

aux nœuds, et alors le premier jet de bande doit être complètement recouvert par ceux qui le suivent.

Ce bandage suffit ordinairement pour amener la guérison de la plaie en vingt-quatre ou trente-six heures; il est indispensable de recommander au malade de tenir l'avant-bras dans la flexion et dans l'immobilité.

Dans le cas où la saignée doit être répétée à court intervalle, on applique sur la plaie un linge enduit de cérat pour prévenir la réunion, et il suffit de replacer le bandage circulaire suspensif de la circulation veineuse, et d'exercer quelques mouvements de pression de bas en haut sur la veine qui a été ouverte pour en faire jaillir le sang. On a conseillé de porter un stylet ou une tête d'épingle dans la plaie. En général, ces manœuvres ne donnent qu'un écoulement de sang insuffisant, à moins que la première saignée n'ait été très-large, et elles exposent à l'inflammation de la veine; aussi paraît-il convenable de ne pas insister sur leur emploi et de pratiquer une nouvelle saignée, si le sang ne s'échappe pas spontanément et avec facilité de la première.

Accidents de la saignée. Plusieurs causes peuvent empêcher le sang de couler. Quelquefois la veine n'a pas été atteinte, soit qu'elle fût roulante, que l'instrument fût émoussé, mal dirigé, ou qu'il n'ait pas été enfoncé assez profondément: c'est ce que l'on nomme faire une *saignée blanche*. Il faut reporter la lancette dans la plaie pour ouvrir le vaisseau, ou choisir une autre veine plus apparente et plus facile à percer.

Si le bandage circulaire placé au-dessus de la saignée n'exerce pas une compression assez forte, le sang continue à circuler dans les veines superficielles et ne coule pas au dehors. Il faut resserrer le bandage.

Si la bande comprime l'artère, le sang ne coule pas et il faut desserrer le bandage.

Si la plaie de la saignée est trop étroite, le jet, d'abord très-fin, cesse bientôt, et l'on se trouve dans la nécessité d'agrandir la plaie ou de piquer une autre veine, lorsque le sang ne repart pas, malgré les pressions exercées sur la plaie pour en dégager les bords du sang infiltré, et malgré les petits coups secs et répétés dont on frappe l'avant-bras pour comprimer le sang de la veine et le faire jaillir.

Quelquefois de petits globules de graisse s'interposent entre les lèvres de la plaie, la fermant plus ou moins complètement, et font obstacle à l'écoulement du liquide. Il faut les exciser avec des ciseaux s'ils dépassent le niveau de la peau, ou, s'ils sont peu saillants, les refouler avec la tête d'une épingle.

On remédie au défaut de parallélisme entre l'ouverture de la veine et celle des téguments, en plaçant le bras dans la position qu'il occupait avant la saignée.

Un accident assez ordinaire du défaut de parallélisme est le *thrombus*, qui résulte de l'infiltration sanguine du tissu conjonctif, et se produit chez quelques individus avec une extrême facilité. Cette infiltration gonfle les bords de la plaie et gêne le passage du sang. Quelques pressions modérées sur le thrombus permettent parfois d'achever la saignée, et l'on peut en prévenir le développement en rétablissant sur-le-champ le parallélisme, ou en agrandissant la plaie. Dans le cas où le thrombus devient rapidement volumineux, il vaut mieux ouvrir une autre veine.

La *syncope* est une dernière cause de l'arrêt du sang. L'émotion du malade, la crainte etc. suspendent la circulation; il faut rassurer le malade, et provoquer par la chaleur et quelques excitants une légère réaction. Dans d'autres cas, la perte de connaissance est complète et peut devenir inquiétante; il faut fermer la plaie, donner de l'air au malade, lui jeter de l'eau froide au visage, le coucher sur le dos et lui faire respirer des sels irritants.

La difficulté d'arrêter le sang, quoique le bandage circulaire ait été enlevé, dépend souvent de l'étroitesse des vêtements, qui, relevés au-dessus du plis du bras, le compriment trop fortement.

Lorsqu'une même veine a été plusieurs fois ouverte à diverses reprises, il peut arriver qu'elle se dilate en même temps que ses parois s'amincissent, et qu'elle forme une espèce de *tumeur variqueuse*. La peau distendue offre dans ce point une grande minceur, et une compression méthodique, un peu plus forte que d'habitude, est nécessaire pour se rendre maître du sang.

A ces accidents de la saignée il faut ajouter la piqûre d'un nerf, celle de l'artère brachiale et la phlébite. La piqûre d'un vaisseau lymphatique, d'un tendon ou du tissu musculaire, est rarement suivie de symptômes appréciables.

La *blessure d'un nerf* a été caractérisée par une douleur vive au moment et à la suite de la saignée. Roux a cité un cas dans lequel la plaie était béante et enflammée, et d'une extrême sensibilité, avec empatement et engourdissement du membre jusqu'aux doigts. Il guérit son malade par l'application de 0^{gr},005 de potasse caustique dans la plaie. Mais était-ce là réellement une blessure d'un rameau nerveux, et n'était-ce pas plutôt une simple inflammation de l'ouverture de la veine? Des douleurs vives et persistantes après la cicatrisation des téguments, s'étendant dans la direction de quelque rameau nerveux connu, tels que les musculo-cutanés interne ou externe, seraient plus probantes; on les combattrait par

la méthode endermique, en saupoudrant avec un sel de morphine la surface dénudée d'une mouche de vésicatoire. Il a aussi été conseillé d'achever la section des parties, que l'on suppose entamées seulement dans leur épaisseur, et ce moyen serait applicable dans le cas où des procédés plus simples auraient échoué; mais ces complications sont heureusement tout à fait exceptionnelles, et nous ne les avons jamais observées.

La *blessure de l'artère brachiale* n'est pas très-rare, et on l'observe surtout dans les hôpitaux où les saignées sont confiées à des élèves sans expérience. Au moment où la lancette atteint l'artère, le sang s'échappe avec une très-grande force; il est rouge, contraste avec la couleur noire du sang veineux, et, au lieu de s'écouler en jet continu, est lancé par saccades correspondant aux battements du cœur. On a conseillé de continuer dans ce cas la saignée jusqu'à défaillance, et d'appliquer un bandage compressif sur la plaie. Cette pratique est justifiée par l'expérience, et lorsque la plaie artérielle est très-petite on pourrait essayer une compression permanente avec de petits disques d'agaric; mais si l'on a beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie, la compression ne pourrait empêcher la formation d'un anévrysme variqueux, et il vaudrait mieux procéder sur-le-champ à la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure. Tous les tissus sont sains et normaux, l'opération est facile et présente des chances presque assurées de succès, tandis que plus tard on sera forcé d'agir sur des parties altérées, et, bien qu'on puisse réussir, comme le prouvent un grand nombre de faits et une curieuse observation que j'ai publiée, où la guérison fut obtenue, malgré une gangrène profonde, une perte de substance très-étendue et un gonflement énorme, il est néanmoins hors de doute que les chances sont alors moins favorables.

La seule raison présentée contre le précepte de pratiquer sur-le-champ la ligature de l'artère est que la compression peut suffire, et qu'elle amène dans tous les cas la dilatation des artères collatérales et le rétablissement facile de la circulation du membre, lorsque l'on recourt plus tard à l'oblitération du tronc principal. Nous croyons peu à ces résultats, et la compression préalable, loin de favoriser la circulation collatérale, l'entrave, engourdit et paralyse les nerfs, dispose à l'inflammation, et est plus nuisible qu'utile au succès de la ligature.

La *plébite*, ou l'inflammation des veines, fait périr chaque année un assez grand nombre de malades. Une lancette mal affilée, malpropre, rouillée, des pressions trop rudes, l'irritation de la plaie par l'introduction répétée d'un stylet dans la veine, un bandage

mal fait, des mouvements trop prompts avant la cicatrisation, une influence épidémique ou prédisposante, sont les causes ordinaires de cette redoutable complication: très-rare, en effet, chez les personnes traitées chez elles et entourées de soins, et, au contraire, commune dans les hôpitaux. L'inflammation des veines s'annonce par le gonflement de la plaie de la saignée, dont les bords deviennent durs et saillants; un peu de pus s'en écoule, et si l'inflammation n'est pas arrêtée, la veine forme des lignes dures et noueuses sous les téguments, et entraîne des symptômes extrêmement graves et souvent mortels. (Voy. *Pyohémie*.)

Saignée du pied. La saignée du pied se pratique habituellement sur la veine saphène interne, au niveau des malléoles; dans le cas où cette veine est peu apparente, on peut ouvrir la veine saphène externe ou quelque autre veine superficielle, mais il est rare que l'on obtienne alors une suffisante quantité de sang.

La veine saphène interne commence sur la face dorsale du pied par des radicules qui descendent en arcades des orteils pour former la salvatelle interne; celle-ci, augmentée du sang que lui amènent quelques veinules plantaires, remonte au devant de la malléole interne en un seul tronc, qui constitue la saphène. Cette veine, très-volumineuse, repose directement sur la malléole, et n'est recouverte que par la peau et le nerf saphène interne, qui en est d'autant plus rapproché, que le vaisseau se dirige moins en avant vers la ligne médiane. La saphène offre des parois assez denses, et est en général roulante sous les téguments.

La saphène externe, beaucoup plus petite, passe en arrière de la malléole externe, et ramène le sang de la moitié externe du pied; elle suit le trajet du nerf saphène externe.

Pour pratiquer la saignée du pied, on prépare le même appareil que pour celle du bras; seulement on a le soin d'y ajouter un bassin rempli d'eau chaude, assez grand pour recevoir le pied, qui doit y plonger à mi-jambe.

Un bandage circulaire, composé de deux tours de bande, noué en dehors par une simple rosette dont les chefs sont dirigés en bas (*fig. 141, a*), sert à suspendre la circulation veineuse. Un des pieds, nous supposons le droit, est plongé dans le bassin, où on le laisse une ou deux minutes pour que les veines deviennent volumineuses et saillantes; l'opérateur, saisissant alors le membre, en place le talon *b* sur son genou gauche, garni d'un drap ou d'une serviette, après avoir posé le genou droit par terre sur un coussin. Il embrasse le pied de la main gauche *c*, les quatre derniers doigts en arrière du tendon d'Achille, et le pouce en avant de la mal-