

autres expriment cependant des probabilités qui représentent des résultats moyens, et ces résultats se rapprochent évidemment plus de la vérité que les appréciations fondées sur les simples souvenirs auxquels on s'en est rapporté si longtemps. C'est la tendance actuelle des esprits de restreindre, en médecine et en chirurgie comme ailleurs, le vague et l'indéterminé pour y substituer des appréciations plus positives; et ceux-là mêmes qui semblent y céder le moins y sacrifient en dépit d'eux-mêmes en invoquant l'autorité des statistiques. De nombreux travaux, qu'il serait trop long d'énumérer et dont quelques-uns ont une importance considérable, ont été entrepris pour déterminer les résultats des opérations, prises dans leur ensemble ou étudiées isolément, et doivent être distingués suivant qu'ils ont trait à la pratique privée, à la pratique des hôpitaux ou à celle des armées en campagne.

Un premier fait, déjà connu depuis longtemps, a reçu de ces documents une éclatante confirmation: c'est que les opérations ont des suites fort différentes selon les conditions où on les pratique. La chirurgie est plus heureuse dans la pratique privée que dans celle des hôpitaux, à la campagne et dans les petites villes que dans les grands centres de population; c'est dans les armées en campagne qu'elle compte le moins de succès, succès diminuant encore à mesure que les guerres se prolongent et entraînent plus de fatigues, de misères et de privations.

Un autre fait, non moins remarquable mais moins généralement connu, c'est la rectification du jugement porté sur la valeur relative des opérations en général, et de quelques opérations en particulier. Il est incontestable que la chirurgie est une et que ses indications sont toujours les mêmes; mais il est aussi vrai que l'intervention de la médecine opératoire, soit dans son application absolue, soit dans ses modes d'application, a traversé des périodes plus ou moins actives qui se représenteront probablement encore. Dans des cas déterminés, certaines opérations ne sont plus faites qu'exceptionnellement et sont remplacées par la prothèse, remédiant efficacement et sans danger à des affections jadis justiciables de l'instrument tranchant, et certaines opérations moins graves sont substituées à d'autres présentant plus de gravité. C'est à quelques-unes de ces modifications, amenées par les révélations mal interprétées des statistiques, que l'on a donné le nom de *chirurgie*

*conservatrice*, sous lequel s'abritent trop souvent l'irrésolution ou l'incapacité. Certes, le chirurgien qui saurait restreindre avec succès les limites de la médecine opératoire mériterait mieux de la science et de l'humanité que celui qui en a le plus reculé les bornes; malheureusement on s'abstient la plupart du temps, sous prétexte de conserver, et l'on compromet également et l'art et la vie de ses semblables. Il importe donc de distinguer les modifications et les perfectionnements incontestables qu'ont apportés les statistiques et qu'on ne saurait trop louer, de cette pratique de parti pris, décorée d'un titre trompeur, et pour laquelle on n'aura jamais assez de blâme. L'observation clinique et ses éventualités ont toujours guidé la pratique des véritables chirurgiens, et elles continueront toujours à lui servir de guides dans les indications à remplir.

C'est à l'occasion des statistiques chirurgicales et de leur interprétation que se ranimèrent, il y a quelques années, les études afférentes à l'hygiène des hôpitaux et au régime alimentaire des opérés, études auxquelles des publications récentes sur les résultats comparatifs de la chirurgie pendant les dernières guerres européennes et du Nouveau-Monde ont donné, sinon une impulsion plus vive, au moins un plus grand retentissement.

Le régime alimentaire des opérés a de tout temps été considéré comme un des points les plus importants de leur traitement; mais les opinions des chirurgiens ont beaucoup varié sur sa composition: tandis que les uns, partisans de la doctrine hippocratique, prescrivait à leurs malades une diète sévère dès le premier jour de l'opération et la continuaient jusqu'à la cessation des phénomènes fébriles, pour y recourir de nouveau s'ils jugeaient nécessaire de modifier les plaies ou de diminuer la quantité de la suppuration, d'autres n'hésitaient pas à leur donner une alimentation légère et même substantielle. Les recherches statistiques ont démontré que les opérés mis à un régime sévère, soit par les prescriptions des chirurgiens, soit par l'insuffisance des ressources alimentaires, guérissent en moins grand nombre que les opérés mis à un régime substantiel, dans lequel les excitants, le vin et jusqu'aux alcooliques, entrent pour une assez large part. Il n'est peut-être pas absolument juste de comparer, comme on l'a fait, un opéré à un sujet atteint de maladie interne aiguë, et de soumettre l'un et l'autre aux mêmes règles diététiques: une amputation re-

tentit, en effet, sur l'économie tout entière, mais elle n'entrave ou ne compromet pas une fonction indispensable à l'entretien de la vie, comme le fait, dans le plus grand nombre des cas, une maladie interne; souvent elle apporte un soulagement immédiat à l'organisme souffrant; quelquefois elle ne détermine qu'une réaction insignifiante; toujours elle ne provoque la fièvre qu'un certain nombre d'heures ou de jours, après qu'elle a été pratiquée, et celle-ci n'a qu'une durée généralement restreinte. Elle expose, il est vrai, aux absorptions funestes; elle doit être suivie d'une supuration plus ou moins longue; mais l'alimentation tonique et réparatrice n'est-elle pas le meilleur moyen à opposer à ces redoutables accidents et le plus propre à favoriser une prompte convalescence? La pratique chirurgicale s'est modifiée à ce point de vue, et sans infliger aux opérés, dès les premiers jours du traumatisme, une alimentation que leur organisme ébranlé ne supporterait pas, on ne les débilité plus par la diète, et on leur accorde rapidement des aliments et des boissons propres à les ramener le plus promptement possible au régime des convalescents et des gens en santé.

Il est une autre branche de l'hygiène, plus importante encore que le régime alimentaire, et sans laquelle, en médecine comme en chirurgie, il n'est pas de succès possibles: ce sont les conditions d'habitation des malades. Mises en lumière par les travaux de Pringle et par la Commission de l'Académie des sciences nommée en 1786 pour examiner le projet d'un nouvel Hôtel-Dieu, elles ont reçu la démonstration la plus péremptoire par les statistiques médico-chirurgicales des armées anglo-française en Orient, franco-sarde en Italie, et des armées américaines pendant la guerre de la sécession. Assurer aux malades et aux blessés une ample quantité d'air, dont le renouvellement et la qualité ne laissent rien à désirer; les soustraire aux maléfica de l'agglomération, telles sont les conclusions générales qui ressortent de l'examen de ces statistiques et de toutes les statistiques quelles qu'elles soient.

Ces conclusions sont plus faciles à formuler qu'à mettre en pratique, les problèmes qu'elles posent étant fort complexes. Les conditions d'aération et de chauffage sont connexes, et moins simples qu'on ne serait tenté de le supposer, et la dissémination des malades et blessés soulève aussi des difficultés de plus d'un genre. Tout d'abord se présentent des questions communes à l'assistance

civile et à l'assistance militaire, à savoir: l'éparpillement des moyens administratifs, l'augmentation proportionnelle des dépenses; puis viennent les questions spécialement afférentes au service de santé en campagne, parmi lesquelles sont les moyens d'abriter et de transporter les blessés. Ce serait aller trop loin que d'insister ici sur les tentatives faites dans le double but d'aérer les locaux destinés aux malades et d'en prévenir l'encombrement; il suffira d'en signaler quelques-unes pour faire ressortir les récents efforts entrepris pour l'application d'idées fort anciennes, tels sont: la contenance des hôpitaux réduite officiellement à un chiffre de malades ne dépassant pas quatre ou cinq cents, la suppression progressive des maternités et l'assistance à domicile des femmes en couches, la ventilation artificielle établie en permanence et prêtant son concours à l'aération naturelle, le chauffage appliqué au renouvellement de l'air, l'adoption, dans les hôpitaux, d'appareils prévenant le dégagement des mauvaises odeurs, l'occupation et le chômage alternatifs des salles, la création des hôpitaux-baraques, des hôpitaux sous tentes, des wagons et des navires-hôpitaux etc.

Il est impossible de méconnaître les heureux résultats que la science et les administrations hospitalières ont fournis à la pratique chirurgicale; mais il est permis de dire que les exagérations de l'enthousiasme ne leur ont pas plus manqué qu'elles n'ont manqué à bon nombre des innovations, des méthodes et des moyens thérapeutiques précédemment signalés.

Dans cet exposé sommaire de la médecine opératoire contemporaine, le lecteur a pu reconnaître une fois de plus combien sont rares les véritables acquisitions scientifiques, combien graduels et lents sont les progrès de l'art, et avec quelle réserve il faut accepter les faits qui excitent le plus l'étonnement et l'admiration.