

Ces innovations avaient pour but de mettre les plaies à l'abri des complications infectieuses : elles affichaient la prétention de réduire très-notablement, sinon de supprimer, l'usage des instruments tranchants. Déjà on avait attribué à la cautérisation une immunité analogue contre les infections, et les partisans de cette opinion avaient substitué à la division par le bistouri la division par les caustiques dans tous les cas où elle était possible ; déjà aussi l'expérience avait prouvé l'exagération de ces assertions : la cautérisation en flèche et d'autres modes d'emploi des caustiques n'ont pas modifié ce dernier jugement.

L'action calorifique des piles a rendu plus maniable le platine incandescent à des températures constantes, avantage précieux pour la division des tissus ; elle a permis de porter dans des cavités profondes sans crainte d'en léser les parois, un cautère dont on élève sur place la température au plus haut degré. L'électrolyse ou la galvano-caustie chimique a été appliquée à la destruction des tumeurs, notamment des polypes naso-pharyngiens, des tumeurs érectiles, des rétrécissements de l'urèthre : si les résultats obtenus tout d'abord par les hommes les plus exercés à l'emploi de l'électricité en pathologie ont infirmé les premiers faits d'électrolyse, les conditions mieux connues de son application, des expériences répétées semblent diminuer peu à peu l'obscurité qui l'environne encore et autoriser à fonder sur elle quelques espérances.

Sous le nom pittoresque de *drainage chirurgical*, on a désigné le passage et le maintien à travers les foyers purulents ou les plaies suppurantes et anfractueuses, de tubes en caoutchouc vulcanisé, percés latéralement d'ouvertures pour donner issue aux liquides. Assurer le libre écoulement du pus est une pratique très-ancienne que nous avons particulièrement remise en honneur : les tubes en caoutchouc vulcanisé, substitués aux mèches, aux tentes, aux sondes etc., n'ont aucune supériorité sur ces moyens, s'ils sont introduits, comme on l'a recommandé, par des ponctions faites avec le trocart. Trop souvent, en pareil cas, ils produisent la rétention et la putridité consécutive, l'étranglement et ses complications ; mais en restant dans les limites rationnelles de leur application, en les passant par de larges ouvertures, en profitant de la facilité qu'ils donnent de porter fort loin des injections répétées, on en obtient d'heureux résultats. Chose singulière, les tubes à

drainage destinés au libre écoulement du pus ont été proposés en même temps que les pansements par occlusion, dont les avantages ne sont autres que ceux des pansements retardés, et dont les inconvénients résultent de la rétention des liquides entraînant les accidents les plus redoutables.

Les sutures métalliques, de tout temps mises en usage, ont été récemment dotées d'une foule d'avantages imaginaires, parmi lesquels l'innocuité tient le premier rang. Sans doute, un fil métallique très-fin peut rester au milieu des chairs sans y développer d'inflammation ; il a, sous ce rapport, un incontestable avantage sur les fils de lin, de chanvre, de soie ou de toute autre substance ; mais le succès des sutures ne dépend pas seulement du plus ou moins d'irritation produite par le corps étranger. Le véritable danger de ce mode de réunion est l'étranglement : les tissus rapprochés avec force et plus ou moins tendus réagissent contre les sutures, s'enflamment, s'ulcèrent et se coupent sous la ligature, quelle qu'en soit la nature. Les fils métalliques, loin de prévenir ces accidents, les déterminent peut-être plus facilement que les autres fils, dans les cas surtout où la traction qu'ils exercent est augmentée par le poids des tubes de Galli ou des lamelles de plomb dont on se sert pour les fixer. Si les bords de la solution de continuité sont réunis sans tension et sans efforts, si les sutures ne font qu'en assurer l'immobilité, toute espèce de fil donne des succès ; mais s'il est nécessaire de multiplier les points de réunion, les fils métalliques, en raison de leur ténuité, méritent la préférence. Leur application avec des aiguilles creuses, employées comme conducteurs, a été heureusement utilisée.

Les tentatives de coagulation du sang dans les anévrysmes par les injections de sels de fer ou par l'électro-puncture n'ont pas tenu toutes leurs promesses. Les études sur la formation des caillots dans les tumeurs anévrysmales ont fait reprendre la compression sous toutes les formes dans le traitement de ces affections, et les nombreux succès obtenus par cette méthode abandonnée depuis longtemps comme inefficace démontrent une fois de plus l'inépuisable fécondité de l'observation.

Des points de science et de pratique, plus importants en ce qui touche la médecine opératoire, ont vivement préoccupé la chirurgie et n'ont pas cessé de la tenir en éveil. Tels sont l'ostéogénie et les

applications thérapeutiques qui s'y rattachent, l'extirpation des kystes de l'ovaire, celle de la matrice et de la rate, la lithotritie périnéale cessant d'être accidentelle ou obligatoire et érigée en méthode de traitement.

Les découvertes de Duhamel, résumées par cette phrase si souvent répétée : *Le périoste fait les os*, et les travaux, couronnés par l'Institut, du professeur Heine (de Wurzburg), sur les résections sous-périostées et sous-capsulo-périostées, avaient fait concevoir l'espérance qu'une nouvelle chirurgie était née pour employer la célèbre formule de Flourens, les os enlevés avec conservation du périoste devant être reproduits par cette membrane. L'expérience n'a pas confirmé cette prétention : l'ingénieuse conception d'isoler et de transplanter des lambeaux de périoste pour donner naissance à un os nouveau est restée dans le domaine de l'expérimentation, et n'a fourni à la clinique que de pures illusions. De tous temps, les séquestres ont été extraits, soit directement, soit à l'aide d'opérations préalables, et la carie a été traitée par la gouge et le maillet : cette dernière méthode, sous le nom d'*évidement des os*, a seule gagné à la reprise des expériences sur l'ostéogénie ; et soumise à des préceptes et à des méthodes qui en ont étendu les applications, elle a représenté l'évolution régulière et rationnelle des progrès de l'art.

L'opération de la gastrotomie, pour extirper les tumeurs abdominales, a pris depuis quelques années une extension relativement considérable. L'ablation de la rate n'a été, jusqu'ici, qu'une opération accidentelle, entreprise généralement à la suite d'erreurs de diagnostic que le succès ne justifie pas. L'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus développées dans la cavité péritonéale ne paraît pas devoir prendre rang dans la pratique régulière. Il n'en est pas de même de l'extirpation des kystes de l'ovaire : vivement discutée lors de sa réapparition et repoussée par le plus grand nombre des chirurgiens, cette opération devait, à quelques années de distance, être réprouvée et encouragée par l'Académie de médecine. L'ovariotomie a été pratiquée aujourd'hui un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible d'en apprécier la valeur : des indications bien saisies, des procédés perfectionnés en ont graduellement augmenté les succès, qui peuvent être mis en parallèle avec ceux de quelques grandes opérations de la chirurgie. Ces succès

ont fait supposer que les lésions traumatiques du péritoine présentent moins de gravité qu'on le croyait : ne serait-il pas plus juste de dire que l'ablation d'un kyste ovarique, cause incessante d'irritation et d'inflammation partielles du péritoine, met cette membrane dans des conditions moins défavorables, de même que les amputations nécessitées par des affections chroniques réussissent mieux que celles faites pour une cause traumatique ?

La chirurgie des organes génito-urinaires s'est enrichie de nouveaux procédés pour les fistules vésico-vaginales, la périnéorrhaphie, l'épisiorrhaphie, les uréthrotomies interne et externe ; et il y a quelques jours à peine que l'extraction des calculs vésicaux par la lithotritie combinée avec la taille, était érigée en méthode devant la Société de chirurgie de Paris. La lithotritie périnéale, jusqu'ici accidentellement pratiquée, lorsque, dans l'opération de la taille, le calcul s'écrase sous la pression des tenettes ou que son volume ne lui permet pas de franchir le col de la vessie largement incisé, est faite aujourd'hui par quelques chirurgiens comme une opération régulière, à travers une simple boutonnière du périnée et le col de la vessie graduellement dilatés : des succès assez nombreux et de rares mécomptes ont suivi cette opération, dont tous les temps, réglés à l'avance et distincts de ceux de la taille médiane suivie de la lithotritie accidentelle ou obligatoire, justifient la prétention à la nouveauté.

Cette rapide revue des progrès les plus importants et de date plus ou moins récente, dus par la médecine opératoire à la chirurgie contemporaine, serait incomplète si elle ne comprenait pas des éléments d'un ordre plus général : les statistiques dressées en vue de rechercher les résultats donnés par les opérations, et l'examen des conditions hygiéniques applicables aux opérés.

Les statistiques ont été diversement jugées, et souvent trop vantées ou trop dépréciées. Les statistiques générales, composées de faits non commentés, sont nécessairement entachées d'erreur ; mais ces erreurs sont d'autant plus faibles que les statistiques embrassent plus de faits. Les statistiques partielles ou particulières, ne comprenant que des observations recueillies dans des conditions comparables et bien déterminées, sont moins sujettes à l'erreur ; mais par cela même qu'elles sont bornées, elles ne peuvent, pas plus que les premières, imposer leurs résultats. Les unes et les