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; mais c'était quelque chose de les écarter des points dont on désirait à tout prix la cicatrisation rapide. Ils favorisaient l'écoulement de la lymphe, du sang ou du pus, en attendant d'être retirés.

Une anse de tube à drainage, dont le milieu repose sur l'os, empêche 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 croirait pas devoir tenter la réunion immédiate, même partielle, le pansement sans doute très important à divers points de vue n'exigerait point une intervention manuelle délicate : aussi me bornerai-je à rappeler quelques vieux 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.

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 aseptique ou 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, dans les régions où il est applicable, réalise l'immobilisation, fait capital, — la compression uniforme et 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 eu toutes les vertus, en cas d'asepsie parfaite, 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.

Lister, disciple de Pasteur, fut le saint Paul de la religion antiseptique. On a fait mieux encore, mais plus difficile avec l'asepsie.

Je crois le pansement phéniqué ouvert et humide avec enveloppe imperméable excellent, 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.

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 et fait un clapier qu'enferme la rapide cicatrisation cutanée.

Mais lorsque le chirurgien croit pouvoir espérer la réunion immédiate, et c'est le cas ordinaire aujourd'hui, qu'a-t-il à faire?

Après avoir paré le moignon avec le plus grand soin, en se servant, s'il doute de son asepsie, 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 la surface des chairs et des os, et les lèvres de la peau; puis, à l'aide de sutures ou de bandelettes, collées au vernis ou au collodion, 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 en plusieurs 8 sur épingle, est la

plus solide et celle qui, bien faite, établit le mieux le contact profond et superficiel 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, à la manière d'autrefois, des éponges, des boulettes d'ouate, de gaze ou de charpie, des lames de liège ou de carton artistement disposées, des attelles plâtrées, 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 met en contact aussi parfait que possible les lèvres de la peau; elle a de nombreux points, jusqu'à cinquante, que l'on supprime, pas tous à la fois, vers la fin de la première semaine. L'autre rapproche 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. Plusieurs chirurgiens, que j'approuve, réunissent les tendons et les muscles antagonistes 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 dès 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. L'acide phénique a des 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.

La chirurgie d'aujourd'hui ne ressemble plus à celle d'il y a trente ans : c'est une admirable et durable 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, lavé, purifié, désinfecté dès avant l'opération. 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. Il est encore des tétanos de surprise, quoique le sérum antitétanique de Marmoreck soit aujourd'hui d'un emploi généralisé surtout en chirurgie vétérinaire. Entourez votre malade de parents et de serviteurs dévoués, gagnez sa confiance à force de soins et de tendres sourires, ne permettez pas qu'on lui parle de danger ni de mort, versez-lui à plein bord le baume de l'espérance. Un grand blessé désespéré, ou simplement triste, ou entouré d'indifférents, dort mal, ne mange pas et perd le ressort dont il a tant besoin.

Au grand amputé : air pur et nourriture réparatrice.

Dans ma jeunesse, sous le prétexte inventé par les chirurgiens français que la chair française est d'une fragilité irrémédiable, on se résignait à laisser mourir les amputés des hôpitaux de Paris, milieu infecté dans lequel ils étaient médiocrement alimentés et toujours 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. On savait donc déjà que les soins consécutifs ont une influence considérable sur le résultat des opérations; il ne faut jamais les négliger. Pour achever d'en convaincre mes lecteurs et leur 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 regrette de ne pouvoir citer *in extenso* dix pages, entre autres, des *Mémoires* de D. Larrey (III, 160 à 170).