

L'opération, des vaisseaux assez considérables sont ouverts, il faut en faire la ligature immédiatement, et rejeter la compression avec les doigts des aides. Quand le lambeau est formé, le chirurgien l'applique sur la solution de continuité dont il a avivé les bords, s'ils étaient couverts de cicatrices. Cet avivement peut se faire avant ou après la dissection du lambeau. Je crois préférable, en général, de le faire après, parce qu'il est peu de chose, et que le sang qui s'écoulerait pourrait gêner l'opérateur pendant la dissection du lambeau, tandis que le sang qui coule de celui-ci ne peut pas gêner pour l'avivement des bords. Le chirurgien place ensuite les aiguilles, ou des bandelettes agglutinatives, et le bandage. Cette partie de l'opération est très-importante; il faut maintenir en contact les parties, en n'exerçant sur elles aucun tiraillement, aucune compression. Il est impossible de donner ici d'autres règles : elles doivent varier dans chaque cas; c'est donc à la sagacité du chirurgien à reconnaître ce qu'il doit faire.

Il me resterait à parler des pansements subséquents, si je pouvais donner des règles générales à leur égard. C'est au chirurgien à suivre les règles spéciales pour chaque cas particulier, ou à en créer de nouvelles pour les cas insolites. Il doit toujours avoir présentes à l'esprit celles qui appartiennent aux divers moyens opératoires qu'il a mis en usage.

ARTICLE II.

Des opérations communes.

Cet article comprend les pansements, la saignée, les topiques vésicants, rubéfiants et désorganisans, le séton et la vaccination.

§ 1^{er}. — Des pansements (1).

Le pansement est toute opération chirurgicale ayant pour but d'appliquer et de maintenir un appareil sur des parties saines ou malades.

Le pansement est une partie très-importante de la thérapeutique chirurgicale, que les chirurgiens négligent peut-être un peu trop. Il ne

(1) Cet article est de l'éditeur.

consiste pas, comme paraissent le croire quelques personnes, à mettre des pièces d'appareil, telles que plumasseaux, compresses et bandes, dont la construction soit d'une régularité parfaite; mais il consiste à placer ces diverses pièces, de telle façon qu'elles remplissent exactement le but qu'on se propose. Sous ce point de vue, il devient un vrai talent chirurgical; il complète l'opération qui l'a précédé; il est souvent lui-même une opération, qui procure une guérison que sans lui on n'aurait pas obtenue. Dans les fractures, il rend au membre sa conformation normale, en même temps qu'il favorise la consolidation. Dans la fistule à l'anus, il est indispensable pour obtenir la guérison de la maladie. Dans les abcès profonds et dans les fistules cutanées ou intermusculaires, il prévient les incisions en maintenant les parties en contact. Dans les rétractions musculaires, il rend aux parties leur rectitude, et sans lui la section des tendons n'est qu'une opération illusoire. Aussi, jè regarde le pansement comme un objet d'une haute importance chirurgicale, et je vais poser les principes de ce sujet thérapeutique, en considérant successivement les appareils, leur mode d'application, et les règles qui doivent diriger le chirurgien dans leur renouvellement ou la prolongation de leur séjour.

Les appareils de pansements sont de deux ordres : les uns mécaniques, les autres non mécaniques. Les premiers sont ceux qui, fabriqués d'avance par des ouvriers, d'après un modèle fixe, sont ensuite appliqués par le chirurgien; les seconds sont ceux qui, composés de pièces d'étoffes, ou de bois, ou de métal et de diverses substances d'autre nature, sont disposés convenablement par le chirurgien au moment même où il les emploie. Ils peuvent être appliqués sur des parties non dénudées ou sur des parties dénudées, et, dans les deux cas, ils doivent remplir les mêmes conditions.

Les appareils de pansements mis sur des parties non dénudées sont soumis à plusieurs règles que je vais examiner. La compression qu'ils exercent doit, si elle a lieu à toute la périphérie des parties, être égale dans tous ses points; autrement, ceux qui sont plus pressés s'enflammeraient et s'ulcéreraient. Il est donc important que des remplissages convenables soient placés à la face interne des appareils, pour que les inégalités des parties disparaissent. Elle doit agir sur toute la longueur des membres, ou au moins sur une large surface; sans cela elle produirait une constriction locale analogue à celle d'une corde. Les appareils mécaniques ont, en général, une force bien supérieure à celle des

autres appareils, surtout si, dans leur construction, il y a des vis sans fin, qui servent à exercer une traction ou une constriction. La puissance de ces vis étant extrême, le chirurgien doit surveiller attentivement leur action. Les courroies avec boucles, qui sont d'un usage fréquent dans ces espèces d'appareils, exigent aussi de la surveillance. En règle générale, tout appareil mécanique, qui est nécessairement composé de substances dures et résistantes, demande plus d'attention que les appareils non mécaniques. Parmi ceux-ci, les bandages faits avec les bandes sont ceux qui réclament le plus de soin, parce qu'on peut produire avec elles une constriction analogue en force à celle des appareils mécaniques. Ces cas ne sont pas malheureusement assez rares. Quel est, en effet, le praticien qui, dans sa carrière chirurgicale, n'a pas vu la gangrène produite par une constriction trop forte d'un bandage roulé? Peu importe la cause qui a favorisé le développement de cette maladie; car si le chirurgien qui appliquait le bandage avait fait attention à cette cause, l'événement ne serait pas arrivé. Si le bandage roulé seul peut faire naître des accidents, d'autres causes peuvent aider leur développement. Les renversés mal faits, les coutures des bouts de bande, les ourlets de leurs bords, les corps durs, comme attelles de bois ou de carton, les remplissages de charpie, de coton ou d'étoupe, les compresses graduées ou autres, contribuent à la formation de la gangrène. Il est certain que, dans beaucoup de circonstances fâcheuses, une disposition individuelle particulière a pu donner lieu à cette maladie; cependant, si l'application mauvaise ou intempestive du bandage n'était pas venue en aide, l'accident n'aurait pas paru. Ces inconvénients de l'application circulaire du bandage se retrouvent dans l'application circulaire des bandelettes agglutinatives; elles exercent une compression qu'on ne retrouve pas dans leur application simplement croisée, et la meilleure preuve que je puisse donner de ce que j'avance, ce sont les eschares qui se manifestent quelquefois sur les parties, dans les cas de plaies pour lesquelles on a recours aux bandelettes circulaires. Jamais pareil accident n'arrive avec les appareils à bandelettes séparées, soit de linge, soit de sparadrap de diachylon gommé; la raison est simple: si la constriction est trop forte, les bandelettes, qui ne sont que croisées, s'écartent sans aucune peine. Quelquefois ces appareils doivent n'agir que sur deux points diamétralement opposés; ils exigent alors encore plus de soins que lorsqu'ils exercent une constriction circulaire, parce que l'influence de la compression est encore plus grande; il faut donc

apporter à leur confection mécanique, ou à leur application manuelle, une excessive attention.

Les appareils que l'on applique sur les parties dénudées, c'est-à-dire sur celles dont la peau est malade, et celles qui présentent des plaies plus ou moins profondes, demandent des soins d'un autre genre. Dans les premiers appareils, nous n'avons à nous occuper que du degré de constriction et de ses conséquences; dans les seconds, nous avons à songer aux douleurs que le malade doit nécessairement ressentir de l'application de corps étrangers sur une partie mise à nu. Lorsque, à la suite d'une opération, un appareil mécanique est indispensable, il doit être fait de telle sorte qu'aucune portion n'appuie sur les points intéressés: autrement, les douleurs qu'il occasionnerait rendraient son séjour insupportable, et les accidents qui en résulteraient le rendraient impossible. Lors donc qu'un appareil mécanique est mis en usage, il faut qu'il n'appuie pas sur les parties dénudées, ou que, dans ce point, des remplissages mous et souples préservent ces parties de son contact. Quand des appareils non mécaniques sont employés, on n'a pas les mêmes craintes à avoir, parce que rarement il entre dans leur confection des pièces d'appareil assez dures pour léser les parties sous-jacentes. Cela ne pourrait être observé que dans les fractures, où les attelles, soit de carton, soit de bois, sont toujours séparées des parties molles par des plumasseaux, des compresses ou des remplissages de diverse nature, lorsque, par inattention, on les laisse appliquées sans l'intermédiaire de préservatifs suffisants pour les parties malades. Mais, lorsqu'on prend des précautions convenables, on dispose les remplissages de façon qu'à l'endroit des plaies ils font un vide, et que la pression des attelles a lieu au-dessus et au-dessous. Or, comme les liens qui servent à les maintenir en place ne serrent jamais assez pour que cette constriction en un point puisse occasionner la gangrène, on n'a rien à craindre. Il n'en serait pas de même si on employait un bandage roulé, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Mais tous les appareils non mécaniques appliqués sur des parties dénudées ne contiennent pas des pièces dures et résistantes: ce ne sont que ceux qui sont mis en usage pour le traitement des fractures, et leur nombre, quoique grand, est bien inférieur à celui des appareils que l'on emploie pour les plaies. Ceux-ci, composés de charpie, de compresses, de bandes et de topiques étendus sur du linge, méritent d'autant plus notre attention qu'on est fréquemment obligé d'y avoir re-

cours, même quand d'autres appareils sont utiles. Leur application constitue le pansement des plaies, opération importante de la chirurgie, car c'est d'elle que dépend souvent le résultat des opérations sanglantes. Il n'est pas possible d'entrer ici dans tous les détails du pansement des plaies; je serais obligé pour cela de considérer ses divers modes selon les intentions que se propose le chirurgien, c'est-à-dire selon son intention de réunir immédiatement ou de laisser suppurer la plaie. Ces sujets devant être traités plus loin, je serais exposé à des répétitions inutiles; mais je dois donner des règles générales de pansement.

Quel que soit le mode de pansement d'une plaie, les topiques appliqués sur la surface saignante ou suppurante et ceux appliqués sur les lèvres de cette surface, qui sont rapprochées et réunies, doivent toujours être recouverts de charpie ou de tout autre corps mou et doux ou de compresses épaisses, afin que la surface malade soit préservée du contact des corps extérieurs. Il importe peu que ce soit la charpie ou les compresses qui protègent la plaie; mais il n'en est pas de même des corps destinés à être mis immédiatement en contact avec la plaie suppurante. Ces corps ont un double usage: ils doivent servir à recevoir les onguents, pommades ou cérats que l'on met sur la plaie, et à absorber le pus qui s'écoule d'elle; il faut donc que ces corps aient une propriété absorbante; s'ils ne la possèdent pas, leur emploi sera mauvais. Or, je crois que la charpie et l'étope préparée sont, en conséquence, préférables au tissu-charpie et au linge fenêtré. Ceux-ci n'absorbent pas le pus, quelque fins qu'ils soient: les trous du linge fenêtré laissent bien, à la vérité, passer ce liquide, mais l'intervalle qui les sépare en retient une portion; ils font un corps qui est un obstacle à l'imbibition du pus dans la charpie qui les revêt; ils ne remplissent donc pas le but que se propose le chirurgien. Ils ont encore un autre inconvénient: c'est que, couverts d'une quantité de topique toujours plus abondante que les brins accolés de la charpie ou de l'étope, ils produisent, par la présence du corps gras qui entre dans sa composition, un boursoufflement et un ramollissement des bourgeons charnus. Il est, en effet, facile de comprendre comment ont lieu les deux inconvénients que je signale. Les fils rapprochés et légèrement accolés qui forment les plumasseaux prennent moins de topique que les fils serrés des tissus, et quand on les pose sur les plaies, le léger écartement qui a lieu met en contact avec la surface malade quelques fils secs: de sorte que la cause qui s'oppose à l'application d'une trop

grande quantité de corps gras est la même qui favorise l'absorption du pus; car cet écartement des fils laisse passer ce liquide, qui ne peut être absorbé par les fils graissés, mais qui l'est aisément par les fils secs. Lorsque, au contraire, on se sert d'un tissu quelconque, le topique gras fait corps avec lui, et les fils, qui ne peuvent s'écarter, ne permettent pas l'écoulement du pus.

Les compresses doivent être mises de façon que les talons ne se trouvent pas sur la plaie; il doit en être de même de leurs extrémités, qui ne doivent jamais se croiser sur elle. Les chefs des bandes ne seront pas non plus placés sur la surface malade. Les bandelettes de sparadrap ne seront jamais croisées sur les plaies, comme le veulent quelques praticiens, dans le but de favoriser le rapprochement des lèvres de la solution: c'est le plein des bandelettes qui sera mis sur la plaie, et leur imbrication se fera sur les parties saines; leur croisement sur les lèvres ou la surface de la plaie occasionne souvent, dans ces parties peu résistantes, des plissements nuisibles. D'ailleurs, les raisons données pour établir ce croisement sur le point malade ne sont pas probantes; car, s'il est certain que les bandelettes maintiennent rapprochées les lèvres d'une plaie quand celles-ci peuvent être mises en contact, il n'est nullement démontré qu'elles peuvent rapprocher les lèvres d'une plaie quelconque quand celles-ci ne peuvent être amenées au point de contact. J'invoquerai ici la grande expérience que j'ai acquise dans le pansement des ulcères des jambes par les bandelettes de diachylon gommé; elle m'a prouvé que ces ulcères ne diminuent jamais de plus d'un tiers, quel que soit le degré de constriction. Il faut donc toujours éviter ce croisement des pièces d'appareil sur les plaies, et même sur les parties couvertes de peau; il vaut mieux faire une application circulaire tant des compresses que des bandes, et ne réserver ce mode d'application que pour les cas spéciaux où on ne peut agir autrement. La régularité de l'application des bandes est très-importante, afin d'éviter les plis qui peuvent blesser les parties. L'attention du chirurgien ne suffit pas seule pour l'obtenir; il faut encore que l'étoffe de la bande soit assez forte pour ne pas plisser. Aussi voyons-nous les chirurgiens guidés par ces principes repousser les bandes de toile fine et celles de linge de coton, qui, toujours plus fin que la toile, offre moins de soutien, même quand son tissu est gros. Ce principe, vrai au fond, ne doit pas être exagéré; et, si on applique bien une bande de toile forte, comme on le voit

dans nos hôpitaux de France, on peut également bien appliquer une bande de linge de coton ou de flanelle. Cette considération est surtout importante pour le pauvre, qui ne peut payer la toile et qui payera le coton. Il en est de même du sparadrap de diachylon gommé; il est aussi bon sur le linge de coton que sur la toile; les bandelettes s'appliquent également bien et les pansements durent aussi longtemps. Ces questions, sur lesquelles on peut trouver que je m'étends un peu longuement, seraient oiseuses, si des chirurgiens d'un grand mérite ne combattaient pas aujourd'hui l'usage du linge de coton pour les compresses, pour les bandes et pour le sparadrap. Il suffit, pour prouver qu'ils ont tort, de voir le sparadrap des hôpitaux et d'appliquer une bande de coton. Je n'examinerai pas la question de savoir si le coton est malsain pour les plaies. Le ridicule de cette assertion est journellement prouvé par l'emploi du coton cardé dans les brûlures, et par celui des compresses de coton.

Pour bien traiter le point de doctrine relatif à la fréquence et à la rareté des pansements, il faut s'entendre sur ces deux mots; et, pour cela, nous sommes obligés de revenir à nos distinctions d'appareils mécaniques et non mécaniques, et de parties dénudées et non dénudées. Les appareils mécaniques ont besoin de surveillance, les appareils non mécaniques ont besoin de renouvellement; les parties non dénudées demandent à être surveillées, les parties dénudées demandent à être pansées. En effet, si nous examinons la manière d'agir des premiers appareils, nous voyons qu'ils ne peuvent se déranger quand ils sont bien faits et bien appliqués, puisqu'ils sont formés de pièces immobiles; tandis que les seconds, composés de pièces mobiles et juxtaposées, sont susceptibles de dérangements, tant à cause de la mobilité des parties qui les forment qu'à cause des mouvements que peuvent faire les malades. Si maintenant nous considérons les parties malades, nous trouvons que les affections sans dénudation nécessitent des pansements, dont le motif seul est de reconnaître si les moyens thérapeutiques remplissent exactement le but auquel ils sont destinés; il n'y a donc qu'une surveillance à exercer. Lorsque les parties sont dénudées, lorsqu'il y a plaie, il ne suffit plus de savoir si le pansement reste en place; il faut visiter la surface de la plaie; il faut absterger le pus qui a été sécrété; il faut enlever les plumasseaux, les compresses et les bandes salies, humectées ou durcies par ce liquide; il faut s'assurer si le topique employé est convenable et suffisant pour la guérison; il faut

donc autre chose qu'une surveillance, il faut un examen attentif et approfondi. Il résulte de ces différences une distinction à établir entre les diverses espèces d'appareils, relativement à la fréquence et à la rareté des pansements; et, par conséquent, une étude spéciale est nécessaire.

Les appareils mécaniques exigent, avant toute chose, une exécution parfaite, afin que leur application soit très-exacte et qu'aucune de leurs pièces ne blesse les parties sur lesquelles ils sont mis. Il faut donc employer un ouvrier habile, et surveiller son mode d'exécution. Si ces appareils ne sont pas bien faits, non-seulement ils ne remplissent pas le but qu'on en attend, mais encore ils font souffrir les malades, et ils excorierent ou ulcèrent les parties molles sur lesquelles on les applique. C'est principalement quand des ressorts sont nécessaires à la confection de ces appareils qu'on observe les inconvénients dont je parle, parce que, rarement, les ouvriers savent bien proportionner la force de ces ressorts; et alors, s'ils les font trop forts, ils sont nuisibles par leur pression, et s'ils les font trop faibles, ils sont nuisibles par le défaut de pression. Lorsque les appareils mécaniques sont mus dans quelque-une de leurs pièces par une vis sans fin, il faut y apporter une grande attention, dans la crainte de voir survenir l'excoriation des parties dans les points soumis à la pression; c'est ici que les remplissages sont d'une grande utilité pour préserver les tissus. Si les parties couvertes par les appareils sont sujettes à une sécrétion abondante de sueur, il faut mettre des garnitures de toile de fil ou de coton qui absorbent l'humidité et empêchent ainsi le durcissement de la peau, qui sert à la confection de l'appareil et l'excoriation des parties. Nous concluons de toutes ces réflexions que les appareils mécaniques bien faits et bien appliqués exigent une simple surveillance, et n'ont pas besoin de ce que nous appelons pansement.

Il n'en est pas de même des appareils non mécaniques. Ceux-ci, formés de pièces mobiles, se dérangent sous l'influence de plusieurs causes variables; il faut donc les réappliquer, ce qui constitue un pansement réel. En effet, quel que soit le but qu'on se propose dans leur application, elle doit toujours être très-exacte pour atteindre ce but; si donc ils éprouvent le moindre dérangement, ils ne remplissent plus les conditions voulues, et il faut les renouveler. C'est sur la fréquence et la rareté de ce renouvellement que nous avons à prononcer. Les bandages non mécaniques sont appliqués pour remplir deux indica-

tions : ils sont contentifs ou compressifs. Les premiers sont employés dans les fractures, les luxations, les opérations et le pansement des plaies ; les seconds sont mis en usage dans les engorgements œdémateux des membres, dans les cas de fistules sous-cutanées ou intermusculaires de ces mêmes parties, dans les cas d'hémorrhagies comme hémostatiques, et dans quelques cas spéciaux qui ne peuvent être généralisés. Si nous examinons ces diverses circonstances, nous voyons que tous les appareils non mécaniques compressifs, et que les contentifs des fractures ont besoin d'une grande exactitude d'application pour remplir l'indication désirée : ils exigent une application fréquemment renouvelée ; sans cela ils deviendront inutiles et peut-être nuisibles. Dans les fractures, les pansements doivent être journaliers ou au moins être faits tous les deux jours, tant que la consolidation ne commence pas à s'effectuer ; autrement le chirurgien s'expose à voir les fragments ne pas rester en rapport et le cal devenir difforme. Quand les fragments, convenablement réduits, sont maintenus par le cal, les pansements doivent être plus rares, afin que les mouvements qui peuvent être imprimés aux parties ne viennent pas détruire ce que l'art a obtenu. Ce principe ne saurait être suivi avec trop de soins ; et je ne crains pas d'avancer que c'est à son oubli qu'on doit un si grand nombre de consolidations vicieuses des fractures. Je reviendrai plus au long sur ce sujet important en examinant les divers modes de traitement de ces maladies. Dans les engorgements œdémateux et dans les trajets fistuleux des membres, si la compression exercée par les bandages n'est pas d'une grande exactitude, l'œdème augmente dans les points mal comprimés, le pus fuse dans le tissu cellulaire voisin du trajet fistuleux, ou s'amasse dans la cavité de la fistule, et donne lieu à des abcès. Si, dans les hémorrhagies, la compression n'est pas exacte sur le point blessé du vaisseau, vous vous perdez en efforts inutiles, vous lésez les parties voisines et vous n'arrêtez pas le sang. Si, dans les varices, la compression n'est pas égale sur tout le membre, vous vous exposez à irriter les veines malades et à occasionner leur rupture. Il faut donc, dans tous ces cas, renouveler les appareils souvent, ou au moins dès qu'ils ont éprouvé le moindre dérangement : c'est une règle constante dont le chirurgien ne doit pas s'écarter. Dans les luxations, l'application des appareils demande en général moins de soins que dans les fractures, parce que, dans le plus grand nombre des cas, il n'agit pas sur les parties luxées, et que son rôle se borne à main-

tenir immobile le membre dont une des extrémités avait changé de position. Cependant, dans quelques luxations, comme celles de la clavicule, de l'extrémité supérieure du radius, des phalanges des doigts, et dans quelques autres, le bandage, devenu indispensable à cause de la facilité du déplacement, exige une grande surveillance et un renouvellement fréquent.

Dans le plus grand nombre des opérations, les appareils ne sont que des moyens contentifs mis en usage momentanément pour maintenir en place les pièces d'appareil appliquées sur les surfaces saignantes ; ils ne deviennent adjuvants des moyens d'union que dans quelques opérations, comme le bec-de-lièvre ; ils ne doivent donc être considérés, en général, que sous le rapport de leur application immédiate, et non sous celui de leur renouvellement, qui doit être basé sur les règles des opérations. Nous ne devons pas en conséquence nous en occuper, parce que nous arriverions à des cas spéciaux que nous aurons à examiner plus tard ; et nous ne devons les considérer ici que comme de simples appareils contentifs sur lesquels nous n'avons rien à dire.

Il n'en est pas de même du pansement des plaies qui succèdent aux diverses opérations et aux lésions traumatiques : la fréquence ou la rareté de leurs pansements est un point très-important de doctrine chirurgicale. Pour le résoudre, deux choses sont à examiner : l'influence du contact de l'air et l'influence du séjour du pus. L'air est un irritant dont le contact est nuisible aux plaies, surtout quand il arrive sur une surface par une petite ouverture qui permet son séjour dans la cavité, et par suite son altération par son mélange avec les gaz qui peuvent se dégager dans cette cavité. Ces principes, reconnus depuis longtemps, ont dirigé les chirurgiens dans leur conduite relativement à certains abcès et à certaines plaies, comme celle des articulations, par exemple, soit qu'elles aient été faites accidentellement ou volontairement. Mais ces principes particuliers peuvent-ils être généralisés ? Je suis porté à faire une réponse affirmative. En effet, si dans les cas cités nous avons, comme irritant, l'air altéré par les gaz, ne l'avons-nous pas aussi, comme irritant, alors que, par son passage continu ou fréquemment répété sur une plaie, il vient à plusieurs reprises frapper et dessécher sa surface ? Nous en avons des exemples, chaque jour, dans ces plaies que se font les ouvriers : ils ne les soignent pas, et elles s'enveniment, comme ils prétendent. Eh bien ! ce venin, qui

les enflamme, n'est autre chose que l'air qui vient constamment les irriter. Si, par un pansement méthodique, vous les privez de son contact, vous obtenez en peu de jours une guérison facile. Cette théorie est celle des réunions immédiates, qui n'ont lieu que dans les cas où les lèvres de la plaie, mises dans un rapport parfait, n'admettent pas d'air entre elles : c'est celle de la guérison des ulcères des jambes par les bandelettes agglutinatives et par la lame de plomb ; c'est celle de la consolidation facile des fractures sans plaie, et des accidents graves qui accompagnent les fractures avec plaie. Il faut donc préserver, autant que possible, du contact de l'air les plaies récentes, afin d'obtenir leur prompte cicatrisation.

Mais si le contact de l'air a une grande influence sur les plaies récentes, en a-t-il autant sur les plaies qui suppurent ? Non, certes ; car alors la formation de la membrane pyogénique, membrane pour ainsi dire préservatrice, empêche que ce contact n'irrite les parties : il faudrait, pour que cet effet eût lieu, qu'il fût longtemps prolongé, et que les divers corps étrangers placés sur la plaie vinsent encore accroître l'irritation. Cependant, nous observons aussi que dans les circonstances où les plaies suppurantes se trouvent privées du contact de l'air, elles changent d'aspect, et qu'elles marchent rapidement vers la guérison. Nous en avons des exemples journaliers dans ces vieux ulcères qui, placés sous l'abri des bandelettes agglutinatives, changent d'aspect en peu de jours ; nous en trouvons encore dans les plaies dont les pansements négligés sont faits régulièrement.

Le séjour du pus a-t-il, comme le contact de l'air, une influence fâcheuse sur les plaies ? Si nous comparons ce liquide au gaz dont nous venons de parler, nous trouvons que le pus renfermé dans un foyer à petite ouverture contracte, comme l'air, des qualités délétères qui deviennent un obstacle à la guérison. C'est ainsi que, dans les abcès ouverts par une ponction, le pus, louable au moment de l'opération, prend plus tard une teinte grisâtre, et quelquefois une mauvaise odeur, qualités qu'il perd dès que le chirurgien a pratiqué une incision de toute la longueur du foyer. Alors le pus sécrété reste louable, parce qu'il s'écoule à mesure qu'il se forme, et parce que, ne séjournant plus dans un clapier, il n'acquiert aucune mauvaise qualité. Lorsque le pus d'une plaie large et bien ouverte est abondant, son séjour à la surface de cette plaie n'a aucune propriété malfaisante ; il n'a d'autre inconvénient que de baigner continuellement les bourgeons charnus et de les amollir.

L'on a pensé qu'il pouvait favoriser le décollement du tissu cellulaire, et par conséquent fuser entre les muscles. Cette opinion, qui paraît admissible par les faits nombreux qui se rencontrent dans la pratique, tombe d'elle-même quand on réfléchit aux phénomènes qui se passent aux environs des plaies qui suppurent. Le tissu cellulaire contracte avec les organes voisins des adhérences qui sont une barrière insurmontable au pus. Voyez cette artère dénudée dans une plaie, son tissu cellulaire s'enflamme, il adhère aux organes voisins, et il la préserve du contact du pus. Dans les hernies opérées, ce sont les adhérences des lèvres de la membrane séreuse péritonéale qui s'opposent à l'écoulement du pus dans l'abdomen. Si ces adhérences n'ont pas lieu, le pus fuse et s'épanche. C'est donc lorsque les phénomènes habituels de l'inflammation ne surviennent pas que le pus devient nuisible : ce sont les cas exceptionnels, et non ceux basés sur l'ordre suivi par la nature. Mais si, par des causes inconnues, il se fait une sécrétion extraordinaire de pus, il faut avoir égard à son abondance, qui, par son séjour prolongé et par son imbibition dans les linges, peut occasionner dans les parties malades une irritation nuisible.

D'après ces réflexions, nous sommes conduits à des conclusions formelles sur la fréquence et la rareté des pansements. Les plaies récentes doivent être privées du contact de l'air ; par conséquent, les pansements doivent être rares. Ainsi, à la suite des réunions immédiates bien faites, il ne faut lever l'appareil que tardivement ; on reconnaîtra, à la sensibilité des parties, à leur gonflement et à l'écoulement des liquides, comment se fait la réunion. Dans les plaies anciennes, le contact de l'air, quoique nuisible, n'empêche pas la guérison ; cependant on l'accélère en privant leur surface de ce contact : les pansements rares sont donc avantageux, et, selon les moyens thérapeutiques mis en usage, ils doivent être faits tous les jours, tous les deux jours, et même moins souvent. Dans les plaies suppurantes, si le pus est peu abondant, on doit suivre les mêmes règles ; mais si la suppuration est considérable, il faut alors faire deux pansements par jour, et à chaque fois bien absterger la plaie : on produit ainsi une certaine excitation qui favorise la formation de la cicatrice. Ces règles générales trouvent leur application dans tous les cas particuliers ; et cette dernière surtout est tellement vraie, qu'il arrive fréquemment de voir des personnes qui ont une maladie très-simple, et même seulement un exutoire, s'opposer à la guérison de cette maladie, ou à la sécrétion purulente de cet exutoire

par des pansements trop réitérés sous de vains prétextes de propreté, de douleur ou d'accélération de cicatrisation. C'est l'application de la même règle qui doit faire proscrire ce renouvellement fréquent des cataplasmes sur les surfaces enflammées, renouvellement ordonné par le chirurgien et exigé par le malade, toujours sous le prétexte de faire cesser plus vite l'inflammation, et dans le but d'ôter un cataplasme refroidi. J'ai dit, en parlant de ce topique, que c'était pour éviter ces pansements continuels que le cataplasme de farine de graine de lin était préférable. Enfin, pour terminer ce que j'ai à dire sur le pansement des plaies en général, je ne crains pas d'avancer que la rareté des pansements est préférable à leur fréquence, qui ne devient nécessaire que dans des cas spéciaux.

§ 2. — De la saignée.

On donne le nom de *saignée* à une opération qui consiste à ouvrir un vaisseau sanguin, afin de donner issue à une certaine quantité de sang. Le mot saignée se prend aussi pour le sang qu'on tire par l'ouverture du vaisseau ; c'est dans ce sens que l'on dit : grande, abondante saignée, saignée copieuse, etc. La saignée est un des plus grands et des plus prompts moyens de guérison que la médecine connaisse ; mais il en est peu sur lesquels les médecins aient autant varié. Laisant de côté tout ce qui a rapport à l'histoire de la saignée, à ses effets et à son usage, nous ne la considérerons ici que comme opération de chirurgie. Il y a deux sortes de vaisseaux que l'on peut ouvrir : les artères et les veines. L'ouverture des artères s'appelle *artériotomie* ; celle des veines *phlébotomie*. Aujourd'hui la plupart des auteurs admettent aussi une saignée des vaisseaux capillaires, et ils l'appellent saignée locale, parce qu'elle dégorge spécialement la partie du système capillaire où on la pratique, pour la distinguer de la phlébotomie, qu'ils nomment saignée générale, parce qu'elle dégorge, pour ainsi dire, immédiatement tout le système sanguin. Mais il convient de ne pas confondre dans une même description des choses aussi différentes, surtout relativement au point de vue sous lequel nous les considérons. Ce ne sera donc qu'après avoir traité de la saignée artérielle et de la saignée veineuse, que nous parlerons de la saignée locale par l'application des sangsues ou par celle des ventouses scarifiées.

1^o Artériotomie.

L'artériotomie, que les anciens pratiquaient fréquemment, et dont plusieurs auteurs disent avoir obtenu un grand succès dans des douleurs de tête anciennes et opiniâtres, est presque entièrement tombée en désuétude aujourd'hui, et, lorsqu'on la pratique, c'est toujours l'artère temporale qu'on ouvre. La situation superficielle de cette artère en rend l'ouverture facile, et le point d'appui solide et invariable que lui fournit le crâne en assure la compression. Voici la manière de faire cette opération.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, ou couché sur le côté opposé à celui où l'on pratique l'opération, on tâte avec le doigt indicateur l'artère qu'on se propose d'ouvrir. Cette artère est la branche antérieure de la temporale. Dans quelques sujets elle est saillante sous la peau, et on la distingue à la vue ; chez d'autres elle ne forme aucune saillie, et on ne juge de sa position que par ses pulsations. On fait avec l'ongle une marque transversale à la direction de l'artère dans l'endroit où on veut l'ouvrir. On tend la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, tandis qu'avec un bistouri tenu de la main droite, comme pour couper de dehors en dedans, on divise la peau et l'artère en travers. Aussitôt que cette incision est faite, un sang rouge et vermeil s'échappe ; s'il sort par jet, on le reçoit dans une palette ; s'il coule en bavant, on l'y conduit au moyen d'une carte pliée en deux suivant sa longueur en forme de gouttière. Lorsqu'on a tiré la quantité de sang suffisante, on rapproche les lèvres de la plaie, et on la couvre de trois ou quatre compresses, dont la première aura un pouce en carré, et les autres seront graduellement plus larges. On contiendra ces compresses avec le bandage appelé *solaire*, étoile ou nœud d'emballer, qui se fait ainsi : on prend une bande longue de cinq à six aunes sur deux travers de doigt de large, roulée à deux globes égaux qu'on tient un de chaque main. On applique le milieu de la bande sur les compresses, et l'on conduit ses deux globes l'un par devant et l'autre par derrière, pour aller autour de la tête sur l'autre tempe, où on les change de main : on les ramène sur les compresses, où on les croise en changeant encore de main, de sorte que si c'est du côté droit on fasse passer le globe postérieur sous l'antérieur, c'est-à-dire celui qui a passé sur le