

forment les plaies les plus simples en plaies graves. Quand on fait un pansement sec avec des substances absorbantes telles que le coton ou le lint imprégnés de substances antiseptiques (acide borique, acide salicylique, ou iodoforme), il est plus actif et a l'avantage de pouvoir rester en place pendant plusieurs jours, même pendant huit jours, et on ne s'expose pas à retarder la cicatrisation même quand on le renouvelle tous les jours; il en résulte que la guérison est plus rapide, plus certaine, et qu'on ne s'expose pas à la septicémie secondaire.

Quand une plaie est petite, que le chirurgien croit pouvoir la guérir par première intention, il peut avoir recours aux pansements secs qui conviennent mieux que tous les autres dans ces cas. Quand la plaie est grande et profonde, on ne saurait faire la même recommandation; toutefois, si on les emploie, il ne faut le faire qu'après avoir drainé convenablement; et encore faut-il les réserver pour les cas où on espère obtenir une réunion par première intention. Quand la plaie est contuse, dilacérée, les pansements secs ne conviennent pas, puisqu'alors il ne faut jamais compter sur une réunion rapide. En un mot toutes les fois qu'une plaie grande ou petite doit guérir vite, on peut avoir recours aux pansements secs, pourvu que le drainage soit bien fait; toutes les fois que la plaie est dilacérée et contuse et que la cicatrisation doit se faire par granulation, il ne faut pas les employer.

Pansements terreux. — Il n'est pas douteux que les peuples sauvages se soient servis de terre pour panser les plaies, mais c'est le Dr Addinell Hewson, de Philadelphie, qui fit connaître ce pansement le premier aux chirurgiens en 1872; et son ouvrage indique qu'il inaugura cette méthode en 1869. Le Dr Hewson se servit d'abord de terre pour panser un cas grave de fracture de jambe compliquée; et, comme il obtint un excellent résultat, il l'utilisa bientôt pour faire le premier pansement des plaies. La terre dont se servait le Dr Hewson était sèche, jaune, ferrugineuse, il la passait à travers un tamis fin, et elle est, dit-il, très avantageuse pour cette sorte de pansements. En outre, c'est d'après lui un pansement frais et agréable pour le malade, il a l'avantage d'adoucir la douleur, et d'apporter un soulagement très remarquable dans les cas de brûlure ou de pustule maligne. Le Dr Hewson s'est assuré que cette terre est non seulement un excellent topique local, mais aussi qu'elle s'oppose dans une certaine mesure à la putréfaction. Jamais elle ne

provoque ou n'aggrave l'inflammation locale; au contraire souvent elle la retarde ou l'arrête, enfin elle favorise la guérison de toute espèce de plaie et même d'ulcères. On connaît mal la façon dont agit cette terre, mais ce qui semble résulter des observations d'Hewson et d'autres, c'est qu'elle absorbe le gaz et plus particulièrement l'oxygène et l'ammoniaque, et que par conséquent elle exerce une action chimique sur les parties sur lesquelles on l'applique, empêche la gangrène ou la putréfaction, et prévient la fermentation dans les tissus. En outre, elle empêche l'air d'arriver au contact des plaies, elle absorbe l'humidité et les sécrétions en excès, et elle sert dans une certaine mesure à immobiliser les parties malades.

On applique directement cette terre sur la plaie ou sur la surface ulcérée sous forme de poussière extrêmement ténue; lorsqu'il s'agit d'un moignon, on le place sur un lit de terre sèche, dans une boîte préparée séance tenante avec des feuilles de carton et on le recouvre entièrement de cette même terre. Quelquefois cette terre se sature rapidement de pus et il faut renouveler le pansement tous les jours; d'autres fois on peut le laisser en place pendant deux ou trois jours et même davantage.

Cette méthode n'a guère été employée que par son inventeur, et elle ne paraît pas avoir de grands avantages sur les pansements plus propres et plus simples dont les chirurgiens disposent actuellement. Il y a quelques années, quand le Dr Hewson vint à Londres, je voulus essayer cette méthode, mais je l'abandonnai bientôt parce que l'expérience que j'en avais faite ne m'avait pas réussi. La malpropreté de ce pansement n'était compensée par aucun avantage; peut-être aussi n'avais-je pas pu me procurer une terre ferrugineuse convenable.

Pansements à l'alcool. — Hippocrate, Paracelse et d'autres médecins pansaient les plaies avec du vin, et ils agissaient ainsi parce qu'ils croyaient que le vin séchait les plaies, et que sécheresse était pour eux synonyme de santé, humidité synonyme de maladie. Leurs successeurs se servirent aussi de vin, mais ils y faisaient dissoudre des astringents, tels que la noix de galle, l'écorce de chêne, etc., dans le but d'arrêter l'hémorrhagie.

Plus récemment le pansement à l'alcool devint très en vogue sous l'impulsion de Nélaton qui l'employa sur une très vaste échelle, et qui lui attribuait une grande valeur.

On peut se servir d'alcool, ou mieux d'alcool de vin camphré, comme Dionis l'employa le

premier. Ce pansement a, dit-on, des vertus coagulantes et astringentes très favorables à la réunion primitive. Dans les plaies ouvertes, c'est un stimulant actif des granulations en même temps qu'un désinfectant, qui favorise la cicatrisation et empêche les transformations septiques et d'autres complications.

Nélaton se servait de compresses saturées d'alcool, et croyait que l'alcool camphré n'agit qu'en raison de l'alcool qu'il contient, et M. Chedevergne (1) dit que « l'alcool de vin camphré est sans conteste le meilleur désinfectant des plaies et des ulcères », et il arrive à cette conclusion, après avoir soigneusement analysé la valeur de tous les antiseptiques connus, y compris l'acide phénique. On croit que l'alcool a le pouvoir de dissoudre les globules du pus, d'empêcher sa décomposition et d'oblitérer les vaisseaux. Maisonneuve lave la surface saignante des plaies avec de l'alcool, rapproche leurs

bords, les suture, ou les réunit à l'aide d'emplâtre adhésif, les dispose de façon à ce que le pus s'écoule facilement, puis enveloppe le tout d'un bandage saturé de teinture d'arnica, et applique sur le tout son *appareil à aspiration pneumatique* dont nous allons parler. La propreté du pansement à l'alcool jointe à son pouvoir désinfectant aide sans doute au drainage qu'exerce l'aspirateur.

En résumé, les pansements à l'alcool sont bons, qu'on emploie de l'alcool simple ou de l'alcool camphré. Il nettoie très bien les plaies, et il est probablement un désinfectant efficace, en même temps qu'il favorise l'hémostase dans les capillaires et s'oppose au suintement de la sérosité, qui sont des conditions si préjudiciables aux réunions primitives. Quand on l'emploie, cependant, il ne faut pas oublier les autres points importants du pansement des plaies et en particulier le drainage.

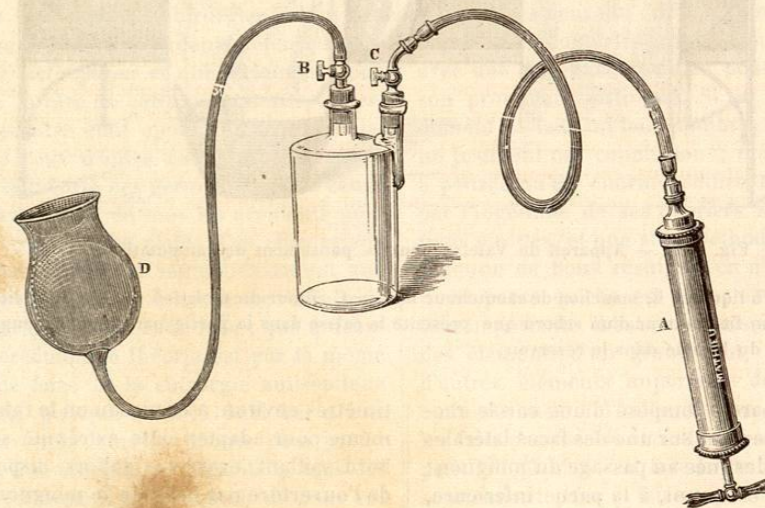


Fig. 610. — Appareil de Maisonneuve pour le pansement des plaies (aspiration continue) (*).

(*) A, pompe à ventouse avec laquelle on fait le vide dans un récipient en verre de trois à quatre litres de capacité; B, tube en caoutchouc muni d'un robinet qui met en communication le récipient avec le manchon; D, manchon de caoutchouc destiné à embrasser le moignon.

Aspiration et occlusion pneumatiques. — La méthode par l'*aspiration pneumatique* que Mai-

sonneuve (1) a employée avec certains succès avant 1867 et celle de l'*occlusion pneumatique* que J. Guérin (2) a fait connaître en 1863 ont déjà

(1) Chedevergne, *Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques par les pansements à l'alcool, service de Nélaton* (Bull. de thérapeutique, 1864, t. LXVII, p. 249, 302, 346). — Voy. aussi Gaulejac, *Du pansement des plaies par l'alcool*. Thèse de Paris, 1864. — Batailhé et Guillet, *De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie*. Paris, 1859.

(1) Maisonneuve, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 4 nov. 1867.

(2) Jules Guérin, *Mémoire sur le traitement des plaies exposées par l'occlusion pneumatique* (Bull. de l'Acad. de méd., t. XXXI).

été décrites (1). Il est nécessaire que le manchon de caoutchouc qui enveloppe le membre dans l'appareil de Maisonneuve (fig. 610) s'y adapte bien exactement, mais il faut que son bourrelet, ou extrémité inférieure, soit placé à une assez grande distance de la surface de section. Il suffit de quelques coups de piston, matin et soir, pour faire sortir le pus du moignon, il est reçu dans un récipient, et comme il n'y a pas d'air il peut s'accumuler sans se décomposer: de plus l'adaptation exacte des lambeaux, leur immobilité et l'absence d'air facilitent la guérison. Dans la méthode de Maisonneuve, on se propose trois choses très importantes: 1° em-

pêcher la formation du pus; 2° empêcher sa décomposition quand il se forme; 3° prévenir ses effets toxiques par suite de son absorption par l'organisme. Il est basé sur le principe du drainage, et en cela il est excellent. On peut l'employer dans quelques cas exceptionnels, et surtout dans certaines amputations; mais, comme méthode générale, les avantages ne paraissent pas tels qu'on doive passer par-dessus les difficultés qu'il présente, et les dépenses auxquelles il entraîne.

Valette (de Lyon) plaçait la plaie dans un liquide (1); elle se trouve ainsi complètement à l'abri du contact de l'air. Il avait imaginé dans

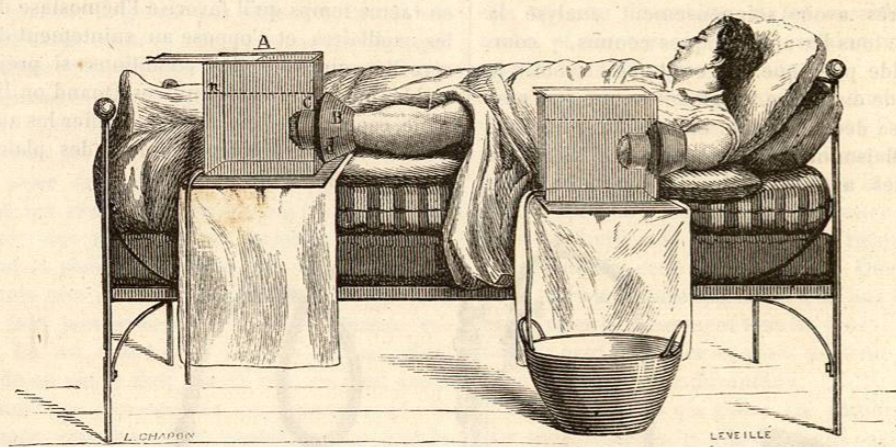


Fig. 611. — Appareil de Valette pour le pansement des amputations (*).

(*) A, réservoir à liquide; B, manchon de caoutchouc fixé en C autour du moignon par son élasticité propre et en D à l'aide d'un lien autour d'un rebord que présente la caisse dans la partie par laquelle s'engage le moignon; n, niveau du liquide dans le réservoir.

ce but un appareil composé d'une caisse rectangulaire présentant sur une des faces latérales une ouverture destinée au passage du moignon; le côté opposé est muni, à la partie inférieure, d'un robinet. La paroi supérieure est fournie par une vessie à coulisse. Enfin un manchon de caoutchouc complète l'appareil (fig. 611).

L'application est fort simple; le moignon de l'amputé est embrassé par le manchon de caoutchouc vulcanisé; une des extrémités de ce manchon arrive jusqu'au niveau de la plaie, les téguments sont du reste rapprochés de façon à ne présenter qu'une ouverture à peu près linéaire. Le manchon remonte sur le moignon jusqu'à une certaine hauteur, dix à quinze cen-

timètres environ; à ce niveau on le rabat sur lui-même pour adapter cette extrémité sur un rebord saillant, évasé en dehors, disposé autour de l'ouverture par laquelle le moignon s'engage dans la caisse. Emplissez celle-ci d'un liquide quelconque, d'eau par exemple, et la plaie complètement recouverte se trouve à l'abri du contact de l'air. On renouvelle le liquide en tournant le robinet placé sur le côté opposé de la caisse. Il faut, toutefois, avoir la précaution d'y verser en même temps du liquide, afin que le niveau de celui-ci ne descende pas au-dessous de la plaie. Le vitrail à coulisse, qui forme la paroi supérieure, permet d'exécuter toutes ces manœuvres avec la plus grande facilité.

(1) J. Ashhurst, *Amputations in Encyclopédie de chirurgie*, t. II, p. 311 et suiv.

(1) Valette, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1875, p. 77.

Les résultats que Valette a obtenus avec cette méthode de traitement ont été des plus remarquables. M. le Dr Pupier (1) a recueilli huit observations: deux amputations de cuisse, quatre amputations de jambe au tiers supérieur, une amputation de bras, une amputation de l'avant-bras. Tous ces amputés ont guéri.

Irrigation antiseptique des plaies (2). — La valeur de l'irrigation des plaies n'est plus contestée aujourd'hui par aucun chirurgien; si les opinions diffèrent, c'est uniquement sur le désinfectant qu'il faut choisir, sur son mode d'application et sur l'espèce de lésions auxquelles il convient. Chaque chirurgien s'efforce à rendre aussi propres que possible les plaies de ses malades et à les entretenir en bon état; et de plus au moyen des applications ou des solutions antiseptiques, il se propose de détruire, de neutraliser ou d'éloigner toute influence extérieure ou locale capable d'y déterminer des modifications chimiques ou la fermentation.

Il est vrai que, depuis ces dernières années, il s'est formé une école de chirurgiens dont les membres se sont fait les ardents défenseurs de la *chirurgie antiseptique* et qui réclament pour eux-mêmes le titre de *chirurgiens antiseptiques*, comme si ce titre était applicable à eux seuls, ou plutôt à ceux d'entre eux qui croient que c'est dans la théorie des germes qu'est la cause de la plupart, sinon de tous les accidents auxquels sont exposées les plaies. Ces chirurgiens affirment hautement et sententieusement que la *chirurgie antiseptique* doit vaincre ou mourir avec la théorie qui lui sert de base; que quiconque est incrédule à la théorie est par là même incapable de faire de la chirurgie antiseptique avec succès, puisque celui-là seul qui a une croyance aveugle dans la théorie peut prêter un soin et une attention suffisants à tous les détails du traitement pour obtenir de bons résultats.

Il est également vrai que les résultats proclamés par cette méthode sont grands, très grands, et dépassent toute prévision; que, selon ces messieurs, les opérations qui autrefois étaient regardées comme dangereuses peuvent maintenant être entreprises avec la certitude de réussir; et que des opérations qui autrefois étaient regardées comme impraticables sont

(1) Pupier, Thèse, Paris, 1855.

(2) Le traitement des plaies par la *méthode antiseptique* du prof. Lister fait le sujet d'un article spécial: *Encyclopédie de chirurgie*, t. II, p. 277 et suiv.

aujourd'hui faisables et sans danger. Les défenseurs de cette théorie, les champions de cette pratique, soutiennent que les explorations qu'on regardait autrefois comme au-dessus des ressources de l'art peuvent être entreprises aujourd'hui avec calme et tranquillité, et avec la *certitude morale* qu'elles réussiront. C'est ainsi que nos confrères *sanguinaires* parlent de tailler dans des articulations saines, *affirmement* qu'il n'y a aucun danger à le faire, et déclarent qu'on peut faire de grandes opérations sur les os du genou sans que le *malade courre des risques*. Ils soutiennent qu'on peut réséquer un coin osseux d'un fémur déformé avec la confiance que la fracture compliquée qui en résulte est *parfaitement inoffensive*, et enfin, et ce n'est pas là la moindre de leurs prétentions, qu'avec les *précautions antiseptiques*, on peut ouvrir impunément la cavité péritonéale.

Je ne crains pas de dire que beaucoup de ces affirmations sont des assertions hardies, mais rien de plus, et qu'elles semblent la conséquence du tempérament sanguin dont paraissent affligés ceux qui ont la foi d'embrasser une théorie et d'adopter les pratiques qui en découlent avec une déférence aveugle pour l'autorité de son promoteur distingué. Si on envisage froidement les faits, ni leur nombre, ni leur valeur ne justifient ces conclusions; mais ils donnent à penser qu'un énorme édifice a été construit par l'ingénuité de ses ouvriers sur des fondations étroites, et que si la méthode antiseptique a donné de bons résultats, ce n'est pas seulement parce qu'elle est telle; c'est une condition importante, il est vrai, mais elle n'est qu'un des éléments d'un grand tout, qui comprend d'autres éléments importants de succès. Nos amis dévoués à l'*antisepticisme* ont interprété les faits comme les avocats qui se servent d'un petit fait plaçant en faveur de la cause qu'ils soutiennent pour y faire reposer tout leur système de défense, mais non pas comme des juges qui pèsent la vérité et qui portent un jugement sans idée préconçue. Après ces éclaircissements, mais seulement après eux, nous pouvons comprendre que le *chirurgien antiseptique* qui obtient un succès a le droit d'affirmer qu'il ne l'aurait obtenu aussi beau avec aucune autre méthode, et que, s'il fait une opération qu'on peut appeler sans crainte de se tromper expérimentale ou même téméraire, il peut soutenir que, l'entreprenant avec la pulvérisation antiseptique, il a toute confiance et la certitude morale qu'elle réussira.

On doit reconnaître cependant que la chirur-

gie donne beaucoup plus de succès qu'il y a vingt ans; plusieurs causes y ont contribué et parmi elles la méthode antiseptique occupe la première place. Si nous ne la devons pas tout entière à Lister, nous devons sans conteste lui rendre hommage pour le talent et la persistance avec lesquels il a plaidé sa cause et démontré sa valeur. Honneur donc au nom de Lister qui, plus qu'aucun autre au monde, a essayé de faire connaître la valeur des substances et des précautions antiseptiques en chirurgie (1). Que ceux que la théorie séduit et ceux qui y croient lui rendent un légitime hommage, et que ceux qui doutent de l'efficacité de la pulvérisation fassent de leur mieux pour prouver à ses adeptes qu'on peut réaliser tous les avantages du système antiseptique avec des moyens plus simples que ceux qu'ils emploient.

Parmi ces moyens, un des plus efficaces à mon avis est l'irrigation antiseptique des plaies, c'est-à-dire un lavage avec une solution antiseptique dans le but de détruire les germes ou les autres éléments capables de déterminer la fermentation ou des transformations chimiques. On peut laver ainsi les plaies récentes accidentelles ou résultant d'opérations aussi bien que les plaies qui suppurent et ont mauvais aspect; c'est un moyen à la fois préservatif et curatif. Dans ma pratique, j'emploie, comme je l'ai déjà dit, l'eau iodée, c'est-à-dire un mélange de teinture d'iode et d'eau dans la proportion de 1 à 30, que j'applique chaude après les opérations. On peut faire ces lavages avec un irrigateur ou avec une éponge. Quand on emploie des éponges, il faut bien les tremper dans la

solution, exprimer l'excès de liquide qu'elles contiennent, puis les faire servir au pansement; cette solution, appliquée à chaud, a, selon moi, plus de vertu qu'aucune autre, elle donne aux surfaces cet aspect vitreux qui est si précieux quand on veut obtenir une réunion rapide, et, de plus, elle arrête très bien les hémorragies capillaires. Cette même lotion nettoie mieux les plaies qui suppurent qu'aucune autre, elle détruit les germes de mauvaise qualité et les ferments les plus actifs. Quand on veut faire l'irrigation d'un abcès chronique ou d'une cavité, on peut également s'en servir, car elle désinfecte aussi bien les foyers profonds de suppuration que les plaies superficielles. Je l'ai employée depuis quelques années comme agent purificateur, et sans avoir la prétention de tuer les germes avec d'excellents résultats. Bien que j'aie vu souvent employer la pulvérisation d'acide phénique, je ne saurais encore dire si cette méthode est préférable à la mienne. Ceux qui donnent la préférence à l'acide phénique peuvent l'employer de la même façon en solution à 1 pour 30 ou 40; on peut également se servir de chlorure de zinc, d'acide borique, de thymol, d'huile d'eucalyptus ou de tout autre agent antiseptique. La seule précaution à prendre est de laver consciencieusement la plaie ou la partie malade après avoir fait l'hémostase, de sécher la blessure autant que possible avec une éponge chaude chargée d'une solution antiseptique et avec laquelle on exerce une pression modérée, et enfin de panser soigneusement la plaie avec une substance antiseptique comme nous l'avons dit plus haut.

PLAIES SOUS-CUTANÉES

On appelle *plaies contuses sous-cutanées* les contusions graves des parties molles faites par un instrument contondant, une roue de voiture par exemple, sans perte de substance et sans plaie cutanée. Elles sont beaucoup plus graves que celles qui s'accompagnent de pertes de substance, comme il est facile de s'en rendre compte en étudiant les contusions abdominales ou pelviennes de cette sorte, dans lesquelles la peau n'est pas déchirée et est intacte en apparence, tandis qu'il peut y avoir une déchirure mortelle d'un organe interne ou de l'intestin;

(1) Voy. Cheyne, *La méthode antiseptique* in *Encyclopédie de chirurgie*, t. II, p. 277 et suiv.

c'est ce qu'on voit aussi dans les blessures des extrémités où la force contondante a déchiré des artères, dilacéré des veines, blessé des nerfs, des muscles et d'autres tissus d'une façon irréparable.

Quelquefois on ne peut apprécier l'intensité des lésions dans les organes profonds qu'en étudiant attentivement la force contondante, la situation et l'état des parties lésées au moment du choc. Il ne faut jamais, dans ces cas, s'en rapporter aux apparences extérieures.

Quand en 1794 John Hunter, dans sa description des traumatismes, les divisa en traumatismes qui ne communiquent pas avec l'extérieur, comme les entorses, les luxations, les fractures

simples des os, les sections de tendon, et en traumatismes qui communiquent avec l'extérieur comme les fractures compliquées de toute espèce, et qu'il posa cette loi que les premiers s'enflamment rarement, tandis que les seconds s'enflamment et suppurent généralement (1), il posa un principe dont « l'importance ne saurait être exagérée » (Paget), et il établit une des grandes classes de la chirurgie moderne, la *chirurgie sous-cutanée*. Pourquoi les traumatismes très étendus des parties molles qui sont recouvertes d'une peau saine guérissent-ils sans avoir de retentissement sur la santé générale? On l'ignore, mais l'expérience de tous les jours nous apprend que les luxations des grandes articulations, les fractures, les contusions et les déchirures étendues des parties molles qui s'accompagnent d'hémorragies considérables, et même d'écrasement de toutes les parties situées sous la peau de la main ou du pied, par exemple, guérissent généralement bien, pourvu qu'on ne les traite pas d'une façon inopportune et qu'on les place dans les conditions les plus favorables au processus de réparation naturel. Et cette même expérience nous apprend avec autant de certitude que la présence d'une plaie, même petite, peut avoir des conséquences funestes, et faire qu'une lésion, qu'on aurait considérée comme légère si elle avait été sous-cutanée, devient grave quand elle communique avec une plaie extérieure; chacun sait combien diffère le pronostic d'une fracture suivant qu'elle est simple ou compliquée. Est-ce le contact de l'air qui établit une différence aussi profonde entre les traumatismes? on ne le sait pas plus aujourd'hui qu'autrefois; ou bien est-elle due à l'influence excitante et chimique de l'oxygène, ou à celle des germes atmosphériques, ou encore tient-elle à ce que les lésions restent longtemps exposées à l'air, ou encore uniquement à ce qu'elles y sont exposées, ou enfin à toute autre cause? Voilà autant de problèmes qui sont loin d'être résolus. Aujourd'hui c'est la théorie des germes qui est le plus en faveur, et qui est en quelque sorte à la mode; on a essayé d'attribuer aux germes une influence funeste, et d'en faire la cause de l'inflammation et de la suppuration des plaies. Mais cette opinion n'est pas soutenable, car on voit la suppuration se développer dans les plaies sous-cutanées sur lesquelles il est impossible que l'air pénètre, et d'autre part on voit des fractures graves de côte avec

(1) John Hunter, *Ouvres*, traduction Richelot, Paris, 1843, t. I, p. 441, et t. III, p. 271.

empysème s'étendant au tronc, à la tête et aux membres, dans lesquelles le tissu cellulaire tout entier semble infiltré d'air, et cependant il est rare qu'il se fasse de l'inflammation; pour ma part je n'en ai jamais observé d'exemple.

Je citerai les expériences que fit Malgaigne (1) en 1857; pour élucider cette question, il déterminait de l'empysème du tissu cellulaire en y insufflant de l'air atmosphérique, puis fractura des os, sectionna des tendons, ouvrit des articulations par la méthode sous-cutanée, sans déterminer d'inflammation.

Les complications qui surviennent quand un traumatisme communique avec l'extérieur ne tiennent pas tant à l'influence de l'air ou de la chaleur qu'à ce qu'elles y sont exposées pendant longtemps; quand on referme rapidement les plaies après qu'elles ont été produites, et qu'on se place ainsi dans le cas d'une lésion sous-cutanée, la guérison se fait sans encombre. Même les fractures compliquées de mauvaise apparence guérissent généralement aussi bien que les plaies simples quand on soustrait de bonne heure le foyer de la fracture au contact de l'air.

Guérison des plaies sous-cutanées.

Les plaies sous-cutanées guérissent à peu près de la même façon que les plaies cutanées qui se cicatrisent par première intention; c'est-à-dire que quand les parties divisées sont mises en contact, elles se réunissent simplement, que ce soient des parties dures ou molles. Le processus de cicatrisation est un processus physiologique analogue au processus de développement ou de croissance. Cette poussée néo-formatrice est juste suffisante pour amener la guérison et ne dépasse pas ce degré; si par hasard elle était plus violente, il se développerait de l'inflammation qui, dans les plaies sous-cutanées comme dans les plaies cutanées, entrave, arrête complètement ou détruit le travail réparateur. A la vérité, moins l'inflammation est violente, plus la réparation est bonne et rapide. Les chirurgiens savent très bien que quand une lésion sous-cutanée s'enflamme, la cicatrisation est retardée ou même arrêtée; car, comme le fait remarquer Paget, plus les signes d'inflammation sont manifestes, moins les matériaux réparateurs sont abondants, et plus la cicatrisation est lente.

Quand les tendons sont sectionnés par la méthode sous-cutanée et que les deux bouts sont

(1) Malgaigne, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1857.