à ces bistouris, selon le goût ou le besoin des chirurgiens ; je rappellerai seulement que l'on a quelquefois caché la lame de l'instrument dans la châsse, et qu'on la fait sortir au moyen d'un ressort, lorsque le bistouri est plongé au milieu des parties que l'on veut inciser ; tels sont le bistouri de Bienaise, le lithotôme caché de frère Côme.

La direction de l'incision simple doit être en général parallèle à l'axe du corps ; elle se trouve ainsi parallèle, surtout dans les membres, à la direction des fibres musculaires, des principaux vaisseaux et des principaux nerfs. Cette règle doit être modifiée quelquefois, tant à cause des parties sous-jacentes qu'à cause de la forme des maladies qui nécessitent des incisions, et des plis de la peau : cette dernière cir-

constance importe surtout dans les parties exposées à la vue. Il ne faut pas être arrêté par la crainte de couper en travers les fibres musculaires : on sait que leur cicatrice ne gêne pas leurs mouvements.

L'étendue de l'incision doit être proportionnée à celle de l'abcès, au volume de la tumeur et à celui des instruments, soit naturels, soit artificiels, auxquels elle doit donner passage. Pour un abcès, elle doit comprendre toute sa longueur ; pour une tumeur, elle doit dépasser ses limites pour éviter la nécessité de l'agrandir et la contusion des parties, et pour donner plus de facilité à l'opérateur. C'est afin d'arriver au même but que, dans les cas où une incision est pratiquée pour une opération quelconque, comme ligature d'artère, hernie, etc., il faut agir d'après les mêmes principes. On évite d'ailleurs ainsi les retards causés par la gêne du mouvement des doigts ou des instruments, et les douleurs causées au malade par une nouvelle incision de la peau.

La forme de l'incision présente deux variétés : elle est droite ou courbe. Mais les incisions droite et courbe peuvent être diversement combinées, et donner lieu à des incisions qui ont reçu le nom des figures qu'elles représentent. Ainsi, nous avons les incisions en V, en T, en †, en L, et les incisions elliptique et circulaire.

L'incision en V est celle dans laquelle deux incisions droites se réunissent en circonscrivant un angle plus ou moins grand. On les emploie assez rarement. Il faut que l'angle de réunion se trouve toujours à la partie la plus déclive, soit que l'on veuille détacher le lambeau, soit qu'on veuille le laisser en place, parce que sa base serait un foyer pour le pus, ce qui, dans quelques cas, oblige à faire une ouverture pour l'écoulement de ce liquide. On peut pratiquer l'incision en V avec un bistouri droit ou un bistouri convexe. On fait la première incision en coupant de dehors en dedans, et ayant bien soin de relever l'instrument vers le sommet du lambeau pour qu'il n'y ait pas de queue. Aussi le bistouri droit doit-il être préféré. Pour faire la seconde incision, on commence vers la base du lambeau plutôt qu'au sommet, comme le conseillent des chirurgiens. L'incision se fait mieux et la peau se tend plus aisément. Je crois que cette manière d'agir est préférable à celle que conseillent quelques praticiens, et qui consiste à commencer les deux incisions au sommet du lambeau en portant le bistouri de dedans en dehors, et à couper les parties dans le même sens pendant qu'on les soulève et qu'on ramène l'instrument vers soi.

L'incision en T est celle dans laquelle une incision tombe perpendiculairement sur le milieu d'une autre. On pratique une première incision en coupant de dehors en dedans, et on en conduit une autre sur celle-là, en commençant par le point le plus éloigné. Quelquefois, dans le cours d'une opération, il est difficile de suivre ce précepte, et alors on fait saisir par un aide une des extrémités d'une lèvre de la plaie : on saisit l'autre soi-même, et on coupe en commençant par cette lèvre même.

L'incision en † est celle dans laquelle une incision étant faite, deux autres incisions sont conduites perpendiculairement sur le milieu de la première. On conseille de faire les deux incisions secondaires l'une après l'autre, en conduisant le bistouri de la partie la plus éloignée sur la première incision. Ce précepte est le meilleur : cependant on peut faire d'un trait la seconde incision en passant sur la première et en ayant bien soin de tendre fortement la peau aux deux extrémités de la première incision. Ce précepte, contraire à la règle générale, me semble préférable à celui qui recommande de changer de position pour faire la troisième incision.

L'incision elliptique est celle dans laquelle le chirurgien décrit une ellipse au moyen de deux incisions. Cette forme est assez difficile à donner : cependant, avec de l'habitude et de la présence d'esprit, on la fait bien. Souvent l'extrémité de chaque incision présente une queue. On l'évitera en prenant les précautions suivantes : Vous faites d'abord votre première incision le plus exactement possible ; puis, pour faire la seconde, vous mettez le bistouri dans une extrémité de cette première incision, et vous conduisez le bistouri dans l'autre extrémité, en ayant la précaution d'appuyer l'instrument depuis sa convexité jusqu'à sa pointe, au commencement et à la fin de chacune de ces incisions.

A ces incisions, on peut ajouter l'incision en L, qu'on n'emploie que très-rarement, et qui ne diffère pas de l'incision en T ; et l'incision circulaire, qui peut être simple ou double. Il est rare qu'on ait recours à cette dernière forme d'incision. Quand elle est simple, elle n'a aucun inconvénient ; mais quand elle est double, elle a l'immense désavantage de faire une plaie dont les lèvres sont difficiles à rapprocher. Aussi, quand on doit enlever une tumeur ronde, il faut la circonscire par deux incisions semi-elliptiques, quoiqu'on se trouve ainsi obligé de dépasser ses limites.

Les règles générales des incisions nous conduisent à exposer celles

de la dissection, c'est-à-dire de la séparation de la peau et des parties sous-jacentes. La dissection est un des points les plus importants de la médecine opératoire dans l'extirpation des tumeurs, soit qu'on veuille préserver celles-ci, soit que l'on veuille préserver la peau, soit qu'on veuille éviter la lésion des gros vaisseaux voisins. Le premier de tous les principes est qu'il faut tourner le tranchant de l'instrument vers l'organe qu'on ne craint pas d'intéresser : c'est là ce qu'on doit faire avant toute chose. Si le tissu cellulaire nissant est lâche, on peut aller à grands coups de bistouri ; mais si ce tissu est dense et serré, il faut aller à petits coups, et avoir soin de faire éponger à chaque coup pour mettre à découvert les parties et voir ce que l'on va couper. Ces deux dernières précautions sont importantes, surtout quand on se trouve sur un gros vaisseau ; c'est faute de les avoir prises que j'ai vu plusieurs fois ouvrir des artères volumineuses : dans un cas, la veine axillaire, et dans d'autres, l'intestin. C'est surtout quand la peau est adhérente qu'il faut prendre garde, en la disséquant, à ne pas faire des incisions dans sa largeur, ce que l'on nomme des *boutonnères*, et ce que j'ai vu arriver à des gens peu attentifs ou ignorants. Il y a une manière de disséquer que l'on appelle *en dédoulant* ; elle consiste à saisir le tissu cellulaire avec les pinces à dissection tenues de la main gauche, et à le couper avec le bistouri, dont la lame est conduite à plat et horizontalement. Elle est d'un usage constant dans les opérations de hernies ; on y a souvent recours aussi dans la ligature des grosses artères, et dans l'ablation des tumeurs à parois minces. Le but qu'on se propose dans son emploi est de découvrir les parties sans les intéresser.

Après avoir parlé des diverses méthodes de pratiquer les incisions dans lesquelles la peau présente une division égale à celle des parties profondes et quelquefois même plus grandes, il nous reste à dire quelques mots des incisions sous-cutanées ; ce sont celles qui sont pratiquées sous la peau saine, percée seulement pour livrer passage à l'instrument. Les règles qui dirigent le chirurgien dans leur mode d'emploi constituent la méthode sous-cutanée. Imaginée d'abord pour la section des tendons, cette méthode a été ensuite appliquée à un grand nombre d'opérations et a été généralisée outre mesure. Si on la renferme dans de justes bornes, elle peut être très-avantageuse, dans certaines circonstances, parce que, privant les parties incisées du contact de l'air, elle empêche leur inflammation ; mais étendue indistinctement à une