

3° C'est à ce moment, c'est pendant l'opération surtout qu'il faut redouter et prévenir la contamination du malade : une plaie largement ouverte, des manipulations multiples, des accessoires sans nombre, voilà autant de conditions très favorables à l'infection si par un contact suspect ou une stérilisation imparfaite vous lui donnez un prétexte.

L'opérateur, les aides, les instruments, les compresses, les fils, les accessoires, tout a de l'importance, tout est dangereux ; il ne faut aucune faute.

En ce qui concerne les *instruments* et les objets de pansement, les compresses, je passerai rapidement : tous ces éléments sont stérilisés par la chaleur, les instruments par la chaleur sèche à 180°, les compresses par la chaleur humide à 144° dans l'autoclave. Des tubes témoins seront dans chaque boîte la preuve que la stérilisation est efficace : il n'y aura jamais d'intermédiaire entre le stérilisateur et moi, c'est-à-dire que je prendrai moi-même les instruments et les compresses dans les récipients où ils auront été stérilisés ; ceux-ci seront ouverts devant moi au moment de l'opération, et il n'y aura donc de ce côté aucune cause de contamination dont nous ne soyons, mon aide ou moi, directement responsables. Les fils d'argent, les crins de Florence, les sondes seront stérilisés de la même façon à l'étuve sèche. Les sondes en gomme la supportent très bien, à condition que la température ne soit pas trop élevée : elles sont placées à raison d'une dizaine dans des tubes de verre bouchés avec de l'ouate et couchés dans l'étuve ; en élevant la chaleur jusqu'à 120° pendant vingt minutes à une demi-heure, on obtient une stérilisation parfaite : cependant les sondes en caoutchouc, les sondes de Nélaton ne vont pas à l'étuve, et on doit se contenter de les faire bouillir.

Pour les catguts, la question est plus délicate, et je serai obligé de les faire venir du dehors. Je me sers de catguts stérilisés dans l'alcool absolu porté à la température de 120°. Cette stérilisation confère au point de vue de l'asepsie une sécurité absolue. Mais la conservation du catgut dans l'alcool absolu a quelques inconvénients : ce catgut est dur, rigide, sec et cassant. Je remédiais autrefois à cette défectuosité en faisant tremper ce catgut un peu avant de m'en servir dans de l'eau stérilisée, qui en imbibant le tissu lui rend sa souplesse naturelle. Mais ce trempage extemporané est assez difficile à bien faire : il est souvent trop complet, et d'autres fois insuffisant. Et depuis longtemps je cherchais un mélange aqueux titré dans lequel ce catgut puisse être conservé indéfiniment. Ce desideratum a été réalisé d'après

mes indications par M. Robert, qui a imaginé l'ingénieux dispositif que voici : dans le tube qui contient l'alcool et le catgut, se trouve également une ampoule contenant de l'eau pure. Le tout est porté à l'autoclave à 120° et stérilisé. Il suffit alors d'agiter un peu le tube pour fracturer la mince ampoule de verre qu'il contient, l'eau se mélange à l'alcool de telle façon que celui-ci devient de l'alcool à 90°. Et ainsi dans ce même tube nous avons maintenant un catgut qui a été stérilisé dans de l'alcool absolu, et qui est conservé dans de l'alcool à 90° ; tout cela se fait sans intermédiaire, sans manipulations d'aucune sorte, et lorsque le tube est brisé sous mes yeux, j'y prends directement le catgut comme s'il sortait de l'étuve.

III

Avec la chaleur sèche ou humide, nous avons donc une sécurité absolue ; malheureusement, tous les éléments qui servent à l'opération ne sont pas susceptibles de supporter l'action de ces agents physiques, et même avec les étuves et les autoclaves, il est difficile de faire des opérations rigoureusement aseptiques.

Nous en voyons la preuve dans ces petits accidents, qui malgré d'innombrables précautions surviennent encore dans la pratique chirurgicale et montrent à qui sait s'instruire qu'une faute a été commise. Mais alors même que le malade guérit sans incident, alors même que la réunion se fait par première intention, vous n'avez pas encore le droit d'affirmer que votre intervention a été absolument aseptique, c'est-à-dire privée de tout contact microbien. Les expériences d'Auché et Chavannaz l'ont bien établi : quand, à la fin d'une opération aseptique, on recueille pour l'ensemencer un peu de ce liquide sanglant qui baigne le champ opératoire, on y découvre toujours des colonies plus ou moins virulentes. Le malade guérit cependant, il guérit par première intention, et rien n'a traduit de son côté la légère infection qui fut apportée à sa plaie.

Qu'est-ce que cela prouve ? que la phagocytose sert à quelque chose sans doute, mais aussi que nous ne sommes pas aussi aseptiques que nous pourrions quelquefois nous vanter de l'être. Soyons donc toujours vigilants, défions-nous sans cesse et de tout ; car cette infection légère, dont triomphe un organisme résistant, sera de nature à causer chez un autre, une suppuration de la plaie, une septicémie péritonéale mortelle.

D'où vient donc, d'où peut venir cette infection si dangereuse et si nécessaire à éviter ?

Elle vient de l'air de la salle, de la bouche des opérateurs, ou de leurs mains ; il y a là trois sources d'infection que nous devons connaître pour les tarir autant que possible.

L'air est certainement un élément de contagion. Dans une salle comme celle-ci, où depuis un mois, par exemple, nous n'aurions fait autre chose que des opérations aseptiques, exposons une plaque de Pétri pendant dix ou quinze minutes, et nous verrons s'y développer des cultures abondantes de staphylocoques, de streptocoques à côté d'autres bacilles moins virulents et moins pathogènes. Des expériences de ce genre ont été faites par Høegler, Capman, par Pierre Delbet¹, par Lafolie² ; les milieux ont été différents, les conditions d'expérimentation très diverses, le résultat est toujours resté le même ; voici pourquoi. L'air d'une salle d'opération est septique ; dans les poussières humides ou sèches qu'il tient en suspension, il y a des microbes pathogènes, et ces éléments sont d'autant plus nombreux que la salle d'opérations est plus fréquentée, comme celle-ci, par un nombre plus considérable d'élèves et d'assistants. Dans les expériences de Gottstein (de Breslau), la quantité de microbes était même bien supérieure lorsqu'on venait d'entrer et de marcher dans la salle que lorsqu'elle était restée vide depuis plusieurs heures.

Comment faire pour prévenir les effets nuisibles d'une contamination par l'air ?

D'abord, le nettoyage de la salle, ce nettoyage qui doit être effectué chaque jour, après chaque séance d'opération, sera fait avec des linges humides : nous proscrivons le balayage, comme susceptible de volatiliser et de répandre dans l'air la poussière du sol. Avec l'eau au contraire, avec le linge humide, les poussières sont condensées, recueillies et éliminées. Comme le lavage sera fait dans l'après-midi de chaque jour, il y aura jusqu'à l'opération du lendemain matin un intervalle de plusieurs heures, qui permettra à nouveau la condensation des poussières.

En venant assister à nos séances, vous apportez, nous apportons nous-même la poussière des rues : en ce qui me concerne, j'ai l'habitude de changer de chaussures chaque fois que j'entre à l'hôpital ; je ne puis ni ne veux imposer à tous cette mesure qui est de rigueur dans

1. P. Delbet et Bigeard. *Asepsie opératoire*. Paris, Masson, 1901.

2. Lafolie. *Influence de la formolisation sur l'atmosphère des salles d'opérations* (Journal de médecine de Bordeaux, 1900, n° 30, p. 531).

certain services de l'étranger. D'ailleurs ce que je redoute plus que la poussière que vous apportez, c'est celle que vous remuez dans la salle par vos allées et venues, par vos entrées et par vos sorties : je vous demanderai donc d'arriver avant et de ne partir qu'après l'opération, afin de ne pas soulever ce nuage invisible, qui pourrait apporter à nos malades un contact suspect.

Malgré ces précautions, l'air est et restera chargé de poussière, et la plaie opératoire sera d'autant plus exposée à en recevoir les atteintes funestes qu'elle sera laissée plus longtemps ouverte.

Voilà pourquoi la rapidité opératoire n'est pas à dédaigner ? Plus l'opération est longue, plus sont nombreuses les chances d'infection : aussi ai-je heureusement l'habitude d'opérer vite et de ne pas perdre de temps.

Après l'air de la salle, la bouche de l'opérateur est aussi une source d'infection.

Dans la bouche, même à l'état normal et en pleine santé, nous avons des microbes pyogènes. Miezowsky les rechercha sur 48 individus sains et il trouva le staphylocoque doré 22 fois, le streptocoque 33 fois ; 9 fois sur 13, le staphylocoque était virulent. Or, pendant qu'on parle à voix basse et surtout à voix haute, les microbes sont projetés sur la plaie et peuvent l'infecter. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : des expériences positives démontrent la réalité de cette projection nuisible. Hubener¹ dispose sur une table d'opération, quatre boîtes de Pétri. Il se rince la bouche avec une culture de *prodigiosus* et parle pendant dix minutes devant la table. Dans tous les cas, les cultures ont été positives, et elles ont été particulièrement abondantes dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche.

C'est de là qu'est venue cette habitude du masque, dont certains chirurgiens étrangers et français font usage : le masque couvre la bouche, empêche la contamination de la plaie.

Je crois pouvoir arriver au même résultat en ne parlant pas ou en parlant peu pendant l'opération, ou encore en me tournant pour donner une explication, du côté des assistants et non du côté du malade.

1. Hubener. *Le rôle de la bouche de l'opérateur dans l'infection des plaies chirurgicales*. (Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionkrank. 1898, vol. XXVIII, n° 3, p. 348).

IV

Voici maintenant la grosse question de la *stérilisation des mains* de l'opérateur, question capitale et d'où dérive certainement le succès de l'opération, car elle prime toutes les autres.

Que l'air d'une salle, que la bouche de l'opérateur puisse infecter une plaie, nous venons de le voir et cela n'est pas contestable. Mais si vous voulez bien considérer combien nos résultats opératoires ont été déjà heureusement modifiés par le seul perfectionnement du lavage des mains, vous conclurez avec moi que la grande cause de contamination réside dans les mains même de l'opérateur : c'est là qu'est l'écueil, c'est là que git la difficulté la plus sérieuse.

La question du lavage des mains a été cette année même discutée à la Société de Chirurgie : des opinions contradictoires y ont été exposées, des faits très intéressants y ont été apportés. Je n'ai pas l'intention de les résumer tous devant vous, mais je vous demande la permission de vous présenter sous forme de quelques propositions les idées que je me suis faites à ce sujet.

Tout d'abord *on peut par le lavage rendre ses mains aseptiques* : à quelques-uns la formule paraîtra banale ; mais des chirurgiens autorisés l'ont contestée, il n'y a pas encore bien longtemps, il n'est donc pas inutile de redire une fois de plus et de démontrer que les mains peuvent être rendues absolument stériles par le lavage. Des expériences très positives ont été faites de plusieurs côtés ; Ahlfeld, Delbet, Walther ont pris à la surface de leurs mains lavées et prêtes à l'opération des lamelles épidermiques, ils les ontensemencées ; les tubes n'ont pas cultivé, les mains étaient donc stériles.

Et cette stérilité relève bien du lavage, car la même expérience faite sans lavage montrait autrefois à Mickulicz que les deux tiers des mains au moins sont infectées de bacilles pathogènes et par conséquent capables d'infection.

Le lavage aseptise donc les mains ; mais pour donner ce résultat, quel doit-il être ? Sous ce rapport, chacun a sa façon de procéder : d'ailleurs toutes les peaux ne sont pas également aptes à l'infection, elles n'exigent pas une désinfection aussi rigoureuse ; ceux qui touchent à des matières septiques sont obligés à des pratiques plus compliquées. Pour ma part, voici comment je procède : je me lave les mains pendant vingt minutes dans une eau *chaude, dormante et savonneuse*. Je dis

vingt minutes ; ce temps me paraît nécessaire, il est au moins une garantie. Je fais le lavage en deux temps. Les mains plongées dans l'eau pendant quelques minutes sont d'abord essuyées avec une compresse stérilisée, et j'enlève par frottement avec cette compresse une quantité de squames épidermiques, que le lavage enlèverait moins aisément, et qu'il vaut certainement mieux faire disparaître tout de suite ; faites l'expérience vous-même, et vous vous rendrez compte de ce qu'on peut enlever ainsi.

Au même moment, je nettoie avec le cure-ongles, mes ongles, en dessus et en dessous, et je détruis et j'enlève encore à cet endroit des lamelles épidermiques en grand nombre, qui sont autant de repères microbiens. Cette préparation préliminaire me demande environ cinq minutes ; je commence alors la désinfection de mes mains avec l'eau, la brosse et le savon.

Je veux une eau *chaude* parce qu'elle imprègne mieux, dilate les orifices glandulaires, active la sécrétion et l'excrétion sudorales ; les glandes pilo-sébacées se vident par la chaleur de leur contenu souvent septique. Je veux une eau *dormante*, c'est-à-dire une eau stagnante dans une cuvette fermée pour que l'imprégnation soit plus profonde.

Je veux une eau *savonneuse*, parce que le savon en dissolution nettoie mieux la peau et fait plus facilement disparaître la couche de matières grasses, qu'elle tient à sa surface.

Après quinze minutes de cette imprégnation, le lavage est terminé, et j'ai pour ainsi dire achevé la préparation de mes mains. Le lavage est pour moi le temps essentiel, le reste n'est qu'accessoire. Je trempe mes mains dans l'alcool absolu, et ensuite dans du sérum salé, ou dans du sublimé. Je reconnais à la façon dont le liquide se répand sur mes mains que le dégraissage de la peau est suffisant : si le sublimé n'adhère pas partout à la peau, c'est que le lavage n'a pas été suffisant. Je le recommence pendant quelques minutes et jusqu'à ce qu'il soit suffisant. Prenant enfin une compresse stérilisée, j'essuie mes mains et je suis prêt à opérer.

Vous voyez comment je réduis cette préparation à un minimum nécessaire ; dans ma préparation, les antiseptiques ne prennent aucune part, je ne fais que de l'asepsie, le sublimé n'a aucune importance pour moi ; si j'en parle, c'est que je m'en sers quelquefois dans les services ou on l'utilise d'habitude, je n'ai contre lui aucune prévention, mais je puis m'en passer, et avec le sérum salé pour imbiber mes mains, j'ai la même sécurité et les mêmes résultats. J'en dirai autant

de l'alcool : je m'en sers souvent, mais ma peau ne me permet pas d'en abuser, et vous me verrez le plus souvent opérer avec des mains sortant de l'eau et seulement essuyées.

Mais si je me permets de proscrire tout antiseptique, c'est que je suis pénétré de cette deuxième proposition : *la désinfection des mains est d'autant plus facile à réaliser qu'elles sont plus propres* : pour avoir les mains propres, il ne faut pas les salir : et pour ma part, je m'attache à tous les instants de ma vie hospitalière à ne pas contaminer mes mains.

Pour cela, que faut-il faire, et comment concilier les exigences de l'asepsie avec les nécessités d'un service, avec l'obligation où nous sommes de donner nos soins aux malades infectés en même temps qu'aux malades aseptiques ?

Je me verrais dans l'impossibilité de concilier ces exigences si je n'avais pas des *gants* à ma disposition. Les gants ont pour moi une importance chirurgicale immense, je m'en sers constamment, j'en ai toujours sur moi, et je leur dois d'éviter à chaque instant des contacts septiques.

Vous savez combien ils sont critiqués par les uns et vantés par les autres. C'est qu'ils sont employés par les chirurgiens dans deux conditions très différentes et qu'il est indispensable de distinguer très nettement.

Il est des chirurgiens, qui se servent de gants pour protéger les malades contre eux ; ils partent de ce principe faux que les mains ne peuvent être stérilisées ni maintenues aseptiques, et pour empêcher le contact de leur peau suspecte avec les tissus cruentés du malade, ils prennent des gants. Ils opèrent gantés, de parti pris, même pour les opérations aseptiques. Je ne procède pas ainsi : j'ai dit comment les mains peuvent être stérilisées, je n'admets pas l'usage systématique des gants pour les opérations propres, je ne leur reconnais aucun avantage.

Il est d'autres chirurgiens, — et je suis du nombre — qui prennent des gants pour se préserver contre les malades. Ils se couvrent les mains pour les touchers septiques et le temps septique d'une opération, et ils doivent à cette précaution de ne jamais mettre leurs mains au contact du pus. C'est ainsi que je procède.

Je ne ferai jamais une opération sale sans gants, j'en prendrai pour faire toutes les ouvertures d'abcès et pour faire tout ce qu'il y aura de septique dans une opération. Vous me verrez ainsi faire avec des

gants des opérations très différentes, des laparotomies et des hystérectomies, et j'ai même la prétention de dire que je les ferai aussi bien que si j'avais les mains libres.

On a beaucoup reproché aux gants la gêne qu'ils imposaient à l'opérateur : ils entravent l'agilité des doigts, me direz-vous, ils atténuent votre dextérité et votre habileté. Une couturière ne se sert pas de gants pour coudre, parce qu'elle n'irait pas aussi vite, et ne travaillerait pas aussi bien.

C'est vrai, Messieurs, mais vous savez aussi ce que l'habitude et l'exercice peuvent faire.

Un aveugle lit avec son doigt, c'est encore plus difficile que d'opérer avec des gants, et quand on s'exerce de bonne heure à cet usage, on arrive, je l'affirme, pour moi, à une dextérité à peu près équivalente à celle qu'on aurait en pleine liberté. En ce qui me concerne, depuis dix ans je m'exerce à opérer ainsi : et actuellement je me déclare capable de faire avec des gants tout ce qui ressort de la chirurgie. Je n'ai de difficultés avec les gants que pour deux opérations ou pour deux temps opératoires, la libération du rein dans la néphrectomie, et la libération de l'utérus et la déchirure des culs-de-sac dans l'hystérectomie vaginale. Il y a là deux écueils : pour pratiquer ces manœuvres, il faut un ongle et le gant le supprime. Mais c'est un temps que pour la néphrectomie par exemple on peut faire sans gants, on se couvre plus tard : pour l'hystérectomie, si elle est franchement aseptique, je fais aux ciseaux ce que je ferais ailleurs avec le doigt et le tour est joué. Et en fait, les gants me sont d'une grande utilité, et j'en fais un usage immodéré.

Les gants dont je me sers ne sont pas des gants de fil : ceux-ci ont tous les graves inconvénients de la perméabilité et je ne comprends pas leur usage. Ils ne mettent pas le malade à l'abri d'une contamination provenant des mains du chirurgien, puisque la perméabilité de leur tissu permet la filtration microbienne. Ils ne protègent pas — et pour la même raison — le chirurgien contre la septicité de la lésion ; et pour toutes ces raisons, ils sont très défectueux.

Les seuls gants utilisables sont des gants de caoutchouc, assez longs pour protéger en même temps que la main, les doigts et une partie de l'avant-bras. Parmi ces gants, il en est qui ont des extrémités digitales plus minces, d'un tissu plus souple que le reste du gant : cette modification a pour but de rendre le contact plus intime entre le doigt et le gant et de rendre plus exacte la sensation. Mais en pratique ces gants sont très défectueux. Leur fragilité les

expose à se rompre pendant l'opération, et on perd à ce point de vue toute sécurité. La minceur du tissu les expose d'ailleurs tout de suite à la rupture, on ne peut pour ainsi dire s'en servir qu'une fois et cela devient une dépense onéreuse. Aussi bien ai-je absolument renoncé à leur usage, et je ne me sers que de gants formés d'un tissu uniforme, et d'une égale épaisseur. La résistance de leur tissu permet une adaptation exacte avec les doigts, un contact intime avec pression, sans plis, et la sensation quoique atténuée reste très précise.

Pour stériliser ces gants, on les fait bouillir : mais leur stérilisation est moins altérante quand on les place à l'autoclave dans une compresse. Au lieu de les remplir d'eau bouillie comme le font quelques-uns de mes collègues pour faciliter l'introduction de la main, j'ai l'habitude, dans le même but, de jeter à leur intérieur une pincée de poudre de talc avant de les mettre à l'autoclave. Le talc s'humidifie en se stérilisant, il fait une pâte onctueuse, qui permet facilement l'introduction de la main, et j'arrive ainsi à mettre facilement ces gants et à les enlever de même. Vous me les verrez mettre tantôt au commencement même de l'opération, et tantôt au moment seulement où je crains de rencontrer du pus, mais je ne les mets que sur des mains absolument stériles et bien lavées, de sorte que si une rupture du gant vient à se produire, il y aura inconvénient pour moi, mais aucun danger pour le malade.

Et ainsi, Messieurs, muni de gants comme mon interne, je pourrai aborder sans crainte les opérations septiques, et j'assurerai le traitement des malades infectés, sans danger pour ceux qui ne le sont pas. Grâce à ces gants, je pourrai éviter de toucher du pus, de faire un pansement sale ; et même pour le toucher vaginal, à plus forte raison pour le toucher rectal, vous me verrez toujours utiliser au moins des doigtiers de baudruche.

Voici enfin une troisième proposition, qui, moins importante que les autres, a bien pourtant sa valeur : *les mains devenues aseptiques par le lavage ne restent pas longtemps telles*. Elles s'infectent à nouveau soit par le contact de l'air, soit plus probablement par les glandes sudoripares et sébacées, qui sécrètent leurs produits et déversent à la surface de la peau les microbes dont elles sont chargées. Le fait est incontestable : au début d'une opération, les mains sont vérifiées stériles : une demi-heure après, bien que l'opération soit aseptique, bien qu'il n'y ait eu aucun contact impur, elles cultivent. Ayez donc soin pendant l'opération de vous tremper souvent les mains dans le sublimé,

le sérum ou l'eau stérilisée afin de vous débarrasser des impuretés dont elles sont chargées et d'atténuer les conséquences de cette septicité secondaire.

Réduisez aussi le nombre de vos aides : rien n'est préjudiciable au succès d'une opération comme la multiplicité des concours. Avec plusieurs mains, vous augmentez les contacts, vous aggravez les chances de contamination et vous dispersez les responsabilités. Toutes les opérations, à l'exception de deux ou trois, peuvent et doivent être faites avec un seul aide ; je vous le montrerai, et vous ne verrez jamais qu'un seul interne m'assister à la fois.

V

Le malade est opéré et pansé, il est reporté à son lit. En a-t-il fini avec l'infection ? Pas encore, et pendant quelques jours, tant que la plaie ne sera pas complètement réunie, il est exposé à être infecté.

Aussi doit-on éviter de mettre les opérés près des malades infectés ; je vous ai dit plus haut le danger des salles communes, la nécessité de l'isolement des malades avant l'opération, cette nécessité se retrouve plus impérieuse encore après, alors que la plaie à peine fermée ou encore ouverte est susceptible d'être infectée par un contact septique.

C'est pour cela d'ailleurs, c'est pour qu'elles soient plus tranquilles, plus calmes, que les malades, les grandes opérées surtout, sont isolées dans des chambres spéciales, avec un personnel qui leur est spécialement affecté.

C'est pour cela que je vous recommande de faire des pansements rares, de ne les faire que s'ils sont commandés par la température ou le drainage. Et vous, internes ou externes, qui aurez plus souvent que moi à faire ces pansements ultérieurs, tâchez d'apporter à leur exécution des soins minutieux, et, une rigoureuse propreté. Vous vous laverez les mains comme si vous aviez à opérer et vous ne toucherez jamais aux parties sales d'un pansement taché.

D'ailleurs, sachez vous servir des pinces : il y a des pinces à pansement, elles ont été inventées pour cela, et elles datent pourtant d'une époque où ces précautions avaient bien moins d'importance que maintenant. Avec ces instruments, il est facile de faire sans se salir des pansements sales : il m'arrive chaque jour en ville de faire de ces pansements septiques sans jamais me souiller les mains. Il

suffit pour cela de se servir des intermédiaires qui sont partout à votre disposition, je veux dire des gants ou des pinces.

Faites ainsi, Messieurs, observez-vous toujours comme je m'observerai moi-même, et surtout pénétrez-vous des préceptes que je viens de vous exposer. N'y voyez pas seulement les détails ou les perfectionnements d'un métier, mais élevez vers une aspiration plus haute vos espérances et vos pensées. Fixons ensemble nos regards vers cette grande figure de l'Humanité souffrante, qui est le seul objectif de notre art, et rappelons-nous que nos efforts doivent toujours avoir pour but et auront souvent pour récompense le soulagement d'une douleur et la guérison d'une maladie.

II

LA RACHICOCAÏNISATION

I. Sa technique. — II. Ses résultats. — III. Sa valeur. — IV. Ses indications.

MESSIEURS,

La rachicocaïnisation est à l'ordre du jour : quelques mois, deux ans à peine se sont écoulés depuis que M. Tuffier vulgarisa en France la méthode de Bier, et voici qu'un peu partout, dans la littérature médicale comme dans la presse politique, on s'en occupe et on s'en préoccupe. Elle a ses partisans acharnés, elle a aussi des adversaires irréductibles. C'est donc un devoir pour tous ceux qui ont acquis déjà une certaine expérience de publier de bonne heure leurs résultats et de laisser les faits parler ce langage qui doit seul former l'opinion.

Dès le mois de juillet 1900, je faisais à Saint-Louis et à Broca mes premières anesthésies médullaires : j'ai publié mes premiers résultats dans la *Presse médicale* du 27 octobre 1900¹. Depuis, le nombre de mes opérations s'est augmenté ; lors de la discussion qui s'est élevée à la Société de Chirurgie, je pouvais me baser sur 150 rachicocaïnisations pour défendre avec conviction une méthode qui ne m'avait donné aucun accident sérieux. Mais, depuis lors, il est vrai, j'ai observé deux cas de mort immédiate que j'ai également communiqués à la même Société, le 6 novembre dernier.

Je réunis aujourd'hui tous ces faits épars dans la littérature, et je vous apporte le résultat de 200 opérations ; ce n'est pas beaucoup, mais c'est pourtant quelque chose, et nous sommes déjà en mesure de dégager de ces documents une impression générale.

1. Legueu et Kendirdjy. *Presse médicale*, n° 89, 27 octobre 1900.