

ne redoutait pour les opérés que les complications inflammatoires : c'étaient elles seules que l'on s'attachait à combattre, sans se demander si, en poussant à l'extrême la méthode antiphlogistique alors en vogue, on n'arriverait point à épuiser la résistance du sujet. Notre manière d'envisager les choses est différente ; nous n'oublions jamais que toute opération grave est par elle-même une cause débilitante, dont les suites tendent également à affaiblir le malade et à le mettre hors d'état de résister aux plus légères complications ; de sorte que, au lieu de répéter les émissions sanguines, nous nous préoccupons bien plutôt de faire une bonne hémostase pendant et même avant l'opération.

C'est pour répondre à cette indication que nous avons remplacé les différentes ligatures par l'usage des pinces hémostatiques. Les meilleures ligatures augmentent la durée des opérations ; quand on les abandonne dans les plaies, elles ont une action irritante qui n'est pas douteuse. Pour que le caillot soit solide, on doit laisser les pinces pendant vingt-quatre heures ou même davantage. Au moment de la guerre, lorsque de nombreuses opérations sanglantes étaient chaque jour nécessaires, nous n'avions pas assez de pinces pour pouvoir les laisser en place sur les gros vaisseaux. Nous avons alors recours pour les gros vaisseaux à la ligature avec des fils métalliques ; c'est, selon nous, le procédé le plus avantageux. Il est vrai qu'il ne présente ni la simplicité d'application, ni les avantages consécutifs de la forcipressure.

Mais nous tenons à répéter ici que, depuis plusieurs années, nous ne faisons l'hémostase pendant nos opérations qu'avec les pinces. Nous sommes d'autant plus persuadé que ce procédé n'est pas sans avantage, que d'autres s'en sont servis depuis, que nous leur en avons donné l'exemple, et en ont retiré des effets tellement satisfaisants, qu'ils ont cru pouvoir se dispenser d'indiquer à qui en revenait la priorité.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur les divers modes d'application de cette méthode. Deux de nos élèves, MM. Deny et Exchaquet, en ont fort bien indiqué les principaux, et nous ne sau-

rions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur. (Voir à la fin de ce volume.)

Ajoutons que nous faisons l'hémostase préventive avec la bande d'Esmarch, toutes les fois que la chose est possible.

IV. — État général.

Le régime des opérés est indiqué d'après les mêmes principes. Nous donnons, toutes les fois que la chose est possible, une alimentation fortifiante. L'alcool à hautes doses, le quinquina, le sulfate de quinine, l'alcoolature d'aconit, nous ont toujours rendu de véritables services.

B. — DANGERS TENANT AU MILIEU.

Ce que nous venons de dire s'applique aux opérés en général, aussi bien à ceux de la ville qu'à ceux de l'hôpital. Nous allons maintenant parler de quelques particularités qui tiennent au milieu nosocomial.

Le séjour des hôpitaux n'est pas aussi dénué d'avantages qu'on l'a dit dans ces derniers temps.

On est certain d'avoir à sa disposition la plupart des appareils qui entrent aujourd'hui dans la pratique de la chirurgie ; on a sous la main un personnel discipliné et très-habitué au traitement des opérés. Le chirurgien est secondé par des aides instruits, remplis de zèle et déjà au courant de la chirurgie. Il est difficile de réunir ces conditions autour des opérés de la ville. Ce ne sont certes pas les chirurgiens habiles et dévoués qui font défaut ; mais il est presque impossible d'assurer le repos de l'opéré. Beaucoup de personnes l'entourent et malheureusement elles sont souvent beaucoup plus zélées qu'expérimentées. S'il s'agit de malades pauvres, il est fort difficile de se procurer les appareils les plus simples que l'on trouve dans les hôpitaux.

A côté de ces avantages, la pratique hospitalière offre un inconvénient terrible : c'est l'insalubrité du milieu. Il n'est nulle-

ment étonnant que tous les chirurgiens de notre temps s'en préoccupent au plus haut point.

On a deux moyens de combattre cette influence néfaste :

- 1° En isolant l'individu ;
- 2° En isolant la plaie et en faisant des pansements antiseptiques.

Dans certains hôpitaux on se borne pour isoler les opérés à les placer à l'extrémité des salles. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il est préférable d'employer un tel moyen que de n'en employer aucun, mais qu'il est plus que défectueux.

Pour notre compte, nous donnons la préférence aux salles d'isolement. Toutes les personnes qui ont suivi depuis douze ans notre pratique dans les hôpitaux, et plus spécialement à Saint-Louis, à Lourcine, à Saint-Antoine, au Val-de-Grâce et dans les diverses ambulances de la Société de secours aux blessés où nous avons passé pendant la guerre, savent avec quelle insistance nous nous sommes efforcé d'obtenir des lits pour satisfaire à ce principe.

Mais quelle catégorie d'individus placerons-nous dans ces salles d'isolement ?

Certains chirurgiens y mettent uniquement les malades auxquels ils pratiquent des opérations graves. Nous préférons réserver ces salles à ceux qui sont atteints de complications. Aussitôt qu'un érysipèle menace, nous y transportons le malade ; de cette façon, nous l'isolons des autres blessés ; nous le mettons dans les meilleures conditions pour qu'il guérisse, en même temps que nous évitons la contagion.

L'isolement des plaies est également une question à l'ordre du jour. Que les chirurgiens se proposent de recouvrir la plaie d'une couche imperméable aux miasmes environnants, ou qu'ils les tiennent, comme Lister, dans une atmosphère antiseptique, ils visent toujours le même but.

Pour notre compte, nous avons souvent recours pendant la première semaine au pansement ouaté qui, en nous permettant de faire une légère compression, agit à la fois comme antiphlogistique et comme isolant, et nous favorisons toutes les fois que

nous le pouvons la réunion immédiate. Nous avons soin également que les mèches, la charpie et toutes les pièces du pansement soient toujours trempées dans l'alcool, dont les propriétés désinfectantes sont incontestables. Nous avons soin que l'épaisse couche d'ouate qui entoure les plaies soit souvent renouvelée, afin d'empêcher la stagnation trop prolongée et la résorption des liquides septiques.

Tels sont en peu de mots les principes généraux qui nous guident dans notre pratique. Afin de mettre le lecteur à portée de les apprécier par lui-même, nous allons donner ici un résumé statistique des principales opérations mentionnées dans ce volume et de la mortalité dans notre service pendant les dix-huit mois qu'il relate.

Nous passerons en revue successivement les opérations pratiquées sur les os ; les amputations ; les ablations des tumeurs ; les opérations pratiquées sur le tube digestif, la vessie et l'urèthre ; les autoplasties et les opérations pratiquées sur l'œil.

A. — OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES OS.

22, parmi lesquelles on a enregistré 19 guérisons et 3 morts.

Voici les détails de ces opérations :

Résections.....	6
Enlèvements de séquestres.....	5
Évidements.....	2
Trépanations.....	5
Ablations de tumeurs osseuses.....	4
	—
	22

I. *Résections.* — Une a porté sur le maxillaire supérieur droit pour une ostéite formative de cet os (p. 323).

Une sur le maxillaire inférieur atteint de sarcome myéloïde et ossifiant érectile (p. 337).

Notons encore une résection du coude pour une tumeur blanche (p. 375).

Les autres ont été moins importantes :

Dans l'une on s'est borné à enlever une pointe saillante du tibia à la suite d'une fracture compliquée de plaie (p. 261).

L'autre a porté sur la phalange du gros orteil à la suite d'un accident analogue au précédent (p. 280).

Enfin, une dernière sur le calcaneum à cause d'un épithélioma du talon récidivé (p. 622).

II. *Enlèvements de séquestres.* — Sur les os suivants :

Maxillaire supérieur droit (p. 321).

Maxillaire inférieur droit (p. 299).

Extrémité supérieure de l'humérus (p. 301).

Corps du fémur (p. 303).

Condyle externe du fémur (id.).

III. *Évidements.* — 1° De l'extrémité inférieure du radius gauche (p. 291) ; 2° Du calcaneum droit (p. 619) pour caries de ces deux os.

IV. *Trépanations.* — 1° Du crâne pour un cancer secondaire des os consécutif à une dégénérescence de kystes sébacés du cuir chevelu (p. 328).

2° Dans deux cas, de l'apophyse mastoïde (p. 408 et 410) pour des suppurations abondantes de l'oreille moyenne.

3° De la malléole externe droite pour évacuer un abcès intra-osseux (p. 327).

V. *Ablations de tumeurs des os.* 3 exostoses qui siégeaient :

Sur le maxillaire supérieur gauche (p. 331).

Sur le col chirurgical de l'humérus (p. 74).

Sur le col du fémur (p. 333).

Un sarcome myéloïde du maxillaire inférieur (p. 337).

Enfin un épithélioma tubulé développé dans l'épaisseur des os propres du nez (p. 338).

Les trois décès arrivèrent :

1° A la suite de la résection du maxillaire inférieur. Le malade atteint d'une affection organique du cœur périt par apoplexie pulmonaire dix jours après l'opération.

2° Après la trépanation du crâne. Une méningite purulente enleva la malade le cinquantième jour après l'opération.

3° Enfin, à la suite de l'ablation de l'exostose du col du

fémur. La mort survint par le fait de la septicémie, trente jours après l'opération.

B. — AMPUTATIONS.

La plupart des amputations mentionnées ont été faites dans des conditions exceptionnellement défavorables, soit comme opérations d'urgence à la suite d'accidents graves, soit chez des individus débilités par des suppurations datant de plusieurs années ; aussi avons-nous eu à enregistrer des succès multiples. Voici d'ailleurs la statistique dans son effrayante réalité :

1° De la jambe au tiers inférieur pour des troubles de nutrition consécutifs à une ancienne fracture par diastase (p. 624). Guérison.

2° Amputation de l'index et de l'annulaire à la suite de l'écrasement de ces deux doigts (p. 223). Guérison.

3° De l'index seul pour une carie des phalanges (p. 291). Guérison.

4° De la deuxième phalange du pouce à la suite d'une nécrose de l'os (p. 301). Guérison.

5° De la cuisse au tiers supérieur pour un sarcome du poids de 16 kilogrammes (p. 129). Mort par septicémie.

6° De la jambe au-dessous du genou pour une carie du tibia (p. 294-95). Mort par infection purulente.

7° De la jambe au lieu d'élection pour un épithélioma du talon (p. 620). Mort par infection purulente.

8° De la jambe au tiers supérieur pour une fracture comminutive compliquée de plaie et ayant donné lieu à d'abondantes hémorragies avant l'entrée du malade (p. 268). Mort par syncope.

9° Des deuxième et troisième orteils avec leurs métatarsiens (p. 293). Mort par septicémie.

On doit considérer que les quatre malades chez lesquels les amputations furent suivies de résultats funestes étaient atteints de maladies qui eussent été mortelles à courte échéance. Nous avons donné, dans notre douzième leçon clinique (p. 126), les

raisons qui nous ont décidé à amputer la malade à la tumeur fibro-plastique de la cuisse. Les conditions des autres opérés n'étaient pas beaucoup meilleures. L'un d'eux était réduit, par une hémorrhagie antérieure, à un état d'anémie extrême. L'amputation était pourtant nettement indiquée chez lui : c'était le seul moyen de se mettre en garde contre des hémorrhagies nouvelles et de substituer une plaie régulière à une plaie contuse, anfractueuse et contenant des fragments d'os multiples. Il n'est nullement étonnant qu'une syncope ait suffi pour l'enlever. Des deux autres, l'un périt par infection purulente, l'autre par septicémie. On doit noter que ce dernier eut un érysipèle. Nous allons montrer un peu plus loin l'influence de la constitution épidémique dans ces cas.

C. — ABLATIONS DE TUMEURS.

Les tumeurs enlevées non compris celles des os ont été au nombre de 65, que l'on peut classer ainsi, suivant leur nature :

Kystiques.....	3
Fibreuses.....	4
Papillaires.....	3
Vasculaires.....	5
Ganglionnaires.....	9
Myxomateuses.....	5
Graisseuses.....	5
Éléphantiasiques.....	1
Cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses.....	2
Fibro-plastiques.....	6
Épithéliales.....	14
Cancéreuses.....	7
Ablation de testicule tuberculeux.....	1
TOTAL.....	65

I. *Kystes*. — Tous les trois furent énucléés avec le bistouri : un était un kyste sébacé et occupait le sillon naso-jugal (p. 540) ; les deux autres étaient séreux et se trouvaient dans le creux poplité (p. 609).

II. *Fibromes*. — Un polype fibreux naso-pharyngien fut enlevé

avec la scie-pince (p. 417). Deux autres fibromes, dont l'un occupait l'aile du nez (p. 535) et l'autre le sein chez un jeune homme (p. 487), le furent avec l'instrument tranchant. On eut recours au galvano-cautère pour un fibrome irritable du sein chez une jeune fille (p. 169-170).

III. *Papillomes*. — Deux furent enlevés avec le bistouri (p. 10 et 11) et un avec l'écraseur linéaire de Chassaignac (p. 419). Tous les trois occupaient la langue.

IV. *Angiomes et tumeurs veineuses*. — Deux étaient congénitaux et appartenaient à la variété désignée sous le nom de *nevus maternus*. Ils siégeaient sur la joue (p. 427) et l'épaule (p. 576). Nous les enlevâmes avec le bistouri.

Un angiome caverneux occupant l'épaisseur du masséter fut traité de la même manière (p. 544).

Enfin, deux tumeurs hémorroïdaires volumineuses et donnant lieu à des accidents furent enlevées avec l'écraseur (p. 466 et 467).

V. *Tumeurs ganglionnaires*. — Elles étaient de nature et de volume différent : 7 occupaient la région du cou (p. 547 et suiv.), 1 celle de l'aisselle (p. 574), et 1 la région inguinale droite (p. 575). Toutes ont été énucléées ; tous les malades ont guéri.

VI. *Myxomes*. — Deux occupaient les fosses nasales et furent enlevés avec la scie-pince (p. 412-413) ; deux le sein, on fit l'ablation avec le bistouri (p. 478) ; enfin un dernier siégeant sur le col de l'utérus fut opéré de la même manière (p. 517).

VII. *Lipomes*. — Ces tumeurs offraient, en général, un volume plus considérable que celles que nous venons de passer en revue. Une enlevée dans la région sterno-mastoïdienne pesait 5 kilogr. 450 gr. (p. 554). Les autres siégeaient :

Une dans la région sus-claviculaire (p. 562) ;

Deux à la paume de la main (p. 142 et 143) ;

Une à la racine de la cuisse gauche (p. 605).

VIII. *Éléphantiasis*. — Un seul cas siégeant à la paupière supérieure droite. La tumeur fut enlevée avec le bistouri (p. 41).

IX. *Chondromes*. — Un siègeait sur la gaine du nerf radial (p. 579), un autre dans l'épaisseur de la parotide (p. 550).

X. *Sarcomes*. — Un sarcome fasciculé de l'orbite placé au-dessous du nerf optique nécessita l'énucléation de l'œil pour qu'on put l'enlever (p. 399).

Les autres tumeurs de cet ordre étaient : un sarcome myéloïde du plancher de la bouche (p. 437) ; deux sarcomes fasciculés, l'un du dos (p. 565), l'autre de la paroi abdominale (p. 567) ; un fibro-sarcome du pli fessier (p. 601) ; enfin un cysto-sarcome du sein gauche (p. 479). Toutes ces tumeurs furent enlevées avec le bistouri.

XI. *Épithéliomas*. — Ces tumeurs ont été les plus nombreuses de toutes. Les procédés employés pour les enlever ont varié selon leur volume et les régions qu'elles occupaient. En voici l'énumération d'après leur siège :

Conduit auditif externe.....	1
Enlevé avec l'anse galvano-caustique. Récidive au bout d'un mois (p. 462).	
Cuir chevelu (p. 532).....	1
Paupières (p. 395-396).....	3
Extrémité antérieure du nez (p. 536).....	1
Lèvres (p. 537).....	2
Joue (p. 540).....	1
Toutes ces tumeurs ont été enlevées avec le bistouri.	
Rectum.....	2
Cloison recto-vaginale.....	1
Enlevées avec l'écraseur et le galvano-cautère (p. 463-464).	
Col de l'utérus.....	2
1 évidemment avec le bistouri, 1 avec le cautère actuel (p. 518-519).	
TOTAL.....	14

XII. *Cancers*. — Nous avons opéré sept cancers de différentes formes. Cinq occupaient le sein, et parmi eux quatre furent enlevés avec le bistouri (p. 481-82-83-84), un avec la pâte au chlorure de zinc (p. 486) ; un autre cancer s'était développé dans les téguments de l'aisselle (p. 574), et un dernier sur ceux du bras gauche (p. 579).

Sur ces 65 ablations de tumeurs on a compté 9 décès :

1° A la suite de l'ablation d'un épithélioma du cuir chevelu la malade mourut d'une pneumonie (p. 532).

2° Après une énucléation de l'œil pour un sarcome fasciculé de l'orbite, la cause de la mort fut une *méningite purulente* (p. 399).

3° A la suite de l'ablation de trois tumeurs du sein, un cancer, un sarcome kystique et un myxome. Les malades moururent d'érysipèle (p. 479-486).

4° Une autre ablation de cancer du sein fut également suivie de mort, mais la cause du décès resta *inconnue* (p. 483).

5° L'enlèvement d'un épithélioma du rectum avec l'anse galvano-caustique produisit la mort au bout de vingt-cinq jours par épuisement (p. 463).

6° Après l'ablation d'un nævus de l'épaule et d'un ganglion de l'aisselle dégénéré. Le malade mourut d'une bronchite capillaire (p. 576).

7° Enfin, la mort survint par infection purulente à la suite de l'enlèvement d'un kyste du creux poplité (p. 609).

D. — OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE TUBE DIGESTIF, LA VESSIE ET L'URÈTHRE.

Quatre opérations de hernies étranglées, une hernie inguinale (p. 445), deux hernies crurales (p. 447-448), et une hernie ombilicale (p. 452). Une guérison, trois morts : l'une par péritonite partielle, l'autre par érysipèle, la troisième, enfin, par emphysème sous-cutané et gangrène consécutive.

Cinq rectotomies pour rétrécissements du rectum. Cinq guérisons (p. 457-58-59-60-61).

Deux tailles prérectales. Une guérison (p. 416), une mort par infection purulente (p. 415).

Trois uréthrotomies internes. Trois guérisons (p. 495-499 et 501), une mort par hémorrhagie rénale (p. 501).

Trois divulsions. Deux guérisons (p. 499-500). Un décès (p. 495).