

immédiatement au-dessous de l'ombilic. La paroi antérieure de l'abdomen sera relâchée par une flexion légère du tronc, car l'efficacité de la compression dépend beaucoup de la dépressibilité de cette paroi. Un grand nombre de compresseurs ont été inventés pour l'aorte abdominale par Pancoast, Nélaton, Lister, Esmarch, Brandis, etc.

d. — L'artère fémorale est certainement très facile à comprimer sur le pubis et l'éminence ilio-pectinée, juste dans le pli de

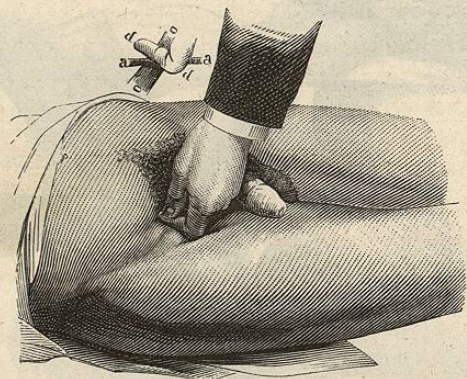


FIG. 140. — Compression de l'artère fémorale sur le pubis. — *d d*, le doigt index croisant l'artère *a a* et l'os pubis *o o*.

l'aîne. On est cependant gêné quelquefois par les ganglions lymphatiques. La compression se fait le plus haut possible.

Ordinairement on se sert des extrémités des quatre doigts, échelonnées sur l'artère; mais le doigt placé le plus haut fait seul toute la besogne et les trois autres se fatiguent à ne rien faire. Je comprime volontiers cette artère avec le dos des deux dernières phalanges de l'index appliquées de manière à croiser à angle aigu à la fois la direction de l'artère et celle du pubis sur lequel elles sont à cheval. Le poids du corps est transmis à cette espèce de pelote sensible par la première phalange du même doigt, et surtout par le pouce qui vient s'appuyer sur la pulpe terminale (fig. 140.) Lorsque la main est fatiguée, elle reste en place néanmoins, mais pourtant se repose, car les doigts de l'autre main viennent exercer la com-

pression en prenant la place du pouce sur les phalanges de l'index. Par ce procédé qui épargne les forces, le doigt compresseur ne change pas de place, par conséquent il ne froisse pas la peau du malade; il n'abandonne pas non plus l'artère, car il la croise, faisant avec elle et le pubis une étoile à six branches.

Quelle que soit la manière dont l'aide compresseur se serve de ses doigts pour aplatir la fémorale, il devra se tenir très près du malade et dans une position assez élevée pour que son bras tombe presque verticalement sur le pli de l'aîne. La nécessité fait que l'on ne peut pas toujours se placer du côté opéré. Dans tous les cas, montez plutôt sur le lit du malade que d'essayer de comprimer à bras tendu horizontalement. Rappelez-vous aussi qu'il faut comprimer sur l'os et non au-dessous; exercez donc votre pression un peu comme s'il s'agissait de refouler une hernie du côté de la fosse iliaque.

En terminant cet article, nous devons dire que l'on peut arriver à suspendre la circulation dans les membres à l'aide de positions forcées, mais que cela n'est pas applicable aux amputations (voy., sur la COMPRESSION et la FLEXION, *Archives générales de médecine*, 1876, Fischer, de Hanovre).

Enfin, quelque sûr que le chirurgien soit de ses aides, il ne s'embarque plus aujourd'hui dans une opération sans avoir à sa disposition une grande quantité de pinces à pression continue, *pinces hémostatiques*, dont il use si le moindre vaisseau jette du sang. Autrefois, privé de ces instruments si simples et si précieux, l'opérateur en présence d'une compression mal faite devait s'interrompre pour lier les artérioles à mesure qu'il les coupait.

ARTICLE VI

LE CHIRURGIEN ET SES AIDES, L'OPÉRÉ ET L'OPÉRATION

Les longues généralités qui précèdent vont enfin me permettre, tout en les complétant, de tracer un tableau rapide de l'ensemble et des détails d'une amputation.

Lecteur, pour oser jamais entreprendre une grande opération,

vosre éducation anatomique et chirurgicale doit être suffisante. Sans connaissances anatomiques, dit A. Cooper, vous ne faites point vosre devoir à l'égard de la société et vous manquez de base pour vosre avancement et vos succès. D'autre part, c'est la clinique seule qui peut vous apprendre à reconnaître la gravité d'une tumeur ou d'une blessure et à poser l'indication d'une amputation.

Quand, en présence d'un blessé, l'idée de l'opportunité d'une amputation vous viendra, gardez-vous de prononcer hâtivement le moindre mot. Recueillez-vous sur place; rentrez au besoin dans vosre cabinet : rien ne vous force à opérer, personne ne connaît encore vosre pensée; réalisez vosre libre arbitre maximum pour vous déterminer. On voit des chirurgiens rendre les malades victimes de leur premier mouvement, de leur parti trop tôt pris et de leur prétention à l'infailibilité de prime saut. On voit aussi de grands blessés se refuser à une opération et guérir, à la barbe du chirurgien qui avait délibéré trop vite de les amputer.

Soyez donc circonspects; mais une fois vosre détermination prise, et prise en temps utile, une fois l'indication d'opérer reconnue et la confiance du malade gagnée, ne songez plus qu'à l'opération elle-même.

Parmi les procédés qui se présenteront à vosre esprit, ou que vous trouverez dans vos auteurs, choisissez le meilleur pour le patient. Pourtant, songez aussi à vous-même qui pouvez défailir, plutôt peut-être dans ce procédé que dans un autre plus facile. N'hésitez pas à improviser au besoin, car, dit A. Paré, « c'est lascheté trop reprochable de s'arrêter à l'invention des premiers.... »

Mais, quoi que vous décidiez, quels que soient vos projets, tâchez que leur irréussite même soit suivie de quelque avantage.

Ce serait s'exposer à bien des embarras que d'entreprendre une grande opération dans une pièce sombre et mal aérée, étroite ou encombrée de meubles. Le chirurgien, en effet, a besoin de lumière et d'espace pour lui et pour ses aides; le malade chloroformé peut avoir soudainement besoin d'air.

Voici quelle sera vosre conduite si vous opérez en ville.

Vosre malade sera placé dans une chambre à cheminée, vaste, calme, bien aérée et éclairée par une ou plusieurs fenêtres s'ouvrant sur le dehors.

Dans cette chambre, le plus souvent, vous ferez dresser devant vous le lit d'opération, dont les éléments auront été préparés et désignés d'avance. Ce lit, placé au milieu de la pièce, en face de la fenêtre, doit être étroit, afin qu'on puisse facilement circuler et aborder le malade dans tous les sens. Une porte d'appartement, solide, démontée et placée sur deux tréteaux, avec un matelas de même dimension, a bien souvent constitué le meilleur lit d'amputation qu'on puisse se procurer, car, je le répète, ce lit doit être élevé, étroit, transportable, ferme et abordable de tous côtés. Le parquet sera garni d'une toile imperméable recouverte de plusieurs pièces de linge pour absorber le sang et les liquides répandus.

A l'heure précise fixée pour l'opération, le chirurgien arrive chez le malade. Il entre seul dans sa chambre pendant que les aides, restés à l'écart, préparent les instruments, qu'il ne faut jamais offrir ostensiblement à la vue du patient. Les rois eux-mêmes ne furent pas tous braves devant l'arsenal chirurgical. Témoin Louis XIII qui s'enfuit en voyant l'appareil de la circoncision.

Après s'être assuré que le lit d'opération est prêt, solide et bien placé, que tous les préparatifs recommandés à la famille ont été faits, c'est-à-dire que le linge, l'eau chaude, l'eau froide, les agents antiseptiques, etc., etc., ne sauraient lui manquer, le chirurgien revient auprès de ses aides visiter ses instruments et constater qu'il a bien tout ce qu'il lui faut pour diviser les *chairs* (couteau) et les *os* (scie), pour *saisir* les artères (pincés) et les *lier* (fils). Il examine ses principaux instruments un à un pour s'assurer qu'ils ne trahiront pas, et passe en revue les pièces destinées au pansement. Enfin, il explique à ses aides ce qu'il va faire et comment ils devront l'aider.

Heureux le jeune chirurgien qui fait ses premières armes avec l'assistance d'un praticien bienveillant et habitué aux opérations! L'opérateur trouve dans les cheveux blancs de son aide une égide pour sa responsabilité et contre ses défaillances. Sa main en est plus ferme, son regard plus assuré, son esprit plus lucide.

Parmi les aides, il en est d'utiles et d'indispensables. Les premiers peuvent, à la rigueur, être étrangers à l'art de guérir, les seconds, au contraire, doivent être déjà loin de leurs premières

études. A moins de l'urgence la plus absolue, un chirurgien instruit ne sera jamais assez imprudent pour s'engager dans une grande opération sans être assisté de deux confrères au moins, l'un pour donner le chloroforme, l'autre pour assurer l'hémostase, soit en comprimant l'artère, soit en surveillant simplement l'action du compresseur mécanique. Je suppose, bien entendu, en exigeant ces deux aides, que le chloroforme doit être donné, c'est-à-dire que l'anesthésie locale est irréalisable, que l'opération sera longue, douloureuse, que l'examen du cœur, des poumons et de l'état général du malade n'a révélé aucune contre-indication à l'endroit des anesthésiques, enfin que le malade est à jeun et calme, au physique et au moral.

« Si vous briguez, écrit Druitt, l'honneur de comparaître devant le procureur (pour homicide), chloroformisez assise une grosse femme d'âge moyen, étouffée dans son corset et ses jupons, émue, essoufflée et tout en nage, qui vient d'accourir pour se faire arracher une dent. »

L'aide chargé du *chloroforme*, bien que soumis à la surveillance de l'opérateur seul responsable, assume une lourde tâche : endormir complètement le malade et le maintenir immobile pendant toute la durée de l'opération, tout en surveillant la respiration et la circulation. A l'étranger, à Paris même, les chirurgiens qui opèrent en ville aiment à confier l'anesthésie à un confrère expérimenté, véritable chloroformisateur spécialiste.

On meurt du chloroforme, par syncope cardiaque ou par asphyxie, et peut-être encore autrement, à toutes les périodes et par conséquent à tous les degrés de la chloroformisation. L'asphyxie peut être d'origine centrale (arrêt de la respiration) ou d'origine périphérique (spasme du larynx ou occlusion paralytique).

La mort arrive fréquemment par défaut de surveillance du pouls et de la respiration, dont le ralentissement ordinaire ne doit pas dépasser certaines limites.

Les secours donnés à temps et suffisamment prolongés sont souvent efficaces (électrisation, excitants périphériques, déclivité du tronc, respiration artificielle continuée sans découragement pendant des heures).

Avant de prendre place à la tête du malade, qui doit toujours

être dans le *décubitus dorsal*, le chloroformisateur s'assurera par lui-même, comme déjà le chirurgien l'a dû faire, que la fenêtre de la pièce s'ouvre facilement et que rien ne l'encombre; il placera à sa portée un vase plein d'eau froide, pour en projeter sur la peau de l'opéré au moindre signe d'arrêt de la respiration ou de la circulation; il aura dans sa poche un bouchon de liège pour tenir les dents écartées, et à sa boutonnière une pince à anneaux pour saisir et attirer la langue au dehors, si le patient vient à râler; enfin il s'assurera que l'oreiller qui soutient la tête de l'opéré pourrait être enlevé en un tour de main à la moindre menace de syncope. Alors il découvrira le cou, le haut de la poitrine, et enlèvera tous liens constricteurs pouvant gêner les mouvements respiratoires du thorax et de l'abdomen.

Tous ces préparatifs faits, et je n'indique que les plus importants, le chloroforme, apporté en *quantité surabondante*, sera administré suivant les règles si souvent rééditées et si souvent mises en pratique dans nos hôpitaux, où tout le monde peut acquérir l'expérience indispensable¹.

L'aide expérimenté chargé du chloroforme, après avoir pris toutes ses précautions, ne doit pas avoir peur de son agent; il doit le donner jusqu'à résolution complète, tout en s'appliquant à en donner le moins possible. Ses yeux iront constamment des lèvres, qui doivent rester colorées, à la poitrine, qui doit se soulever régulièrement, mais ne s'occuperont jamais de ce qui se passe ailleurs; l'un de ses doigts surveillera les battements d'une artère si un autre assistant n'est pas en mesure de le faire.

L'opérateur ne commencera pas son œuvre avant d'avoir obtenu l'insensibilité et la résolution, s'il ne veut pas se créer des embarras, perdre du temps en voulant en gagner, compromettre l'hémostase, donner enfin le triste spectacle d'un malade inconscient mais sensible, qui crie et se débat dans les mains d'aides insuffisants pour le contenir, et qui, à tous les points de vue, court plus de dangers que s'il avait été complètement insensibilisé, même longtemps.

On peut donner le chloroforme en le versant sur une compresse

1. Étudiez cette question dans l'un ou l'autre des auteurs suivants : Guyon, *Chirurgie clinique*; Jamain et Terrier, *Petite Chirurgie*; M. Perrin, art. ANESTHÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique*; Esmarch, *Chirurgie de guerre*; Bulletins de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc.

ou un simple mouchoir non déplié, que l'on place en losange sur le nez, de manière que l'angle du haut soit fixé sur la racine de l'organe, entre le pouce et l'index de la main gauche appuyée sur le front, dont elle suit facilement les mouvements de rotation. L'angle inférieur du mouchoir tomberait sur le menton si la main droite ne le tenait soulevé devant la bouche. En relevant cet angle momentanément sur le nez, la droite devient libre et peut verser le chloroforme, après quoi le mouchoir est rabattu de nouveau (pratique de Nélaton, etc.). Un flacon pouvant être débouché d'une main à l'aide d'un ressort, et solidement suspendu au cou du chloroformisateur, est utile.

On a inventé bien des appareils inhalateurs; tous ont l'inconvénient de trop charger de chloroforme l'air inspiré. Celui-ci, dit-on, ne devrait contenir que 5 à 5 parties de vapeur chloroformique pour 100 parties d'air. Le mélange de P. Bert, renfermé dans un gazomètre, est composé de 100 litres d'air et 8 grammes de chloroforme. Je dois dire que M. de Saint-Germain obtient une anesthésie rapide, un véritable foudroiement, en tenant étroitement appliqué sur le nez et la bouche de ses malades un épais masque de linge inondé de chloroforme.

Le second aide indispensable est celui qui doit se charger de l'hémostase. Il lui faut de la vigueur, du sang-froid et peu de curiosité. Bien que l'on puisse aujourd'hui recourir à des appareils fidèles, cet aide n'en est pas moins indispensable pour intervenir, lorsque ces appareils sont inapplicables, lorsqu'ils se dérangent et lorsque, à la fin de l'opération, on est obligé de les remplacer par la compression digitale qui seule peut, en se relâchant momentanément, faire découvrir au chirurgien les artéριοles innommées à siège indéterminé. Nous avons indiqué plus haut, pour chaque artère, les points où devaient être placés les doigts ou la pelote du compresseur.

Les aides simplement utiles doivent être au nombre de trois : un pour écarter ou rétracter les chairs¹, un autre pour soutenir

1. Cet aide est le seul dont on ne puisse se passer dans les amphithéâtres. Son assistance est d'une utilité dont les débutants ne se doutent pas. Que de mauvaises notes ont été données dans les examens et les concours à des opérateurs qui manquaient leur

l'extrémité du membre et concourir ensuite aux ligatures, un troisième enfin pour *présenter* et *recevoir* les instruments. Comme on le devine, le rôle de ces aides est bien moins important que celui des deux premiers. Il suffit, à la rigueur, qu'ils aient de la fermeté et un peu d'adresse.

Aussitôt que le malade est endormi et l'hémostase provisoire assurée, le moment est venu pour l'opérateur d'entrer en scène personnellement. Je n'écris pas pour des praticiens consommés, on m'excusera donc quand je dirai que le moment de l'émotion est venu :

La vraie épreuve de courage
N'est que dans le danger que l'on touche du doigt.

Oubliez vos aides qui vous observent, la famille qui vous voit, ne songez même pas à l'avenir du malade ni aux suites de votre intervention; absorbez-vous dans l'opération elle-même. Beaucoup de chirurgiens, à l'exemple de Dupuytren, parlent, décrivent, en opérant. D'autres se taisent, comme Roux; peu importe.

Tâchez d'avoir un courage froid, sans fougue et sans faiblesse, comme dit Pariset. Si vous n'avez pas la fermeté de tempérament, travaillez à acquérir la fermeté de réflexion; car la tête doit toujours diriger la main. Que de chirurgiens, avec les dehors de l'émotion, tremblement des mains, sueur du visage, impatience et criaileries, conservent néanmoins leur courage d'esprit, leur libre arbitre, leur clairvoyance, jusque dans le danger! Que d'autres, au contraire, sans que cela s'aperçoive d'abord, perdent la tête dès le début ou dès le milieu de l'opération! Ces derniers sont les pires.

Que la vue du sang ne vous épouvante pas. Sachez que vous devez en être économe, mais qu'il en faut une perte considérable pour entraîner un danger immédiat. Commandez vos aides avec douceur et précision : on est aidé comme on le mérite. Sans perte de temps et pourtant sans précipitation, exécutez successivement toutes les parties de votre opération, y compris l'hémostase défi-

épreuve uniquement parce qu'ils ne savaient pas se faire aider! Il faut absolument être deux pour faire de la médecine opératoire cadavérique. L'aide apprend tout autant que l'opérateur, et celui-ci, bien assisté, voit sa tâche singulièrement facilitée et toujours mieux exécutée.

nitivité. Lorsque Roux visita l'Angleterre (1814), les chirurgiens de Londres opéraient déjà avec une sage lenteur. Aujourd'hui, grâce à la suppression de la douleur, tout le monde doit prendre son temps. Donc, faire bien, avant tout faire bien, vite si l'on peut, mais faire bien, telle est la règle; et j'ai travaillé à l'établir.

Si l'on a desséché le membre à l'aide de la bande élastique d'Esmarch, on arrive à la fin de l'opération sans perdre une goutte de sang : on a donc pu opérer et lier les vaisseaux visibles avec facilité. Il est vrai qu'après la levée du lien circulaire, la plaie donne une abondante pluie de sang que l'on étanche difficilement.

Quand on se contente de la compression, souvent imparfaite, on peut être gêné pendant la section des chairs par le jet de quelques artérioles. Il est bon de s'en débarrasser provisoirement en appliquant sur l'embouchure de chaque petit vaisseau une pince à pression continue d'un modèle quelconque.

Lorsque la section du membre est terminée, on recherche les artères avec les pinces, soit pour les lier, soit pour les tordre (voy. LIGATURES), en commençant par la plus grosse.

A-t-on amputé au voisinage d'une lésion organique ou d'un phlegmon de longue date, il faut s'attendre à lier une multitude d'artérioles dont les parois semblent dans l'impossibilité de se rétracter, fixées qu'elles sont aux tissus lardacés ambiants.

C'est dans ces cas, où la fragilité empêche la torsion et la ligature par la pince, que le ténaculum rend des services, en permettant de faire la ligature médiante de l'artériole au milieu d'une grande épaisseur de parties charnues. Je trouverai plus loin l'occasion d'indiquer, s'il y a lieu, les difficultés inhérentes à chaque segment de membre en particulier.

J'ai dit ailleurs quelle pince convenait pour les ligatures, quelle pour la torsion. Les fils les plus employés en France étaient de soie, de lin ou de chanvre. Il en est d'autres aujourd'hui, lisses, aseptiques et d'une solidité éprouvée. Le *catgut*, boyau de chat ou plutôt de mouton, a la propriété de se résorber en quelques jours.

La torsion des artères à la suite des amputations n'a pas prévalu contre les ligatures aseptiques absorbables ou non. Tordre quelques grosses artères libres dans leur gaine, est chose facile, efficace et bientôt faite; je ne puis pas en dire autant des artérioles, si souvent insaisissables au milieu des tissus sains ou lardacés. Quand on a tordu

trois ou quatre fois sans succès la *place* qui saigne, on est bien obligé d'y enfoncer le ténaculum et de faire une ligature médiante; c'est ce à quoi les partisans de la torsion ont la sagesse de se résoudre chaque fois que cela est nécessaire : cela se faisait en 1850, cela se fait encore de nos jours, je l'ai vu.

A peine l'hémostase est-elle terminée qu'il convient de *parer le moignon*, d'en faire la *toilette*. Le chirurgien, armé d'une pince à griffes et de ciseaux, enlève les tendons flottants, les bribes charnues exubérantes ou déchiquetées, tout ce qui lui paraît dans de mauvaises conditions de vitalité. Dans un grand nombre de cas, il recherche les nerfs et les excise.

Les ciseaux ont déjà servi à rogner les fils des ligatures. Cependant, lorsque ceux-ci n'étaient ni absorbables, ni très fins, ni surtout aseptiques, il fallait conduire au dehors l'un de leurs chefs, soit isolé, soit réuni en faisceau avec les fils voisins conservés. Que tout ceci est déjà loin de nous! C'est pourtant ce qu'on m'a enseigné, ce que j'ai vu faire, c'est de l'histoire d'hier. Bouisson, pour obtenir la réunion immédiate et éviter l'interposition de tout corps étranger entre les surfaces saignantes, conseillait d'armer chaque fil d'une *aiguille droite* et de le faire sortir, isolément et directement, à travers les lambeaux, au niveau même du point où la ligature avait été posée. Si les fils à ligature non coupés n'étaient point passés à travers les chairs, on les conservait dans la plaie et on les amenait à l'extérieur. Ils jouaient malheureusement le rôle de corps étrangers et, interposés entre les lambeaux, empêchaient la réunion immédiate d'autant plus sûrement qu'ils étaient plus nombreux et réunis en un plus gros faisceau. La règle était de les conduire au dehors, autant que possible par le plus court chemin, de les éloigner du bout de l'os, car c'est là surtout que la réunion est désirable et difficile. Une fois en place, les fils pendants étaient rognés à une faible distance des lèvres de la plaie, suivant le précepte de Larrey, afin qu'ils ne se confondissent pas avec le pansement et ne fussent pas assez longs pour être arrachés par le malade dans un moment de douleur extrême.

Ces fils, mieux placés dans les angles que dans le centre de la plaie, nuisaient encore et d'autant plus qu'ils étaient plus nombreux, plus volumineux et plus longs. On les écartait avec soin

des points dont on désirait à tout prix la cicatrisation rapide.

Faire des fils réunis en un faisceau extérieur, un séton à plusieurs voies intérieures sous prétexte de favoriser l'écoulement de la lymphe, du sang ou du pus, c'est ne pas vouloir de la réunion rapide.

Mettre dans le moignon une anse de tube à drainage dont le milieu repose sur l'os, c'est encore s'opposer à l'adhésion immédiate de celui-ci avec les chairs.

Hâtons-nous de rappeler qu'il est réputé dangereux de fermer toutes les plaies hermétiquement et d'emblée; qu'il faut entretenir provisoirement une voie béante pour les produits liquides du moignon; mais ajoutons que ce n'est point avec les fils à ligature qu'il faut le tenter. Mieux vaut mettre un ou plusieurs gros tubes de caoutchouc et les laisser le temps nécessaire, ayant soin que leur ouverture profonde draine le voisinage de l'os, mais ayant soin surtout de ne rien interposer entre l'os et les chairs.

Toutes les fois qu'à la suite d'une amputation on ne croit pas devoir tenter la réunion immédiate, même partielle, le pansement est sans doute très important à divers points de vue, mais il n'exige point une intervention manuelle délicate: aussi me bornerai-je à quelques aphorismes généraux.

Faire suppurer un moignon dans toute son étendue, c'est augmenter les chances de la rétraction secondaire, de l'adhérence de la cicatrice, de la nécrose de l'os, de l'ostéomyélite, de la septicémie et de l'infection purulente.

C'est par la compression douce et l'immobilisation que l'on prévient et que l'on combat mécaniquement la rétraction secondaire.

C'est par l'occlusion antiseptique et la rareté des pansements, ou au contraire par la béance et les topiques antiseptiques, que l'on évite le mieux la septicémie.

Le pansement ouaté d'A. Guérin réalise l'immobilisation, fait capital, — la compression douce, s'il est bien fait, — l'indolence si précieuse pour le repos et l'alimentation des blessés, — la permanence d'une température élevée — l'occlusion absolue: c'est le pansement rare par excellence. Il aurait toutes les vertus si une hémorrhagie mortelle ne pouvait se faire dessous sans qu'on s'en aperçoive, s'il ne déterminait pas trop souvent la gangrène des téguments et des lambeaux qui reposent sur des saillies osseuses.

Je crois le pansement phéniqué ouvert excellent, le pansement à l'alcool avec enveloppe imperméable bon, tous les pansements antiseptiques rationnels et salutaires. La cautérisation elle-même, quoique bien dangereuse pour la vitalité des minces lambeaux, a rendu des services contre la septicémie alors qu'on n'avait rien de mieux. Autrefois, avant d'avoir été témoin des merveilles du pansement de Lister, relatives à la réunion immédiate, j'avais l'esprit féru de cette idée que le pansement ouaté a sur tous les autres des avantages considérables, quand la région malade en permet l'application.

Mieux vaut cent fois panser un moignon à plaie béante que de tenter la réunion immédiate dans de mauvaises conditions générales et locales, c'est-à-dire si, au point de vue physique, le moignon est mal taillé, mal paré, mal étanché. Mal taillé, le contact absolu et total est impossible; mal paré, des loques de chair se gangrènent; mal étanché, le sang détruit la juxtaposition des parties.

Mais lorsque le chirurgien croit pouvoir espérer la réunion immédiate, qu'a-t-il à faire?

Après avoir paré le moignon avec le plus grand soin, en se servant, s'il doute de son aseptie, d'un liquide antiseptique, non fatal à la vitalité des éléments anatomiques; après avoir dispersé les fils à ligature çà et là, s'il n'a pu employer le catgut ni la torsion, ni les fils aseptiques très fins coupés ras, ni même la méthode de Bouisson; après avoir placé provisoirement un ou deux tubes de décharge, il rapproche les surfaces des chairs et des os, et les lèvres de la peau; puis, à l'aide de sutures ou de bandelettes, il établit un contact permanent et une occlusion absolue, sauf dans les points occupés par les drains. Les bandelettes, quelles qu'elles soient, sont regardées comme ordinairement insuffisantes. C'est aux sutures qu'il faut avoir recours le plus souvent. La suture entortillée est la plus solide et celle qui établit le mieux le contact des lèvres cutanées; la suture métallique entrecoupée est la plus simple.

Il ne suffit pas de réunir les lèvres de la peau; je dirai plus, il importe bien moins d'affronter les téguments que d'anéantir absolument la cavité du moignon par le contact parfait de ses parois profondes. On peut espérer ce dernier résultat en employant comme agents de compression extérieure des éponges, des boulettes d'ouate

ou de charpie, des lames de liège ou de carton artistement disposées, le tout parfaitement aseptique. Mais le meilleur moyen est la suture profonde enchevillée, dont l'emploi à ce cas particulier a été réinventé par plusieurs chirurgiens successivement. Des fils métalliques ou autres, passés à travers toute l'épaisseur des parties molles d'un moignon, peuvent y séjourner quelques jours sans inconvénient. On a ainsi deux sutures superposées. L'une fixe la peau, elle a de nombreux points, jusqu'à cinquante, que l'on ne supprime pas tous à la fois. L'autre fixe et la peau et les muscles : ses fils sont peu nombreux; on les relâche au besoin et on les enlève suivant les indications, mais assez tôt. Quelques chirurgiens réunissent les muscles par des points de suture perdus.

Dans la réunion par les sutures, on se voit obligé de mettre à nu l'extrémité, mais l'extrémité seule du moignon, pour la visiter fréquemment. Rien n'empêche donc de réaliser l'immobilisation si rassurante pour le malade, si précieuse pour éviter les spasmes musculaires et la conicité, en entourant la racine et la périphérie du moignon d'un appareil qui le protège et le fixe au segment supérieur du membre ou au tronc.

Les drains de caoutchouc, véritables soupapes de sûreté, seront raccourcis tous les jours et retirés aussitôt que l'écoulement aura cessé.

Je ne puis décrire ici le pansement phéniqué de Lister, qui a chassé des plus mauvais hôpitaux de l'Europe entière la septicémie et l'infection purulente, rendant la réunion immédiate possible dans tous les milieux. Aujourd'hui l'acide phénique a trouvé de nombreux succédanés efficaces.

Le chirurgien honnête homme est *aseptique* et *antiseptique* : aseptique d'abord et toujours, pour ne pas introduire lui-même dans la plaie, avec les doigts, les instruments, le linge, l'eau, etc., l'agent, le contage septique; antiseptique par surcroît de prudence pour détruire à l'aide de substances chimiques ce contage, comme si, malgré toutes les précautions, les plaies avaient été contaminées et pouvaient l'être par toutes les voies, même par la voie aérienne.

Grâce aux divers procédés de la méthode antiseptique, la chirurgie d'aujourd'hui ne ressemble plus à celle d'il y a vingt ans : c'est une admirable révolution.

Malgré la puissance indiscutable de cette méthode, il ne vous

sera jamais permis de négliger les préceptes de l'hygiène physique et morale de votre opéré. Si vous le pouvez, placez-le seul, proprement couché, dans une vaste chambre ensoleillée, largement aérée et bien chauffée. Défiez-vous des courants d'air, des changements brusques de température. Entourez votre malade de parents et de serviteurs dévoués, gagnez sa confiance à force de soins; et sans jamais permettre qu'on lui parle de la mort, versez-lui dans le cœur et à pleins bords le baume de l'espérance. Un grand blessé désespéré, ou simplement triste, ou entouré d'indifférents, dort mal et ne mange pas.

L'homme vit d'air et de pain. L'un et l'autre peuvent être insuffisants, l'un et l'autre peuvent être empoisonnés. L'amputé, plus que l'homme sain, a besoin d'air pur et d'une nourriture réparatrice ayant pour base la viande et l'alcool.

Naguère encore, sous le prétexte inventé par les chirurgiens français que la chair française est d'une fragilité extrême, on laissait avec résignation mourir les amputés des hôpitaux de Paris, milieu infect dans lequel ils étaient médiocrement alimentés et souvent mal pansés. Et pourtant, on voyait de temps en temps des séries heureuses qui fondaient des réputations et qui s'obtenaient à force de soins de propreté, d'aération, de côtelettes et de bon vin.

Les soins consécutifs ont une influence considérable sur le résultat des amputations; il ne faut jamais les négliger. Pour achever d'en convaincre le lecteur et lui montrer ce que peut la volonté d'un chirurgien dont le zèle et l'humanité ne se démentent pas au milieu des circonstances les plus difficiles, je voudrais pouvoir citer *in extenso* dix pages, entre autres, des *Mémoires* de D. Larrey (III, 160 à 170). Je me borne à en recommander la lecture.