FARABEUF.

MANUEL

OPÉRATOIRE

RD37
F37
1889

J. y T. U. G.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

PRÉCIS

DE

MANUEL OPÉRATOIRE

PAR

L.-H. FARABEUF

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOUVELLE ÉDITION

COMPLÈTEMENT REVUE ET AUGMENTÉE DE FIGURES NOUVELLES

I. Ligatures des Artères. — II. Amputations
III. Résections. — Appendice.

(862 figures)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

DR. JOSE IGLESIAS

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

RD37
F37
1889

Droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

DÉDICACE PERPÉTUÉE

DEPUIS LE 1er JANVIER 1889

A mes **maîtres** de Paris et à mes **élèves**,
particulièrement à ceux qui m'ont cordialement aidé
dans l'**organisation** et la **gestion**
de l'ancienne **École pratique**, anatomique, opératoire et obstétricale,
je dédie la grosse partie de cet ouvrage
LES AMPUTATIONS.

Deux hommes, sans le savoir, et de fort loin,
ont été pour moi, par leur enseignement écrit, des guides suivis et aimés.

A la mémoire de **Marcellin Duval**, de Brest,
j'offre
LES LIGATURES D'ARTÈRES

A celle de **Léopold Ollier**, de Lyon,
LES RÉSECTIONS.

L.-H. FARABEUF.

PRÉFACE

Depuis 1872, époque où tout jeune j'osai écrire les premières lignes de ce travail, le domaine de la chirurgie s'est considérablement agrandi. Sous l'influence du génie de Pasteur et de l'initiative de Lister, de vastes champs jusqu'alors incultivables ont donné, entre des mains purifiées et purificatrices, des résultats qui stupéfieraient les grands chirurgiens, mes premiers maîtres, pourtant si audacieux et si habiles... s'ils pouvaient rouvrir les yeux.

Pour être des opérateurs rapides et sûrs, nos pères et surtout nos grands-pères de la première moitié du XIXe siècle, avant l'éther et le chloroforme, avaient besoin d'une habileté prestigieuse. Ils l'acquéraient à force de manier le scalpel, la pince et les ciseaux, l'aiguille, le couteau, la gouge et la scie, *sur le cadavre*. Ils voulaient avoir, suivant le vœu de Celse : « la main ferme, prompte, jamais tremblante; la gauche non moins habile que la droite; la vue nette et perçante... » Et l'on voyait les plus expérimentés revenir souvent aux exercices de l'École pratique avant d'entreprendre une opération.

Cependant, si bien opérés qu'ils aient été, leurs malades mouraient.

Quel triste spectacle offraient les salles de chirurgie au début de mes études !

Nous n'avions pas d'antiseptiques; et notre propreté relative était bien loin de l'asepsie. Nous ne mettions pas de gants pour explorer les plaies les plus infectes. Nous nous lavions, mais c'était pour nous-mêmes, *après* avoir touché le malade. Nous ne savions pas que nos doigts, nos instruments, nos objets de pansement étaient des flèches empoisonnées que nous introduisions dans la chair des patients. Nous portions inconsciemment le mal d'un blessé à l'autre; nous en étions le véhicule. Les mystiques d'entre nous accusaient le terrain constitutionnel, le milieu ambiant, le génie épidémique, autant dire les Esprits, comme font les ignorants, sauvages ou civilisés.

Aujourd'hui encore, il m'arrive quelquefois d'avoir le cauchemar des vieilles salles d'hôpital, de humer l'air écœurant et épais qui sautait au visage en y entrant, de revoir les grandes bassines de cataplasme fumant, de toucher les compresses graillonneuses, les linges troués enduits de cérat poussiéreux, les attelles crépies de diachylon, de sang et de pus desséchés, de remettre ma redingote d'hôpital... — car nous quittions nos habits propres pour nous approcher des malades, pour les opérer et les panser.

Les panser! Tout suppurait : nos instruments explorateurs, débrideurs et laveurs, nos doigts même, à peine sortis de foyers infects, s'en allaient innocemment contaminer les surfaces cruentées récentes et vierges. Que j'en ai lavé avec de l'eau tiède, septique sans que je le susse, simple ou additionnée de quelque agent chimique insuffisant, de ces moignons, de ces foyers ossifluents, de ces vastes décollements de fractures compliquées ou de phlegmons diffusés, sources inépuisables de purulence, pendant des semaines et des mois, quand par hasard le malade s'obstinait à faire attendre la mort!

Pourquoi nos maîtres avaient-ils oublié l'eau de pluie bouillie, le vin chaud, les aromates, etc., que les anciens Grecs employaient comme aposeptiques?

Les jeunes gens sont bien heureux, ils n'ont pas vu ces jours qui maintenant seraient affreux, mais que pourtant nous vécûmes dans une ignorante sérénité.

Tout aujourd'hui pouvant se faire, tout doit réussir au double point de vue vital et fonctionnel, si le chirurgien est *propre* et *habile*.

Si l'on vous dit encore qu'il importe peu de bien opérer, pourvu que le malade guérisse, n'en croyez plus rien. Ne vous exposez pas à tout mal faire en ne vous préparant à rien. Lisez ce qu'écrivait Th. Kocher de Berne dès 1894 (Chirurgischen Operations Lehre) : « *Wenn man sieht, wie schwere Folgen für die Function haüfig von unkundiger und ungeübter Hand ausgeführte Incisionen haben, so scheint es nicht überflüssig, für jede Stelle am Körper bestimmte Regeln aufzustellen. Denn dass die Chirurgie viel mehr als früher, nämlich seit die Antisepsis einen guten Theil technischer Fehler zudeckt, Gemeingut der Aerzte geworden ist, ist bekannt. Es kann aber auch eine Zeit kommen, wo über technische Fehler schärfer geurtheilt wird, als jetzt.* »

Oui, la sécurité donnée par l'antisepsie garante de la survie, a longtemps fait pardonner les fautes opératoires, même celles qui compromettent le résultat fonctionnel. Aujourd'hui, l'on est plus sévère. — Qui sait si bientôt la justice..... ?

Peut-on être suffisant d'emblée pour les opérations, même les plus faciles et les plus irrégulières, celles que l'on ne peut répéter sur le cadavre, qui semblent devoir être improvisées nécessairement pas à pas, au cours de leur exécution, si l'on n'a pas consacré de longues et nombreuses séances à se faire l'œil et la main sur les morts, en y fouillant les régions vasculaires, taillant des lambeaux convenables, élégants et nourris, parcourant vivement des interlignes, sciant, cisaillant, burinant et ruginant des os, suturant correctement des intestins et des téguments, etc., etc.?

On ne devient pas un grand chirurgien, on ne devient pas un petit et modeste chirurgien *honnête*, si l'on n'a pas fait de nombreuses dissections. On ne peut pas être un *homme* en quelque spécialité opératoire que ce soit, si l'on manque de coup d'œil et d'habileté manuelle. Croyez-moi, car des centaines d'élèves distingués, des milliers d'élèves ordinaires, me sont passés par les mains : ceux qui étaient naturellement adroits le sont devenus bien davantage par les exercices cadavériques les plus inutiles en apparence ; les autres ont toujours vu s'atténuer notablement leur maladresse initiale.

Si les futurs chirurgiens abandonnent l'étude théorique et surtout pratique de l'anatomie, substratum de leur métier ; s'ils négligent de répéter à satiété sur le mort toutes les opérations exécutables, même celles qui ne se pratiquent que très rarement ou jamais sur le vif, ils n'atteindront jamais leur maximum de capacité réalisable, accessible, en n'importe quelle spécialité, quelle que soit leur habileté innée.

Il n'en sera autrement que pour les audacieux bandits qui oseront se faire l'œil et la main aux risques et périls des opérés vivants de leurs premières années d'exercice.

J'ai entendu dire quelquefois : « La main tremble à qui connaît le danger. — L'ignorance est mère du sang-froid. — L'opérateur instruit, exercé et habile se trouve toujours des imperfections, n'est jamais tout à fait content de lui, tandis que l'inepte maladroit est béat et satisfait — donc... » Ce sont des blasphèmes.

Pauvres opérés! Pourquoi leur couper ou s'exposer à leur couper, au moins inutilement, tel nerf ou tel vaisseau qu'on ne sait éviter qu'après avoir appris à le trouver à sa place habituelle? Pourquoi ne pas avoir voulu s'exercer à tailler des moignons utilisables et beaux, à réaliser des cicatrices solides et esthétiques? Telle résection mal exécutée retient le malade inactif pendant six mois au lieu de six semaines. Il n'est pas utile qu'un gynécologue prenne un bout d'intestin pour une trompe dilatée; ni qu'un accoucheur aille chercher la symphyse dans le trou obturé, ni que... j'en pourrais dire bien d'autres de ces choses vraies invraisemblables.

Apprendre d'abord l'anatomie, le plus possible avec les yeux et les doigts, sur les cadavres. Se passionner pour le jeu du scalpel, des ciseaux, de la pince, *dans toutes les attitudes*. Disséquer vivement, sans laisser trace de graisse, sans entamer le moindre organe : une belle dissection est un présage de bon opérateur. Compléter cette éducation anatomique

nécessairement insuffisante et un peu étriquée, par des exercices opératoires plus larges, assez nombreux et assez renouvelés : d'abord pour fixer définitivement dans la mémoire de la vue et du toucher, la forme, la couleur, la consistance et surtout les rapports des organes; enfin pour familiariser la main avec tous les instruments robustes ou délicats, grands ou petits, qu'exigent la diérèse, l'exérèse et la synthèse.

Et finalement, imiter autant que possible les élèves vétérinaires qui opèrent sur le vif, recourir aux animaux vivants anesthésiés, surtout pour la chirurgie viscérale.

Voilà les conseils traditionnels que je redonne aux jeunes du XXe siècle après les avoir donnés depuis trente ans à leurs aînés qui se sont bien trouvés de les avoir écoutés.

Les bons généraux n'attendent pas la guerre pour apprendre à manœuvrer les troupes. Avant de jouer des sonates et d'atteindre à la virtuosité, le pianiste consacre des années à faire des gammes, à plaquer des accords. Pour aller avec chances sur le pré, il faut avoir fréquenté la salle d'armes.

Ce sont des exercices préalables analogues que je jure être indispensables à tous ceux qui aspirent à pratiquer, si peu que ce soit, la chirurgie avec probité.

C'est pour les guider dans ces exercices que ce livre a été conçu, lentement réalisé, imprimé, maintes fois réimprimé, et c'est pour cela que je le réimprime encore avec quelques modifications, additions ou suppressions.

Lorsque je résolus d'écrire sur le *Manuel opératoire*, je crus devoir bien préciser mon but et arrêter la forme que je donnerais à mon ouvrage.

Mon but fut de combler les lacunes qui rendent les meilleurs Traités complets de Chirurgie générale ou de Technique, insuffisants pour les futurs praticiens qui hantent l'Amphithéâtre afin d'y acquérir, en même temps que la *connaissance* des opérations que les morts nous permettent de simuler convenablement, cette *habileté manuelle* qui est la moitié du chirurgien ; habileté qui peut seule lui permettre ultérieurement d'exécuter honorablement et d'emblée, sur le vivant, telle ou telle de ces opérations très spéciales ou très urgentes au sujet desquelles le cadavre ne peut nous permettre que de très imparfaits simulacres (étranglements, phlegmons, plaies, cancers, malformations, affections viscérales, etc.)

Je ne songeai nullement à remplacer un livre quelconque : on le verra sans peine aux soins que j'ai pris pour restreindre ma tâche et ne pas sortir des limites de ma compétence. Pourtant, dès le commencement de mon organisation de l'École pratique, alors que nul enseignement officiel démonstratif n'existait pour l'oto-laryngologie, l'ophtalmologie, l'urologie, la gynécologie, j'ébauchai moi-même et je fis faire des cours de perfectionnement aux meilleurs élèves, par des maîtres bénévoles spécialisés. Krishaber vint pour le rhino-larynx, Reliquet pour les voies urinaires,

d'autres et bientôt mon cher Panas pour les yeux, enfin après l'initiative de Bar, tous les accoucheurs à l'envi, pour les manœuvres obstétricales. Celles-ci furent la cause de mes travaux d'obstétrique expérimentale[1].

La plupart de ces cours démonstratifs, complément de mon enseignement de médecine opératoire ordinaire, trop tôt interrompus et contre mon gré, ont été repris il y a quelques années et fort heureusement développés par Hartmann. Ils ont abouti à la publication *des prosecteurs* qui, au moins pour quelques parties de leur travail, ont usé libéralement et loyalement de mon enseignement et de mes dessins. De même que Ch. Monod, ils ont honoré ainsi leur vieux patron direct ou indirect.

Et maintenant, que mon ancien élève resté mon fidèle ami Pierre Delbet, aujourd'hui maître si compétent, achève l'ouvrage de même format qu'il va faire paraître pour compléter le mien, le vœu que je répétais dans mes éditions précédentes, se trouve tout à fait comblé. En conséquence, je me considère, dès à présent, comme définitivement débarrassé de la tentation peu raisonnable qui me poignit longtemps, d'ajouter moi-même à mon premier ouvrage, ce présent livre, un puiné qui pût être un guide aussi précis, sinon pour toutes les *opérations spéciales*, au moins pour celles qu'il y a quelque profit à étudier et à répéter sur le cadavre.

Ce qu'on ne trouvera pas ici, on pourra donc l'aller chercher ailleurs dans des livres grands ou petits connus de tout le monde; et je n'ai pas à sortir aujourd'hui plus qu'hier, du programme d'*éducation opératoire* que je me suis tracé il y a trente ans. Car c'est bien, et ce sera longtemps encore, la chirurgie élémentaire et fondamentale des ligatures, des amputations, des résections, celle que nous pouvons simuler presque bien sur le cadavre, qui seule est susceptible d'être répétée un assez grand nombre de fois pour consolider à jamais les connaissances anatomiques indispensables à tous, pour donner du coup d'œil et du tour de main; oui, c'est toujours cette chirurgie du mort rendue aussi semblable que possible à celle du vivant que l'étudiant doit apprendre *d'abord*, tant pour assurer ses examens et ses concours que pour servir de base à sa pratique future et de point de départ à une spécialisation quelconque.

A l'amphithéâtre, il n'est pas besoin de longues dissertations cliniques ou historiques ; l'on y vient surtout pour apprendre à opérer et l'on y veut un guide, un fil d'Ariane continu, solide et tirant droit au but.

Ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter est bientôt compris et retenu. Mais le *comment?*

Un maître instruit, disert, adroit et bon mime, opérant sous les yeux de ses élèves est le meilleur des livres. Un tel maître cependant n'est qu'une voix qui s'éteint, qu'un acteur qui passe, qui ne peut se voir ni

1. Introduction à l'Étude clinique et à la Pratique des accouchements (avec H. Varnier); et Mémoires d'obstétrique, *passim*.

s'entendre de partout. Permanent, le livre a donc sa raison d'être, sa grande utilité, surtout s'il est écrit et figuré avec la préoccupation de rappeler autant que possible, comme un phonographe et un cinématographe, la parole et les gestes du démonstrateur idéal parlant et gesticulant à la fois, avec ordre, clarté, sûreté, élégance et rapidité. J'ai essayé d'écrire ce livre afin de montrer *comment* il faut opérer, point capital de tout enseignement professionnel manuel.

Croyant qu'il ne faut pas oublier un seul instant que l'on doit opérer le mort comme s'il était vivant, je fais prévoir les mêmes dangers, prendre les mêmes précautions, supposer aux parties intéressées par le couteau toutes leurs propriétés vitales, etc. C'est afin que l'exercice de l'amphithéâtre soit un vrai début dans la pratique de l'hôpital et de la ville.

Dans ces conditions, tout le monde convient que la plupart des opérations ici décrites ressemblent beaucoup, sur le vivant, aux mêmes opérations faites sur le mort, et qu'il y a peu d'imprévu à craindre pour un opérateur rompu aux exercices cadavériques. Mais il faut être exercé; même pour une simple ligature, il ne suffit pas d'être bon anatomiste. J'ai trouvé sans le moindre étonnement, dans *a System of Surgery* de Holmes, que sir Ph. Crampton de Dublin, un ancêtre, voulant lier l'artère iliaque interne, crut devoir, malgré sa grande habileté, répéter sept fois cette opération sur le cadavre et qu'il trouva chaque fois quelque chose à apprendre. Et notre La Bruyère, si sensé, nous assure que « les arts mécaniques les plus simples exigent un long apprentissage ».

J'ai lu tout ce que j'ai pu me procurer sur la médecine opératoire, mais parmi les innombrables procédés qui ont été publiés, j'ai fait un choix restreint, ou j'ai accepté, non sans contrôle, le choix fait d'avance par les maîtres de la chirurgie.

Il y eut dans ce livre quelques nouveautés.

On y retrouve aussi des vieilleries qui n'ont été que figurées et certains faires de nécessité décrits brièvement.

En représentant les procédés historiques, je n'ai pas voulu seulement gêner le commerce des imposteurs qui trouvent leurs découvertes dans les bibliothèques; j'ai espéré fournir ainsi comme aliment à la réflexion et à l'imagination de mon lecteur, le génie et l'expérience des autres, c'est-à-dire accumuler en lui, pour les cas irréguliers, rares, urgents, qui ne s'accommodent pas d'une immuable technique, une grande et utile puissance d'improvisation.

Dans la description des procédés de choix, j'ai été méticuleux. Quelqu'un me l'a reproché, qui était un brillant opérateur que la cinquantaine venait de défriser : il ne se souvenait plus de ses débuts. Rien n'est facile pour un apprenti.

J'ajoute : rien n'est possible pour un maître, si l'apprenti n'est doué, à défaut d'aptitude, d'un persévérant vouloir.

Je sais bien que les étudiants qui ne veulent que préparer un infime examen peuvent dire avec raison ce que m'a écrit un véridique ami : « La sobriété, le laconisme de vos descriptions, où pas un mot n'est superflu, en rend la lecture quelque peu ardue; et l'esprit sans cesse tendu se fatigue à suivre pas à pas ces théorèmes qu'il lui faut parcourir sans que rien vienne lui permettre de se reposer un instant ». Certes, je demande des dents et de l'estomac à mes lecteurs. Aurais-je mieux fait de délayer mon *Précis* en deux ou trois gros volumes et d'en faire une dilution, un aliment de convalescent? J'ai compté sur la bonne volonté de tous et travaillé surtout pour les meilleurs. Je n'ai pas craint, pour être suffisamment explicite, d'être long, fort long même, quand il le fallait, cherchant, à l'imitation d'Ambroise Paré, à faire si bien et si clair « qu'il n'y eût personne qui ne devînt par mes écrits beaucoup plus habile que moi ». Certes nul ne me fera le reproche adressé par Bichat aux auteurs de son temps, de forcer le lecteur à « parcourir péniblement dix pages de ce qui ne se fait plus pour arriver à dix lignes de ce qu'on doit faire ». Car ce qui ne se fait plus ou ce qui se fait encore et ne devrait plus se faire est ici fort écourté, tandis que ce qu'il faut faire reçoit des développements inusités.

Pour chaque procédé d'élection, je donne les raisons de mon choix. Dédaigneux de faire des élèves crédules et inconscients, cherchant des disciples d'ordre plus relevé, librement convaincus, ne désirant m'imposer à personne, je fais un appel constant aux connaissances et au jugement de ceux à qui je propose tel ou tel procédé, telle ou telle manœuvre.

Un juge libéral n'attache pas une importance excessive à la manière dont tel ou tel ayant des aptitudes manuelles différentes des siennes, s'y prend pour exécuter une opération. Que le résultat soit bon; qu'il ait été obtenu avec une prudence, une adresse et une rapidité suffisantes, c'est bien. S'il est bel et bon, c'est parfait.

Nous devons craindre la lenteur, mais blâmer la recherche dangereuse et déraisonnable de l'extrême rapidité.

Un sablier, disait Pouteau, ne doit pas être la mesure du mérite d'un opérateur. Cependant, moi qui ai réagi de toutes mes forces contre les procédés d'ostentation et de prestigiosité, aléatoires dans leur exécution, mauvais dans leurs résultats, que le chloroforme eût dû faire abandonner plus tôt, me voilà aujourd'hui presque obligé de blâmer le piétinement sur place de certains opérateurs. Toutes choses égales d'ailleurs, moins une opération dure, mieux cela vaut. Toutefois, la moindre réflexion suffit pour nous convaincre qu'il y a quelque risque et peu d'avantage à précipiter ses coups de bistouri. On y gagne à peine quelques secondes, rarement des minutes sur la durée totale d'une intervention, car ce qui prend du temps, plus ou moins il est vrai, suivant l'habileté du chirurgien

et de ses aides, ce sont les soins préparatoires et consécutifs : l'aseptisation et l'anesthésie, l'hémostase, la toilette, les sutures et le pansement. *Tuto* avant tout; *cito* et *jucunde* si vous pouvez.

Les chirurgiens ne se montrent plus aussi curieux qu'autrefois de l'effet à produire sur les spectateurs. Pour opérer le mieux possible, ils disposent tout et tous commodément. On ne les voit plus abattre un membre avec la furia, la recherche de pose et les grands gestes de leurs prédécesseurs; ils l'extirpent comme une tumeur. Mais la simplicité dans l'attitude, la brièveté du couteau employé, la volonté de faire sûr, bon et beau, n'empêchent pas d'opérer avec élégance et sans lenteur.

Est-il donc si utile de bien opérer ?

Les vrais chirurgiens, doués et expérimentés, disent oui, les autres non. Ceux-ci, eunuques ou contempteurs de ce qu'ils ignorent, ne méritent le nom de chirurgiens que parce qu'ils vivent de la chirurgie. N'écoutez pas ces corrupteurs de la jeunesse.

Si j'avais cru devoir faire subir de grands changements à cette nouvelle édition, ç'eût été proclamer bien médiocre mon œuvre primitive si lentement élaborée.

J'ai voulu que mes descriptions fussent courtes, rapides, continues et imprimées en gros caractères afin que l'élève opérateur pût les lire en se les tenant sous les yeux, sur la table même où il s'exerce. Aussi ai-je dû presque toujours les faire précéder et suivre de préliminaires quelquefois considérables et de notes, en texte plus petit pour ne pas grossir ou appesantir outre mesure ce traité déjà épais et lourd, de l'*éducation de l'œil et des mains* du chirurgien et de ses aides.

Donc, après avoir rappelé les notions anatomiques indispensables, je commande pour ainsi dire l'exercice militaire, indiquant avec soin et successivement, toutes les manœuvres qu'il faut exécuter et faire exécuter pour arriver au but; et chemin faisant, je renvoie à des notes explicatives quelquefois de grande importance, mais qui introduites dans la description proprement dite de l'opération, l'eussent allongée et par trop ralentie.

Mes figures les plus anciennes datent, je le sais. J'ai cherché en les dessinant, à leur donner le mérite de montrer autant que possible des mains en action. Quoiqu'imparfaites, pas toujours de ma faute, elles m'ont autrefois coûté cher et ne sont ni copiées ni empruntées. Aujourd'hui elles me coûteraient dix fois moins avec la photographie et les professionnels de la plume; plusieurs seraient plus belles, mais très peu sans doute pourraient être plus démonstratives des attitudes à prendre, point capital. Il y a trente ans, je n'avais pas l'économique photogravure, mais la seule et onéreuse gravure sur bois à 1 fr. 25 le centimètre carré, pour reproduire mes dessins. L'on n'opérait pas encore les bras nus, c'est pourquoi j'ai figuré mon opérateur avec des manches d'habit et son aide, pour le distinguer, avec des manches de blouse. Cette remarque faite, ce regret exprimé, j'espère qu'on voudra bien, par auto-suggestion, transposer ce que je montre au passé, et le voir tel qu'on le fait au présent.

C'est à l'hôpital que l'étudiant apprend l'asepsie et l'antisepsie en voyant faire et en faisant lui-même; c'est là qu'il acquiert des habitudes de propreté méticuleuse. Un chirurgien peut ne pas être habile, il n'a pas le droit d'être sale. S'il l'est, c'est un malhonnête homme, un criminel.

Dans une salle d'autopsie, le cadavre est dangereux.

Dans un pavillon de dissection ou d'opération où il ne doit pénétrer qu'embaumé, il ne fait pas courir plus de risques qu'un jambon dans un magasin de salaisons bien faites.

Arrivé dès la première heure à la phalange propagandiste de l'antisepsie, armé de l'acide arsénieux, du chlorure de zinc et de l'acide phénique, j'ai tâché de faire de l'École pratique un lieu salubre et j'y ai réussi. Aussi des innombrables coups de scalpel ou de couteau que j'ai reçus, donnés ou vu donner, aucun, à ma connaissance, n'a eu d'inconvénients graves.

Si vous vous coupez, faites saigner immédiatement, abondamment, à l'aide d'un lien circulaire, c'est-à-dire *lavez votre plaie de dedans en dehors, avec votre propre sang*, essuyez avec un linge propre et faites l'occlusion, de préférence avec un emplâtre adhésif aseptique insoluble dans l'eau, qui reste en place jusqu'à cicatrisation complète.

Défiez-vous du lavage à l'eau sale, du collodion qui casse, des topiques irritants, des caustiques, etc.

Il est encore des écoles de propratiques vince que les élèves, les chirurgiens, les accoucheurs des hôpitaux, ne peuvent pas fréquenter au grand préjudice de leurs études. J'ai bien étonné quelqu'un en juillet 1895, en faisant redevenir utilisable, quelques heures après une injection de cinq litres de solution de chlorure de zinc, un affreux cadavre vert, crépitant partout, gonflé de gaz infects.

Tous vous savez que la glycérine phéniquée, à 5 pour 100 en hiver, à 10 pour 100 en été, a fait et fait encore tous les jours ses preuves et que l'immersion des corps ouverts dans un bain antiseptique quelconque, est un adjuvant précieux ?

J'estime que les chirurgiens et les accoucheurs peuvent fréquenter les salles de dissection et d'opération bien tenues, où ils ont tant à apprendre : les cadavres y sont moins septiques que leurs malades.

C'est à l'hôpital aussi que le futur chirurgien doit s'habituer à la vigilance nécessaire dans la pratique de l'anesthésie. Il arrive plus, beaucoup plus d'accidents aux chloroformisateurs étourdis ou improvisés qu'à ceux qui sont attentifs et expérimentés. Dans la salle d'opération de l'hôpital, aussitôt que vous vous serez montré assez propre pour être digne d'y être

admis, placez-vous d'abord non loin du chloroformisateur; voyez comme il dispose son malade; observez son attitude, ses gestes, sa manière de distribuer l'anesthésique. Voyez-le aux écoutes du bruit respiratoire, au guet des mouvements du thorax et de la couleur de la face; il a quelque doigt sur une artère; et pour apprécier le degré d'intoxication, il surveille l'état de la pupille, la sensibilité oculaire. Au moindre stertor, il pré-pulse la mâchoire et, s'il ne cède, pince la langue et la tient hors de la bouche. Prenez part vous-même à cette surveillance par les yeux et par le doigt. Un chirurgien prudent ne confie jamais la compresse, jamais l'appareil, à un élève qui n'a pas collaboré déjà activement au moins à une dizaine d'anesthésies générales par le chloroforme, par l'éther, etc.

Le plus vite possible, devenez cet élève expérimenté.

C'est pour vous y aider que j'ai introduit autrefois et laissé encore aujourd'hui, quoique hors-d'œuvre dans ce livre de technique, des pages assez nombreuses sur l'anesthésie et l'asepsie.