

lutives, des purgatifs, un régime sévère, quelques révulsifs, le tout continué pendant trois mois, six mois, un an, et davantage, on voit quelques fistules lacrymales guérir. Mais outre qu'on échoue souvent, qui ne voit que la santé générale souffre mille fois plus d'un pareil traitement que de la plupart des opérations généralement usitées maintenant? Qui oserait mettre en parallèle une légère incision qui suffit ordinairement avec l'ensemble de tous ces moyens. Là n'est donc point le véritable progrès.

La hernie étranglée est une maladie mortelle en elle-même : le taxis et l'opération en sont les remèdes avoués. Des chirurgiens, oubliant le point capital, voulaient ériger en principe, que le taxis prolongé suffit à peu près toujours, et ils regardaient leur découverte comme une conquête précieuse. Or l'opération de la hernie, dans les conditions où le taxis peut réussir, est à peine dangereuse; elle n'est redoutable que par suite de lésions préexistantes, soit des viscères, soit du péritoine, et alors, le taxis serait infiniment plus dangereux encore que le débridement; en sorte que, tout bien considéré, ce prétendu perfectionnement se réduirait à une innovation meurtrière, si l'expérience de plusieurs siècles ne l'avait pas depuis longtemps condamné à l'oubli.

Le sein, chez les femmes, est très souvent affecté de tumeurs ordinairement rebelles aux moyens pharmaceutiques, et dont l'instrument tranchant est le plus pressant remède. Sans cesse les praticiens s'épuisent à la recherche d'un traitement plus doux. Au fond, c'est un désir très légitime; mais que de distance entre le désir et le fait! Avant de juger il faut tenir compte de tout. La médication affaiblissante, tentée avec quelque suite, il y a vingt ans, sembla réussir dans quelque cas. Depuis on lui a substitué la compression. Chacun sait aujourd'hui qu'on ne guérit point ainsi les tumeurs réellement cancéreuses. Ne voulant pas s'avouer leurs mécomptes, les partisans de ces

méthodes, revenant sur eux-mêmes, se bornent maintenant à soutenir que, si elles ne suffisent pas, elles ont au moins l'avantage de rendre le succès de l'opération plus certain. Autant d'erreurs que d'assertions! La saignée, les sangsues, le régime, certains topiques, une compression bien faite, dissipent les engorgements purement sub-inflammatoires, non circonscrits et dépourvus de tissus nouveaux. Hors de là c'est une méthode pernicieuse. Supposons d'ailleurs que cette méthode suffise quelquefois; ce sera tout au plus, il faut en convenir, dans les cas simples. Eh bien! l'opération en pareille circonstance, est prompte, facile, sans danger. La compression, les sangsues, le régime, ont besoin au contraire d'être continués pendant six mois, un an et davantage. Ajoutez qu'ils échouent le plus souvent, et dites ensuite si la somme des inconvénients n'est pas en réalité de leur côté. Notez que je parle ici des tumeurs de nature bénigne. C'est pour vous faire pressentir que pour les autres on doit encore moins hésiter. Personne n'a plus vanté, n'a plus employé peut-être la compression que moi, dans les maladies chirurgicales: ce n'est donc pas par prévention contre elle que je cherche à en restreindre quelquefois l'usage.

Au total, vouloir dissiper une masse encéphaloïde, un véritable squirrhe, sans détruire les tissus, est aujourd'hui une véritable folie, et dire que la compression préserve mieux de la récidive que l'opération, est une hérésie qui ne mériterait pas d'être relevée, si elle n'avait été commise par des praticiens d'ailleurs estimables. Tout ce que la compression peut faire, c'est de dissiper l'engorgement accessoire s'il en existe. Mais en attendant, le mal se généralise et s'implante par germe dans les viscères, la santé générale se détériore, et lorsqu'on en vient à l'opération, il n'est plus temps. De deux choses l'une; ou cet engorgement qu'on tient tant à combattre d'abord est simple, et alors il est inutile d'en tenir compte; ou bien il est de mau-

vaise nature, et dans ce cas, vous auriez tort de l'affaisser au lieu de l'enlever avec la tumeur.

Si en face de semblables ressources le bistouri conserve encore sa prééminence, vous serez au moins forcés, dit-on, d'avouer qu'on peut utilement lui substituer les caustiques. Ce serait une nouvelle erreur. Le caustique a plus d'efficacité que les méthodes précédentes sans doute. Comme l'opération, il détruit, il enlève le mal sans en refouler les éléments à l'intérieur : mais qui ne sent à l'instant son infériorité quand on le compare à l'instrument tranchant. Les douleurs qu'il cause dure des heures, des journées entières. Pour mortifier la tumeur, il doit escarrifier la peau. Son action inégale en fait une arme des plus infidèles. Le couteau enlève ou ménage tout ce que l'on veut : avec lui en deux minutes tout est fait ; il produit une plaie qu'on peut fermer sur le champ. On sait de suite à quoi s'en tenir sur l'anéantissement des tissus malades. Je suis presque honteux, Messieurs, de revenir là-dessus. Car que sont les caustiques en dernière analyse, sinon des agents destructeurs comme le couteau ? Vouloir les substituer au bistouri, quand l'alternative est permise, n'est-ce pas au fond mettre un instrument, grossier, aveugle, à la place de l'instrument le mieux acéré, le plus intelligent qui ait été inventé jusqu'ici ? Disons-le donc sans crainte, proposer les caustiques à la place de l'instrument, c'est reculer de vingt siècles, c'est briser l'épée pour un couteau de bois ! Il n'en résulte pas néanmoins qu'il ne faille jamais traiter les tumeurs du sein par les moyens affaiblissants, la compression ou les caustiques. Il est au contraire des cas où la médication indirecte est presque exclusivement nécessaire ; d'autres où les sangsues, les pommades, le bandage compressif, conviennent mieux ; quelques uns ou les escarrouques doivent être préférés ; mais je parle ici de la règle et non des exceptions.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer, ont uniquement pour but d'appeler votre attention, quand il s'agira

de thérapeutique, dans un cercle plus large que celui où on la tient généralement renfermée. Je voudrais vous convaincre par là d'une vérité qui peut avoir sur vos études, sur tout votre avenir médical, une influence extrême.

Les questions de thérapeutique sont toutes des questions complexes. Soyez-en bien persuadés, celui qui les remue sans en embrasser les éléments divers, les embrouille souvent, mais ne les éclaircit jamais. Partant de ce principe, vous n'imiterez point ceux en trop grand nombre, qui s'imaginent faire marcher la science, parce qu'ils ont inventé ou retrouvé quelque méthode. Vous sentirez que toujours et avant tout, il faut se demander en médecine, non pas s'il est possible, mais bien s'il est convenable de guérir certaines maladies chirurgicales sans opération. Appuyés sur cette base, vous ne prendrez pas un parti, vous ne déciderez pas les questions par cela seul que vous aurez été témoins de quelques succès inattendus ; vous étudierez d'abord les faits, et vous tâcherez de savoir si le diagnostic a été bien établi ; vous comparerez ensuite le traitement nouveau avec l'ancien, vous prendrez la somme du bon et du mauvais des deux côtés, et vous ne vous laisserez pas éblouir par le début des traitements doux ; il faudra en examiner toutes les phases et tout peser : la durée, la difficulté, la certitude de l'un et de l'autre, leurs suites (car c'est pour l'avenir surtout qu'on veut être guéri) seront mises dans la balance. En procédant avec cette logique, vous serez moins prompts à vous enthousiasmer ; mais vos jugements auront plus de valeur, et vos opinions seront moins souvent obligées de changer.

Il vous sera facile de comprendre maintenant que les opérations forment en réalité la thérapeutique la plus directe et la plus sûre, comme la plus expéditive de toutes ; vous saurez par la même raison que, s'il est louable de chercher à s'en dispenser, ce doit être à la condition de guérir aussi sûrement et avec moins de ris-

ques, si ce n'est aussi rapidement. Vous devinerez en outre que rien n'est absolu dans nos remèdes, que le bistouri, qui devrait être mille fois préféré dans tel lieu par exemple, sera formellement rejeté dans telle autre région par un chirurgien prudent; que chez certains malades on est trop heureux de pouvoir substituer quelque autre moyen à l'opération, tant ils abhorrent jusqu'au nom de l'instrument; que dans quelques circonstances, la guérison est si facile, si assurée de toute façon, qu'il est permis de suivre presque indifféremment, tantôt telle méthode, tantôt telle autre; vous admettrez enfin que tous les moyens qui guérissent véritablement doivent être conservés, et que le tout est de les appliquer à leur place à temps et convenablement. Vous vous ferez dès lors une idée de ce qu'est la thérapeutique, des études et des conditions intellectuelles qu'elle nécessite; vous en suivrez longtemps et attentivement les effets au lit des malades; vous ne vous hâterez ni d'adopter ni de rejeter, soit les essais dont je vous rendrai témoin dans cet hôpital, soit les résultats que je vous communiquerai dans cet amphithéâtre.

Avant de pratiquer une opération chirurgicale, vous n'oublierez pas, Messieurs, les devoirs qu'elle impose, les connaissances qu'elle exige. Il faut d'abord se mettre en état de la bien faire. On s'occupe ensuite des précautions qu'elle réclame, des soins qu'elle nécessite, du bien et du mal qui peuvent en résulter pour le malade.

Par des exercices sur le cadavre, il est possible de simuler l'amputation des membres, la ligature des artères, toutes les opérations qui portent sur des tissus sains; mais rien de semblable ne peut avoir lieu pour les sarcômes du visage, l'amputation de la mâchoire supérieure, l'extirpation de la parotide, celle du corps thyroïde, des kystes de l'intérieur du ventre, etc., etc.; aucun de vous ne doit ignorer que les idées qu'on puise dans les amphithéâtres relativement à la ligature des polypes, à l'excision du col utérin, à

l'opération des fistules du périnée ou de l'anus, à l'opération de la hernie étranglée, sont d'un très faible secours quand il s'agit de porter l'instrument sur l'homme malade. Aussi, a-t-on vu tel chirurgien, qui croyait bouleverser toute la médecine opératoire, après avoir imaginé de nombreux procédés, en faisant manœuvrer les élèves sur les sujets de dissection, être obligé d'oublier ses prétendues réformes ou de n'en plus parler, une fois arrivé à la tête d'un service d'hôpital. Le dirai-je, Messieurs, je n'ai point été moi-même exempt de ce travers d'esprit. Dans les pavillons de l'école pratique, je me suis donné, comme tant d'autres, le mérite facile d'inventer de nouveaux procédés, et je me serais volontiers fâché contre ceux qui m'en faisaient un reproche. Une fois à l'œuvre, dans les hôpitaux, j'ai changé de ton; là, j'ai bientôt reconnu que la plupart de mes découvertes d'amphithéâtre s'étaient souvent réduites pour moi non à *faire mieux*, mais au stérile plaisir de *faire autrement* que les autres.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille négliger ce genre d'exercice? Vous auriez tort de le croire. Nul ne peut être chirurgien habile à moins de s'être longtemps occupé de telles épreuves; elles donnent de l'aplomb, de la sûreté, une aptitude manuelle que les notions anatomiques les plus précises ne remplacent point; je veux dire seulement que ce n'est pas tout, même pour les opérations réglées.

Si l'œil est plus flasque, moins transparent sur le cadavre, rien ne donne alors l'idée, quand on simule l'opération de la cataracte, de la tendance du corps vitré à s'échapper, des paupières à se contracter, des larmes qui s'écoulent sans cesse pendant la vie. Lorsqu'on ampute un membre, les tissus plus fermes, mieux tendus, sont plus faciles à trancher, il est vrai, avant qu'après la mort; mais, dans ce dernier cas, on n'a point de rétraction à craindre, point de sang qui gêne ou inquiète, point à voir si certaine hémorrhagie ne se fait pas plutôt par un

vaisseau que par l'autre. Pour peu qu'une artère soit profonde, on ne la découvre point sans diviser quelques ramusculaires vasculaires dont le fluide masque assez les parties pour en rendre la distinction plus ou moins embarrassante; tandis que sur le cadavre rien d'analogue ne se rencontre. Le battement des vaisseaux qui, au premier coup d'œil, semble offrir une compensation, est si peu manifeste pendant la vie, si vague au fond de la plupart des plaies, qu'on ne peut réellement en tirer qu'un assez faible avantage. Dans la trachéotomie, l'œsophagotomie, est-il possible de simuler la moindre partie des embarras qui naissent des plexus veineux et des nombreuses artères du cou? On n'opère point de la fistule lacrymale sans que l'angle oculaire ne soit empâté, ulcéré, plus ou moins altéré. Les mouvements du gosier, les envies de vomir, les mucosités et le sang, l'état d'angoisse où tombe à chaque moment le malade qu'on opère d'une hypertrophie des amygdales, d'une bifurcation du voile du palais, ne se retrouvent point sur le cadavre. La carie, la nécrose, qui rendent la résection d'une jointure indispensable, altèrent constamment et d'une manière profonde les parties molles environnantes; d'où il suit qu'aucune comparaison n'est possible entre ce qu'on est forcé de faire alors et les essais auxquels on a pu se livrer à la salle des morts. Ici pourtant on sait quel est le nombre et la situation des lames ou des organes à diviser, où est la partie qu'on veut enlever ou perforer; mais qu'une tumeur d'un certain volume vienne à se développer au périnée, je suppose, de quel secours les manœuvres cadavériques seront-elles au chirurgien pour l'extirper? Et ne voyez-vous pas, Messieurs, que ceci s'applique à l'aisselle, au cou, à l'aîne, à l'abdomen, à tous les autres points du corps enfin aussi bien qu'au périnée? Sans le répudier, il ne faut donc pas trop accorder à ce genre d'étude préparatoire.

Les vivisections qui, sous ce point de vue, ont infiniment

plus de valeur que les manœuvres cadavériques, n'en ont pas d'un autre côté tous les avantages. Les formes étant rarement semblables, on n'obtiendrait à leur aide que des résultats fautifs si on voulait conclure rigoureusement des animaux à l'homme. Il importe ensuite, pour étudier une opération à tête reposée, avec tout le soin nécessaire, de la pratiquer sur un cadavre et non sur un être encore doué de la vie.

Au demeurant, si pour pratiquer convenablement les opérations, le chirurgien a besoin de connaître et l'anatomie proprement dite et l'anatomie chirurgicale, soit générale, soit topographique, de se livrer à des exercices sur le cadavre et sur les animaux, il faut donc qu'il ait en outre des notions exactes sur l'anatomie pathologique et une grande habitude d'agir sur l'homme lui-même.

Avant de pratiquer une opération, il faut en saisir les indications. C'est alors que les connaissances médicales les plus précises deviennent surtout indispensables. Après avoir établi que la guérison est plus difficile, ou même impossible de toute autre manière, il faut encore être sur que le malade court moins de dangers en s'y soumettant qu'en restant sous le coup de l'affection qui la nécessite. On prête sous ce rapport à Dupuytren un axiome que je ne puis admettre : « On ne doit, aurait dit ce grand praticien, recourir aux opérations que : 1° Quand elles sont le seul moyen indiqué; 2° quand on a vainement essayé tous les autres remèdes; 3° quand elles forment une dernière ressource; 4° quand on est sûr de pouvoir les terminer; 5° quand il doit en résulter une guérison complète et durable.

Pour moi je soutiens qu'elles sont préférables quand, comparées aux autres ressources de la thérapeutique et aux inconvénients actuels de la maladie, elles offrent et plus d'avantages et moins de dangers.

On opère et avec raison une foule de tumeurs qu'il serait à la rigueur possible de guérir à l'aide des caustiques

ou de certaines pommades. Il est inutile d'essayer tous les autres remèdes avant d'opérer l'hydrocèle, les cancers, la cataracte. Dans le phymosis, le bec de lièvre, les abcès, l'opération doit être la première bien plutôt que la dernière ressource. On va à la recherche d'un étranglement, d'un corps étranger, d'une artère, sans être sûr de réussir, de compléter l'opération. La ponction de l'abdomen, de la vessie, du thorax, l'arrachement des polypes du nez, sont pratiqués chaque jour, bien qu'il n'en résulte en général qu'un soulagement d'une durée variable. S'il est cruel de soumettre à l'action du fer ceux qu'on peut traiter d'une manière plus douce, il serait encore moins conforme aux intérêts bien entendus de l'humanité de compromettre la santé future du sujet, sous le vain prétexte de le soustraire d'abord à quelques douleurs. La plus légère piqûre est une porte ouverte à la mort, il est vrai, mais cet axiome, qui s'applique aux morsures de sangsues, à la saignée, aux cautères, aux sétons, comme aux grandes opérations, n'empêche point et n'empêchera jamais de recourir aux émissions sanguines, aux révulsifs ni aux exutoires.

N'ayant en vue que le succès de ses opérations, le chirurgien doit voir en outre si la saison ou les temps lui sont favorables. Si, tout étant égal d'ailleurs, le printemps et l'automne conviennent mieux sous ce rapport que l'hiver et le cœur de l'été, ce n'est pas seulement à cause de leur température plus douce, mais bien aussi parce que l'organisme est alors dans de meilleures conditions pour résister aux réactions morbifiques générales. Il est permis d'après cela de ne pratiquer la taille, la lithotritie, l'ablation de larges tumeurs et toutes les opérations qui ébranlent fortement les fonctions, que dans les saisons tempérées. Le tout est de ne pas accorder trop d'importance à cette précaution, de savoir qu'il n'y a pas d'époque capable de rendre absolument impossible la réussite d'une opération quelle qu'elle soit, et que la question des saisons en pareille

matière, ne peut être en définitive qu'une affaire de mieux ou de moins bien. J'opère ici la cataracte, la pierre de la vessie, les tumeurs du sein, l'hiver et l'été presque indifféremment, et je n'ai pas vu que les succès ou les succès dépendissent d'une saison plutôt que d'une autre.

Nul doute que l'existence d'une épidémie soit un motif puissant de temporisation, et qu'il ne faille avoir égard aux constitutions morbifiques du moment; mais il est clair aussi que les opérations d'urgence ne peuvent point être arrêtées par une considération semblable. Une hernie étranglée, une blessure d'artère, une plaie des intestins, le croup, un corps étranger dans l'œsophage, ne la comporteraient point.

Pelletan et Dupuytren étaient dans l'habitude de garder les malades quelque temps à l'hôpital avant de les opérer, afin, disaient-ils, de les acclimater. D'autres praticiens, Pouteau, M. Viricel dans les hôpitaux de Lyon, M. Champion à l'hôpital de Bar-le-Duc, ne se comportent ainsi que s'il ne leur a pas été possible d'opérer d'abord. Les règles sont difficiles à poser ici; l'atmosphère, le régime, l'exercice, vont constituer une vie toute nouvelle pour la plupart des gens qui vous serviront de sujets d'étude, et on ne peut disconvenir que pour les personnes de la campagne surtout, cette brusque transition soit une cause redoutable de maladie. Un homme affecté d'anus contre nature arrive d'une province éloignée, et veut être opéré immédiatement; je résiste, le troisième jour il est pris d'un érysipèle gangréneux et meurt le cinquième. L'opération de la fistule lacrymale que me demandait un maçon de la campagne fut reculée de quelques jours. Une péritonite survint et tua le malade en quarante-huit heures. Un autre paysan me pria de lui extirper sur le champ un œil cancéreux, afin de retourner au plus vite à ses travaux; il devint la proie d'un érysipèle de mauvaise nature qui le fit périr en peu de jours! L'heure était arrêtée pour l'enlèvement d'un polype

de l'utérus chez une paysanne d'ailleurs bien portante. Tous les symptômes d'une violente péritonite se montrèrent le matin même, et la mort eut lieu le troisième jour. Un fait semblable s'est offert à M. Vidal dans le mois de septembre 1838, lorsqu'il était chargé par interim du service de cet hôpital. Une femme hydropique désirait que je tentasse chez elle une injection irritante; j'y étais presque décidé un matin, au moment de la visite; quand je retournai la voir après la leçon, elle était en proie à une péritonite intense! L'opération n'aurait point empêché, vous le devinez sans peine, de tels accidents de survenir, et chacun de vous comprendra que si, cédant aux instances des malades, je l'eusse pratiquée, elle eût assumé sur elle la responsabilité des malheurs qui lui sont arrivés.

Il est certain d'un autre côté, qu'en les opérant de suite, on débarrasse les malades d'une cause d'ennui, de tourments, de souffrances morales, qui a bien aussi ses dangers. A ce sujet donc rien d'absolu encore. Pour les opérations légères ou d'une gravité médiocre, de la cataracte, de la fistule lacrymale, du bec de lièvre, la staphyloraphie, l'excision des tonsilles, par exemple, et pour celles dont le but est de remédier à de vives douleurs, à quelques maladies graves, la temporisation me paraît inutile. Pour les grandes amputations, les extirpations des tumeurs volumineuses, la taille, les opérations d'anévrysme, si la vie n'est pas actuellement compromise, il est au contraire prudent, je crois, d'attendre quelques jours et de ne pas se presser.

Chez les enfants on peut ne pas opérer de prime abord la tumeur lacrymale, les tumeurs érectiles, l'hydrocèle, les tonsilles hypertrophiées, parce que le développement du sujet suffit assez souvent pour faire disparaître ces maladies. On recule aussi quelquefois devant l'opération de l'hydrocèle, de la cataracte, de la pupille artificielle chez les vieillards, par la raison que ces opérations offrent alors

moins de chances de succès, et qu'au déclin de la vie, elles perdent une grande partie de leurs avantages.

Sous le point de vue moral, il importe d'abord d'inspirer aux malades une confiance illimitée; et chacun sait que la confiance s'acquiert de mille manières différentes. Il faut persuader à la personne souffrante que l'opération est ce qu'on peut opposer de mieux à ses maux, et la désabuser, si elle s'en exagère les dangers. Le chirurgien doit tout faire, sans sortir néanmoins des bornes de la vérité, pour que le malade désire, réclame lui-même l'opération et en voie arriver l'instant sinon avec plaisir, du moins avec résignation.

On a sous ce rapport deux sortes de gens à rassurer; les uns, d'une pusillanimité extrême, s'effraient tellement à l'idée du moindre coup de bistouri, que c'est un devoir de les tromper sur la durée et l'acuité des douleurs qu'ils vont éprouver, ainsi que sur les dangers auxquels on va les exposer. Les autres, et vous en verrez plusieurs de cette espèce dans les hôpitaux, s'imaginant qu'on va les opérer, bon gré mal gré, ne parlent au chirurgien que d'un air inquiet, et restent dans des transes continuelles, jusqu'à ce qu'on ait détruit chez eux cette erreur.

A ce sujet on s'est demandé s'il était bon de prévenir les malades du jour et de l'heure de l'opération. Là encore on peut répondre *oui* et *non*. Règle générale: les opérations à jour et à heure fixés qu'on adoptait autrefois dans les établissements publics, et que Pouteau compare à des espèces d'autodafé, sont mauvaises. Aussi ai-je eu soin d'éteindre complètement cette habitude à la Charité où il en restait encore quelques traces lorsque j'en pris le service; mais cela ne veut pas dire qu'il faille cacher à tous les malades ce qu'on veut leur faire jusqu'au dernier moment.

Aujourd'hui on ne porterait plus à la salle d'opération, comme cela se faisait, dit-on, quelquefois à l'hospice de Lyon, un homme bien portant pour le tailler à la place