

muscle lui-même ; ordonnez à la malade d'exécuter un mouvement qui nécessite la contraction du muscle, de rapprocher le bras du tronc dans le cas particulier, et faites obstacle à ce mouvement : le muscle se trouve alors tendu et, si la tumeur contracte avec lui des adhérences, elle perd sa mobilité, et la perd plus ou moins en raison de l'étendue des adhérences.

Étudiez ensuite les connexions avec les gros vaisseaux et nerfs de la région, ce que vous ne sauriez le plus souvent établir qu'à l'aide de notions anatomiques précises.

Il ne faudra pas négliger de rechercher le retentissement des affections chirurgicales et des tumeurs en particulier sur le système lymphatique. Certaines affections entraînent toujours et assez rapidement l'altération des ganglions : tel le carcinome ; d'autres, comme le sarcome, ne retentissent jamais ou presque jamais sur le système ganglionnaire. Un chancre induré entraîne presque tout de suite une adénopathie, tandis que les ganglions se prennent dans l'épithéliome beaucoup plus longtemps après l'apparition de l'ulcération ; c'est même là un caractère différentiel fort important entre ces deux affections, qui présentent parfois de grandes analogies. L'engorgement ganglionnaire précède en général l'apparition de l'érysipèle.

La recherche des ganglions dans les affections organiques constitue l'un des éléments les plus nécessaires au diagnostic complet, puisque l'intervention ou l'abstention sont souvent la conséquence de cet examen. Je rappelle que tous les ganglions lymphatiques, si superficiels qu'ils paraissent, comme au pli de l'aîne, par exemple, ou bien au devant de l'oreille, ne sont jamais situés directement sous la peau, mais recouverts par un plan aponévrotique. Très faciles à sentir lorsque la peau est intacte, leur recherche devient beaucoup plus difficile lorsque la peau a été divisée.

Enfin, pour compléter le diagnostic, il sera souvent nécessaire de recourir à l'emploi d'instruments spéciaux, tels que stylets, sondes, spéculums, etc., ainsi que nous l'indiquerons en étudiant les affections propres à chaque région.

Après la constatation des signes physiques, un nouvel interrogatoire du malade sera nécessaire pour constater les *signes physiologiques* ou symptômes proprement dits. Ceux-ci sont basés sur la sensibilité et l'état des fonctions de la partie blessée.

La *douleur* peut être spontanée et revêtir des caractères et une intensité très variables, par exemple, dans le névrome, où elle est en quelque sorte pathognomonique. Il convient de rechercher si la douleur est inhérente à la partie malade elle-même, intrinsèque, ou bien si elle dépend de la compression d'un filet nerveux du voisinage, comme dans certains fibromes qui pour cette raison sont confondus avec les véritables névromes. Quelques tumeurs ne sont jamais douloureuses par elles-mêmes : le chondrome, l'adénome, etc. ; d'autres, telles que le carcinome, le sont presque toujours. L'indolence est donc un élément de diagnostic fort important, au même titre que la marche et le mode de développement.

Le début de la douleur présente aussi parfois une grande valeur diagnostique : une douleur subite et atroce dans l'œil est en général un symptôme de glaucome aigu ; dans l'oreille, un symptôme d'otite moyenne aiguë ; dans une articulation, elle indique presque toujours la présence d'un corps étranger, etc.

Le point de départ de la douleur est également à noter : un sujet atteint de névralgie faciale accuse un foyer douloureux au voisinage du nerf mentonnier ; il déclare que de là partent toujours les douleurs pour s'irradier dans la face, vers le crâne ; vous êtes en droit de conclure que la névralgie est d'origine périphérique et qu'une résection nerveuse guérira votre malade ; dans le cas contraire, la névralgie est sans doute d'origine centrale, et dès lors toute intervention est d'avance frappée d'insuccès.

La douleur peut être provoquée par les mouvements du malade ou par ceux qu'imprime le chirurgien. Ce symptôme devient le principal, le seul élément même de diagnostic dans certains cas, dans les fractures sans déplacement, par exemple, telles que la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, de l'extrémité externe de la clavicule ; mais il faut, pour que ce symptôme acquière une réelle valeur, que la douleur siège dans un point fixe, absolument limité et toujours le même. *Lorsqu'à la suite d'une violence extérieure un malade éprouve une douleur vive à la pression sur un point très limité du squelette, alors qu'aucun traumatisme n'a porté en ce point, il est très probable qu'il existe une fracture.*

L'existence d'une douleur provoquée en un point déterminé est souvent le seul symptôme qui nous permette de reconnaître le siège précis d'un corps étranger : d'une aiguille, d'un morceau de verre, etc. Enfin la douleur peut constituer à elle seule toute la



maladie, comme dans cette singulière affection désignée sous le nom de douleur du talon dont la cause nous échappe encore.

Les *symptômes fonctionnels* seront ensuite passés en revue. Ils varient nécessairement avec la région et l'organe malades. L'impuissance des membres constitue en général un signe de fracture : c'est l'un des meilleurs pour la fracture intracapsulaire du col du fémur. L'abolition de certains mouvements physiologiques est pathognomonique : telle l'impossibilité de fermer la bouche dans la luxation de la mâchoire. Signalons de même la perte subite de la vision dans le glaucome aigu; la suppression complète des gaz dans la hernie étranglée; l'impossibilité absolue de tout mouvement du genou dans le cas de corps étranger; la déviation des larmes dans l'obstruction des voies lacrymales; l'absence des spermatozoïdes dans l'obstruction des deux épидидymes, etc., etc.

On terminera l'examen du malade par l'étude de la *santé générale*.

Il me paraît nécessaire de présenter ici quelques considérations à propos de l'influence des états constitutionnels et des maladies chroniques sur les traumatismes et les opérations chirurgicales.

Les blessés ne résistent pas tous de la même manière à un même traumatisme; les suites opératoires ne sont pas identiques chez tous les opérés, et il n'est pas douteux que la constitution de chacun joue un certain rôle dans la marche que suit le processus réparateur ou dans les accidents qui entraînent la mort. Les divers états constitutionnels antérieurs, tels que la scrofule, l'alcoolisme, le cancer, etc., impriment souvent au traumatisme un caractère particulier, et en modifient surtout les conséquences. De même, certaines maladies chroniques, telles que le diabète, l'albuminurie, aggravent profondément les conditions des blessés et des opérés.

Les traumatismes à leur tour exercent-ils une influence sur l'évolution des états diathésiques en leur donnant une sorte de coup de fouet? une opération, par exemple, pratiquée sur le bras d'un sujet strumeux est-elle susceptible de faire apparaître brusquement une méningite tuberculeuse? c'est ce que pense M. Verneuil, opinion que sont loin de partager la plupart des chirurgiens.

Il est certain toutefois, et la preuve en est trop fréquente, qu'un

traumatisme atteignant un sujet affecté de la diathèse scrofuleuse peut faire évoluer en ce point une tumeur blanche, une carie, une synovite tuberculeuse, etc. Velpeau admettait qu'un coup pouvait déterminer dans le sein la localisation de la diathèse cancéreuse, et cette opinion n'a rien que de rationnel. On peut admettre également qu'un traumatisme développe une poussée rhumatismale, un accès de goutte sur un sujet arthritique; réveille un accès de fièvre chez un paludique: mais toutes ces questions, d'un haut intérêt sans doute, sont plutôt du ressort de la pathologie générale que de la chirurgie proprement dite.

Il est bien autrement important pour nous de connaître l'influence exercée par les divers états constitutionnels sur la marche des opérations; de savoir à l'avance si une opération présente des chances plus ou moins grandes de succès, si même elle doit être tentée. Voici les principales données que nous avons à cet égard. L'expérience de chaque jour démontre que les opérations sont très bien supportées par les sujets tuberculeux et cancéreux, puisque ce sont eux qui nécessitent le plus grand nombre d'interventions; si l'abstention est parfois de rigueur, c'est lorsque la cachexie est arrivée à un degré extrême.

Les sujets syphilitiques supportent également bien les opérations. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'autoplastie, il faut soumettre préalablement les malades à un régime spécifique sévère et ne les opérer que plusieurs mois après la disparition de tout accident.

Les paludiques ne présentent en général rien de particulier quant à la marche des opérations. Il est bon toutefois de s'enquérir de l'existence d'accès antérieurs de fièvre intermittente, car de nouveaux accès même pernicieux pourraient apparaître rapidement et emporter le malade. On a noté dans ces cas une certaine tendance aux hémorrhagies, aux névralgies intermittentes, justiciables du sulfate de quinine.

Il existe trois états dont il faut s'occuper principalement en clinique. Avant toute opération, le chirurgien doit rechercher si son malade est alcoolique, diabétique ou albuminurique. L'alcoolisme et le diabète se rencontrent d'ailleurs assez fréquemment sur le même sujet.

L'*alcoolisme chronique* détermine à la longue la dégénérescence graisseuse des organes, en particulier celle du foie, et souvent



aussi des os, des artères et des veines. Les sujets alcooliques sont atteints d'une sénilité précoce. Il n'est pas toujours facile de reconnaître *a priori* qu'un sujet est alcoolique, si ce n'est par les renseignements recueillis près du malade et de son entourage. Souvent, en effet, l'alcoolique conserve une apparence robuste, et rien n'indique une aussi profonde déchéance organique. Toutefois, en général, l'alcoolique arrive à ne plus pouvoir manger de viande; quelques légumes, des mets épicés, sont seuls supportés, et il ne retrouve son état normal, il ne se sent à l'aise qu'après avoir ingéré des liqueurs alcooliques.

On conçoit qu'avec de pareils organes et un sang lui-même profondément altéré l'alcoolique résiste mal aux opérations. Il est exposé aux hémorrhagies secondaires; le plus léger traumatisme fait souvent éclater des accidents formidables; le delirium tremens, si souvent décrit, en est la conséquence habituelle; les plaies suppurent, se gangrènent, et la septicémie aiguë emporte le malade.

Il ne faut pratiquer que les opérations d'urgence sur un alcoolique avéré.

Les *sujets diabétiques* sont exposés à des accidents non moins graves que les précédents, ainsi que l'a démontré Marchal de Calvi en 1864. La plus légère blessure produit parfois des effets formidables; la section d'un cor au pied est souvent suffisante pour déterminer un érysipèle phlegmoneux, la gangrène et la septicémie aiguë. De semblables lésions survenant après une cause aussi minime présentent une physionomie spéciale qui trompe rarement un praticien exercé. Il ne faut jamais amputer dans ces conditions, car de nouveaux désordres du même genre succéderont à l'intervention. Il est d'ailleurs fréquent de voir la guérison survenir spontanément lorsqu'un traitement rationnel a été institué contre le diabète.

Les tissus étant imprégnés de glycose, il est vraisemblable que les accidents phlegmoneux et gangréneux sont dus à une influence microbienne sur cette matière fermentescible: aussi, quand on opère d'urgence un sujet diabétique, faut-il remplir soigneusement les deux indications suivantes: soumettre le malade à un régime qui diminue la production du sucre; employer la plus rigoureuse antisepsie pour éviter ou neutraliser le contact des microbes avec la plaie.

Avant de pratiquer une opération, si petite qu'elle soit, il est donc utile de s'enquérir de l'état des urines et de n'agir que lorsque le diabète aura sensiblement diminué, sinon disparu. A cette condition, on est autorisé à opérer les diabétiques, en particulier ceux qui sont atteints de cataracte.

De même, si une plaie accidentelle marche mal, si elle ne tend pas à la guérison, il faudra se préoccuper de l'état des urines et, s'il y a du sucre, soumettre aussitôt le malade au régime approprié, ce qui ne tardera pas à amener une modification favorable.

L'*albuminurie*, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une lésion rénale, est la cause d'accidents opératoires analogues à ceux que produisent l'alcoolisme chronique et le diabète, c'est-à-dire qu'on observe des hémorrhagies primitives et secondaires, des érysipèles gangréneux, de la septicémie aiguë. Il n'est souvent pas facile de modifier l'état d'un sujet albuminurique, et je suis d'avis de ne jamais pratiquer d'opération dans ces conditions, si ce n'est, bien entendu, les opérations d'urgence: trachéotomie, kélotomie, etc. Il y a cependant une exception à cette règle. Lorsqu'une suppuration prolongée, provenant d'une tumeur blanche, par exemple, détermine l'apparition de l'albumine dans les urines, loin de s'abstenir, c'est au contraire une indication à pratiquer soit la résection, soit l'amputation.

Quelle est l'influence des traumatismes sur la menstruation, et réciproquement? Tous les chirurgiens ont dû pratiquer de temps en temps de graves opérations sur des femmes ayant leurs règles, et je n'ai pas remarqué, pour mon compte, de suites fâcheuses. Cependant il est de toute évidence qu'il faut, quand on le peut, éviter d'opérer pendant la période menstruelle. Quant à l'influence des opérations sur la menstruation, elle est bien manifeste, car presque toujours les règles avancent dans ces conditions.

Une question beaucoup plus importante que la précédente, c'est le rapport des traumatismes avec la grossesse. Rien n'est plus variable que ce rapport suivant les sujets. Le plus léger traumatisme peut provoquer une fausse couche, tandis que parfois les accidents les plus graves n'exercent aucune influence sur la marche de la grossesse. Je ne citerai pour le prouver que les deux cas suivants: une femme enceinte de quatre mois est prise dans une machine, entraînée plusieurs fois autour du volant, et a le



bras droit arraché. Je pratique une amputation ; la malade guérit très bien et accouche à terme. — Une femme enceinte de six mois se jette du troisième étage : commotion cérébrale, plaies multiples, fracture compliquée de la cuisse ; guérison et accouchement à terme.

Faut-il opérer une femme enceinte ? Voici sur ce point ma règle de conduite : à part les cas d'urgence, ne jamais pratiquer d'opération, si petite qu'elle soit, pendant la grossesse. Cependant, lorsque la maladie est elle-même de nature à compromettre ou à empêcher l'évolution naturelle du fœtus, il faut intervenir. Par exemple, une femme présente à la vulve des végétations dont elle souffre peu : n'y touchez pas ; ces végétations au contraire sont très douloureuses, gênent la marche, empêchent tout sommeil et compromettent gravement le développement de l'œuf : faites-en l'ablation. — De même, un kyste de l'ovaire coïncide avec une grossesse et n'entrave pas l'ampliation de l'utérus : attendez la délivrance avant d'agir : mais la présence du kyste est un obstacle à la grossesse : faites une ponction, si la poche est uniloculaire, et au besoin l'ovariotomie. Ne serait-il pas absurde, en effet, sous prétexte de ne pas nuire à la grossesse, de laisser subsister un état qui doit fatalement empêcher celle-ci d'arriver à terme ? C'est au tact et à la science du praticien qu'il faut s'en rapporter pour résoudre ce problème assurément fort délicat.

Quand la femme est accouchée, il ne faut pratiquer d'opérations que lorsque la période puerpérale est complètement passée, c'est-à-dire après deux ou trois mois.

Faut-il opérer les vieillards ? question qui se pose souvent dans la pratique. Sans doute, d'une façon générale, les vieillards offrent moins de résistance que les adultes, et encore que de différences individuelles sous ce rapport ! Pour mon compte, j'ai opéré souvent des sujets âgés, même de plus de quatre-vingts ans, et n'ai rien remarqué de spécial. Quand une opération est bien indiquée, qu'elle présente des chances sérieuses de succès et que le malade la réclame, je ne me crois pas en droit de la lui refuser sous prétexte qu'il est très âgé. M. L. Labbé n'a-t-il pas opéré avec succès d'une hernie étranglée une femme de la Salpêtrière qui avait dépassé la centaine ?

Avant d'entrer en matière et pour éviter les redites au cours de cet ouvrage, il me semble utile d'indiquer sommairement la manière dont il convient, selon moi, de traiter les plaies en général, d'arrêter les hémorrhagies et de pratiquer l'anesthésie chirurgicale.

Le traitement des plaies accidentelles ou opératoires est sans contredit l'un des points les plus importants de la pratique chirurgicale. A toutes les époques il a été l'objet de discussions, de divergences, mais aujourd'hui, grâce à la bienfaisante découverte de la méthode antiseptique, cette question a fait un si grand pas que nous la pouvons considérer comme résolue, au moins dans ses grandes lignes.

Je ne ferai point ici l'historique de la méthode antiseptique à laquelle se rattachent les noms de Pasteur, Lister, Maisonneuve, A. Guérin ; il a été fait par M. J. Lucas-Championnière, qui a eu le grand mérite d'être l'initiateur de cette méthode dans notre pays. Me plaçant dans cet ouvrage au point de vue exclusivement pratique, je dirai comment il faut traiter les plaies en général. Sans insister sur les divers procédés de la méthode, je me contenterai de faire connaître ceux qui m'ont paru bons, ceux dont l'emploi journalier m'a démontré l'efficacité.

Pénétrons-nous d'abord de cette idée capitale : les accidents des plaies résultent du contact de germes animés déposés à leur surface, et ces germes proviennent du dehors. Admettons aussi qu'une plaie ne doit pas suppurer, et que la présence du pus constitue un accident qu'il est le plus souvent possible d'éviter. Reconnaissons encore que les autres complications des plaies : angioleucite, érysipèle, infection purulente, apparaissent seulement lorsqu'une faute a été commise dans l'application de la méthode antiseptique. Sans doute, les malades sont loin d'offrir la même résistance à l'action funeste des microbes, et, si certains d'entre eux sont inattaquables, d'autres présentent un terrain de culture, un état diathésique des plus favorables au développement des micro-organismes : mais les propositions précédentes n'en doivent pas moins être considérées comme vraies et comme fondamentales pour l'application de la méthode antiseptique au traitement des plaies, et je vais jusqu'à dire : il dépend du chirurgien d'avoir ou de ne pas avoir des accidents dans le traitement des plaies.



Or l'agent septique provient de sources multiples : du milieu ambiant, des instruments, de l'opérateur lui-même ou de ses aides, des pièces de pansement. Ne croyez donc pas, et c'est là une illusion des plus fréquentes, que vous suivez la méthode antiseptique parce que vous recouvrez la plaie avec de la gaze phéniquée, parce que vous appliquez à sa surface les pièces de pansement imaginées par Lister, et ne soyez pas surpris, si vous n'obtenez pas les bénéfices de la méthode, car en négligeant les autres précautions vous négligez le point le plus important.

Il existe donc des règles générales pour l'application de la méthode antiseptique, règles qu'il faut suivre avec la plus scrupuleuse exactitude et d'où dépendent les résultats.

Le milieu où se trouve la plaie doit être aseptique. On écartera toute cause de contagion provenant d'autres malades, ce qui n'est malheureusement pas toujours possible dans nos services hospitaliers où nous manquons souvent de chambres d'isolement. La plus minutieuse propreté devra régner autour du blessé. Afin de rendre le milieu plus aseptique, Lister imagina le spray, c'est-à-dire l'emploi de vapeurs phéniquées dont il saturait l'air ambiant à l'aide d'un pulvérisateur, pratique un peu délaissée, mais qui ne présente cependant que des avantages.

Les instruments ont été sans aucun doute bien des fois le véhicule de la contagion, l'agent de transport des micro-organismes dans les plaies. Qu'on se rappelle le peu de soin que la plupart des chirurgiens prenaient jadis à entretenir la propreté de leur outillage : un bistouri servant successivement à opérer plusieurs malades était à peine essuyé avec une compresse, laquelle était souvent elle-même loin d'être propre. Les instruments doivent baigner dans la solution phéniquée forte (50 p. 1000) au moment d'une opération, et la plus légère exploration avec un stylet exige que l'instrument soit préalablement lavé soigneusement. Grâce à ces précautions, nous ne voyons plus comme jadis le simple examen d'un trajet fistuleux déterminer la production d'un érysipèle.

L'opérateur et ses aides seront d'une extrême propreté ; non seulement les mains seront lavées dans la solution phéniquée, mais encore les vêtements devront être constamment propres et nettoyés, chaque fois qu'une goutte de sang ou de pus les aura souillés. Que de femmes sont mortes de fièvre puerpérale parce que, ces notions étant inconnues ou dédaignées, l'agent contagieux

était transporté par l'accoucheur sortant d'une maternité infectée ! N'en est-il pas de même de l'infection purulente, ce terrible fléau qui jadis ravageait nos services et dont nous ne gardons plus guère que le souvenir ! Mais il faut bien savoir que l'ennemi est tout prêt à reparaitre à la moindre négligence apportée dans les précautions antiseptiques.

Les pièces de pansement seront neuves, préparées à l'avance, renfermées dans des boîtes hermétiquement closes. Les éponges surtout seront surveillées avec une extrême rigueur. Je les ai, quant à moi, absolument bannies de mon service pour les pansements ordinaires et ne les emploie que dans les grandes opérations, à la condition encore qu'elles soient neuves et rendues aseptiques par un trempage préalable dans la solution phéniquée forte. On évitera de se servir de charpie, de compresses, souillées peut-être antérieurement et non désinfectées d'une manière suffisante.

Je ne puis détailler ici par le menu les mille petites précautions qu'il convient de prendre dans le traitement des plaies, mais elles ont toutes pour but de s'opposer à la production de l'agent contagieux, d'empêcher son contact avec les plaies, si cet agent existe, et de le détruire à la surface d'une plaie lorsqu'il a pu s'y déposer. Ne craignons pas de le répéter, au risque d'une légère exagération : il est au pouvoir du chirurgien d'éviter les accidents des plaies en appliquant rigoureusement la méthode antiseptique : ayons une foi robuste en cette méthode, car là est la vérité.

Et tout d'abord, faut-il pratiquer la *réunion immédiate des plaies* ? La réponse à cette question ne saurait être douteuse. Oui, certes, la réunion immédiate est de rigueur toutes les fois qu'elle est possible, et ce n'est pas l'un des moindres bénéfices de la méthode que de l'obtenir dans la grande majorité des cas. C'est d'ailleurs, je dois le dire, la pratique générale. L'un de nos collègues, à peu près seul d'ailleurs, persiste à défendre ce qu'il appelle le pansement antiseptique ouvert, arguant, bien à tort, des soins minutieux que demande la réunion immédiate des plaies, et oubliant sans doute que l'un des points fondamentaux de la méthode est de soustraire le plus tôt et le plus sûrement possible la plaie au contact des micro-organismes ambiants !

La réunion immédiate présente l'inconvénient de retenir les liquides qui s'épanchent parfois en trop grande abondance, causent de la douleur et distendent la suture, mais cet inconvé-



nient disparaît par le drainage à l'aide des tubes de Chassaignac, de telle sorte que nous pouvons donner cette formule générale pour le traitement des plaies simples : réunion immédiate et drainage. On enlèverait d'ailleurs les points de suture, si cela devenait nécessaire.

Si la plaie consiste en une piqûre, pratiquez-en le plus tôt possible l'occlusion avec de la baudruche collodionnée, du collodion iodoformé, etc. Même dans le cas de piqûre très profonde, intéressant les cavités thoracique ou abdominale, c'est le seul traitement à faire, en appliquant par-dessus le collodion une couche d'ouate phéniquée ou de charpie de bois au sublimé, etc.

Lorsque la piqûre est septique, comme les piqûres anatomiques, par exemple, je conseille d'appliquer tout de suite une ligature fortement serrée au-dessus de la piqûre, de façon à faire écouler par la plaie une certaine quantité de sang, de la laver soigneusement, de la sucer au besoin, et de pratiquer ensuite l'occlusion avec de la baudruche collodionnée. Si l'on se sert de collodion en nature, il est préférable de n'en pas appliquer directement sur la plaie, mais seulement au pourtour, de manière à y fixer la baudruche.

Une plaie par instrument tranchant sera, après hémostase faite, lavée avec de l'eau simple, mais toujours préalablement bouillie, ou avec de l'eau phéniquée, suivant que le milieu sera ou ne sera pas aseptique, puis débarrassée des corps étrangers qu'elle pourrait contenir. Les bords en seront soigneusement rasés, s'il y a lieu, et on procédera ensuite à la réunion immédiate. Pour l'obtenir, le meilleur procédé est la suture; sans doute, si la plaie est très peu étendue, on en pourra maintenir les bords rapprochés par quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre ou de diachylon, mais la suture est la règle. J'indiquerai plus loin la manière de procéder à propos des plaies opératoires, ainsi que le mode d'application du drain. Les parties seront ensuite recouvertes d'un pansement antiseptique dont je m'occuperai également plus loin.

Si la plaie est contuse, les précautions préliminaires seront prises comme dans le cas précédent : mais faut-il alors pratiquer la réunion immédiate ? Il y a quelques années, on répondait sans hésitation par la négative : or je pense que nous pouvons aujourd'hui

d'hui réunir immédiatement le plus grand nombre des plaies contuses, à la condition de les drainer convenablement pour assurer l'écoulement du pus, s'il s'en produit, et de surveiller d'un peu plus près les bords, afin de les désunir dans le cas où ils viendraient à trop se distendre. Cette méthode ne présente que des avantages. On obtient parfois la réunion immédiate comme dans les plaies simples, et on abrège dans tous les cas la durée de la cure. C'est surtout lorsqu'il s'agit de plaies contuses de la face qu'il convient d'agir de la sorte.

Certaines plaies sont tellement contuses et machées que toute réunion est impossible, surtout lorsqu'il s'agit des extrémités; de même dans les plaies par arme à feu, où la peau est détruite jusqu'à une certaine distance. Le pansement antiseptique de Lister convient sans doute à ces cas, mais c'est au pansement ouaté de A. Guérin qu'on doit, à mon avis, donner la préférence : c'est en effet aux plaies contuses des extrémités que ce pansement me semble particulièrement applicable, car il possède le précieux avantage d'immobiliser absolument les parties et de pouvoir être maintenu longtemps en place. On sait que le tétanos traumatique, cette redoutable complication des plaies, s'observe le plus ordinairement à la suite des plaies contuses des extrémités : or il me paraît très probable que le tétanos deviendra infiniment plus rare, grâce au pansement ouaté. Cette affection, peut-être de nature microbienne, résulte dans tous les cas de l'irritation des extrémités nerveuses contuses ou bien de leur contact avec des micro-organismes venus du dehors ; il y a, dans tous les cas, indication de les soustraire à l'action de l'air extérieur par un pansement à la fois antiseptique et rare, conditions que réalise le pansement de A. Guérin. S'il m'était permis de prédire l'avenir, je dirais que c'est au traitement des graves plaies contuses des extrémités que sera plus tard exclusivement appliqué ce pansement, rôle déjà suffisamment important en chirurgie. Je repousse absolument le traitement par l'irrigation continue, qui a joui jadis d'une certaine faveur, car, si vous voulez éviter les accidents des plaies contuses (en particulier de celles des extrémités et surtout le tétanos traumatique), mettez-les le plus rapidement et le plus longtemps possible à l'abri de l'air.

Lorsqu'une plaie coïncide avec une fracture, elle peut être