

putation coxo-fémorale, de trop larges surfaces, pour ne pas compromettre par épuisement la vie du blessé.

Quelques-uns des mêmes reproches ont été, comme on le voit, adressés aux deux méthodes. C'est le résultat habituel des doctrines opposées : partisans et adversaires cherchent plutôt le triomphe de leur thèse que la vérité, et nuisent plus à la science qu'ils ne la servent.

*Appréciation.* Nous admettons l'immense supériorité de la réunion immédiate dans tous les cas où elle est possible et où on peut l'espérer complète. Mais nous en croyons les tentatives dangereuses partout où elle doit échouer. Nous réunissons la partie des téguments et des chairs qui peut être affrontée et maintenue dans un contact parfait et dans une immobilité absolue, et nous laissons vis-à-vis des extrémités osseuses un espace libre pour l'écoulement des liquides. C'est le pansement conseillé par Celse, et il nous est commandé par notre méthode d'amputation à un seul lambeau supérieur, dont les angles se consolident par première intention, et les surfaces centrales par suppuration et réunion secondaire. Nous avons adopté en principe la réunion immédiate pour les seules plaies qui offrent des conditions tout à fait favorables au succès de ce mode de pansement. La réunion par première intention est (voy. *Prolégomènes*) le moyen de guérison le plus prompt, le plus avantageux et le plus brillant, mais c'est à la condition de réussir. Si elle échoue, les complications surgissent en grand nombre, et l'on en reconnaît trop tard le danger. Les amputations étant particulièrement réfractaires à la réunion immédiate, en raison de la présence au centre du moignon des extrémités osseuses, nous devions, d'après la règle générale à laquelle nous nous sommes raliés, abandonner ce mode de pansement et nous n'avons pas eu à le regretter.

Après avoir longtemps méconnu nos préceptes sur les dangers de la rétention du pus, on les a exagérés, dès qu'il n'a plus été possible d'en nier les avantages. On a imaginé des manchons élastiques et l'aspiration pneumatique pour fermer les moignons et en appeler les liquides au dehors ; ces prétendues inventions ne pouvaient avoir et n'ont eu aucun succès et se réduisent à des essais peu rationnels de réunion immédiate. Les manchons élastiques sont simplement compressifs. Quant aux aspirations pneumatiques des liquides altérés, nous les croyons inutiles et dangereuses. Inutiles, parce que ces aspirations restent sans effet sur le pus déposé à la surface des plaies ; dangereuses, en ce qu'elles produisent les résultats d'une ventouse, amènent des congestions et des écoulements de sang et de sérosité et qu'il n'a pas encore été démontré qu'une plaie puisse se cicatriser dans de pareilles conditions.

Le pansement terminé, on couche le malade en élevant légèrement le membre amputé, pour faciliter la circulation, prévenir une trop forte congestion et l'engorgement inflammatoire. Si le membre est entièrement enveloppé par un appareil contentif, on voit les pièces de linge se teindre en rouge. Ce n'est pas l'indice d'une hémorrhagie ; cette coloration provient de la sérosité sanguinolente qui s'échappe avec une certaine abondance. Si l'on suit notre mode de pansement, le moignon est seulement recouvert par une compresse et une flanelle trempées dans une décoction narcotico-émolliente tiède, et l'on peut à chaque instant en apprécier l'état et remplir les indications qui surgissent. Plus tard, lorsque la suppuration est établie, on abaisse le moignon pour faciliter l'écoulement du pus.

*Fièvre traumatique.* Elle se manifeste du premier au cinquième jour, selon l'irritabilité des sujets. Chez les personnes malades et affaiblies, la fièvre apparaît très-vite, tandis qu'elle n'atteint que beaucoup plus tard les hommes vigoureux et sains, dont le système nerveux n'est pas surexcité. C'est une fièvre de réaction de nature probablement infectieuse, qui se modère spontanément, en général, au bout de quarante-huit heures.

On se sert quelquefois d'applications d'eau froide pour calmer la douleur ; mais il faut redouter les refroidissements, et la souffrance s'exaspère si l'on cesse trop tôt la réfrigération. Les Anglais ont recours aux fomentations tièdes, dont nous nous trouvons également bien.

*Régime.* Il varie les premiers jours selon l'état des blessés. La diète n'est pas toujours favorable, et il n'y a pas d'inconvénient à nourrir modérément les malades débilités et ceux qui accusent de l'appétit. Les statistiques et l'expérience ont prouvé qu'une alimentation abondante fait beaucoup moins de victimes qu'un système de diète exagéré. Dans le cas où l'on remarque un commencement d'embarras gastrique, les purgatifs, ou mieux encore un vomitif, sont d'un emploi très-utile.

*Levée du premier appareil.* On s'est beaucoup occupé de l'époque à laquelle le premier appareil doit être levé, à la suite des amputations. Nous faisons ici momentanément abstraction de notre mode de pansement, qui échappe aux incertitudes et aux discussions que nous allons exposer. Les uns, et c'est le plus grand nombre des chirurgiens actuels, ont adopté les pansements retardés et ne découvrent le moignon que le quatrième ou le cinquième jour. Chacun de nous n'a-t-il pas entendu cent fois répéter que l'appréhension des blessés pour la levée du premier appareil tient à la vieille et fâcheuse coutume de procéder au pansement avant