

## La chirurgie de 1905 à 1914 \*

par Robert DIDIER

Pendant le cours de cette époque qui va de 1900 à 1914, la chirurgie a subi une véritable révolution.

Aussi, j'ai cru bon d'écrire ces souvenirs ; lorsqu'il m'est arrivé (les vieillards aiment à parler du passé !) d'évoquer devant de jeunes chirurgiens quelques faits surprenants : leur dire, par exemple, que Péan enlevait des fibromes de 50 kilos, ils ne me croyaient pas ! Pourtant, rien n'était plus vrai. A ces époques lointaines, les femmes hésitaient à se laisser opérer et, de ce fait, les masses développées dans leur abdomen, prenaient des proportions inouïes (comme l'avait dit M. Gosset, d'une malade du Professeur Terrier, « ce n'était pas une femme avec un gros ventre, c'était un ventre auquel se trouvait annexée une femme ! »).

Depuis que la chirurgie, simplifiée, n'épouvante plus personne, les malades se laissent plus précocement débarrasser de leurs tumeurs et on ne voit plus, même au fond des campagnes, de ces invraisemblables monstruosité.

Je voudrais simplement, rappelant ici ce que j'ai pu voir, dire ce qu'était la pratique de la chirurgie dans les hôpitaux de Paris, en cette période qui va de 1905 à 1914.

Dans ces rencontres avec le passé, cherchant quelque réconfort, retrouvant dans le souvenir de ces époques des images imprévues, souvent plus pittoresques que l'on eut pu l'imaginer et si différentes de ce que l'on est appelé à voir chaque jour, me semble le plus haut divertissement que puisse s'offrir un homme à la fin de sa vie.

J'ai été de cette génération qui a été le témoin d'une phase de la grande révolution qu'a connue alors la chirurgie : l'organisation de l'asepsie.

Et cela ne s'est pas fait en quelques jours !

---

(\*) Communication présentée à la Société Française d'Histoire de la Médecine (lue par le Dr Vincelet), séance du 24 juin 1972.

A la base, il y avait eu en 1878 la célèbre communication de Pasteur à l'Académie de Médecine ; il faut donc se souvenir que c'est dans le laboratoire de Pasteur qu'est née l'asepsie ; mais c'est Terrier qui, après des visites chez Pasteur, devait l'organiser dans son service de l'hôpital Bichat, entre 1892 et 1895.

Terrillon avait lui aussi, de son côté, contribué, à la Salpêtrière, à la mise au point de la méthode, mais c'est Terrier qui prit la part la plus active à la substitution de l'asepsie à la méthode antiseptique.

Lorsqu'en 1905 j'ai commencé mes études, les chirurgiens étaient pour la plupart encore sous l'influence de l'antiseptie ; et même les plus intelligents, quoique ayant compris l'énorme avantage qu'allait représenter l'organisation de l'asepsie, n'avaient pu encore se débarrasser tout à fait de leurs anciennes habitudes. La plupart d'entre eux étaient propres ; dans leurs services, on se lavait bien les mains avant d'opérer ; mais quelques opérateurs qui venaient de passer un long temps à se savonner à fond, s'essuyaient ensuite les mains à une serviette non stérile, pendant le long du lavabo ! Et, dans certaines maisons où là aussi on se lavait bien, les canalisations ne vous apportaient qu'une eau non stérile. C'est donc le grand mérite de Terrier d'avoir su organiser la stricte application de la méthode d'asepsie absolue, qui l'a codifiée et fait adopter partout.

Lorsque le Docteur Poupinel, élève de Terrier, eut inventé son « autoclave à air sec », portant la stérilisation à 150°, son maître l'installa dans son service de Bichat, en 1888.

Mais la réforme due à l'utilisation des nouveaux appareils ne pouvait se faire en quelques semaines ; il fallut attendre six ans pour arriver à la mise au point définitive de cette utilisation.

Il fut néanmoins difficile de forcer tous les chirurgiens de se plier à des disciplines dont ils n'avaient pas l'habitude !

Mon maître Michaux, qui était absolument propre et soigneux, avait dès le début compris la valeur de l'application de la nouvelle méthode.

Il avait quand même gardé un petit faible pour ses anciennes pratiques d'antiseptie ; lorsqu'il venait de faire, le plus aseptiquement possible, la cure radicale d'une hernie, il se faisait, avant de refermer la paroi, apporter une petite casserole remplie d'eau phéniquée chaude et, avec beaucoup de soin, versait le contenu de ce récipient dans la plaie encore béante (ce qui faisait sourire les internes !). Je ne l'ai vu appliquer ce procédé qu'après la cure des hernies ; à quoi répondait cette exclusivité ? Je n'ai, bien sûr, jamais osé le lui demander.

La plupart des opérateurs, après s'être bien lavé les mains, les trempaient ensuite dans l'alcool à 90°. Je me rappelle un détail amusant de ce lavage des mains : le Docteur Le Bec, chirurgien de Saint-Joseph, après s'être lavé, plongeait mains et avant-bras dans une solution foncée de permanganate de potassium, si bien qu'il opérait avec les mains, les avant-bras et la moitié des bras de la plus belle couleur violette.

Chacun avait alors sa petite manie, et cela peut se comprendre : un homme arrivé à la fin de sa vie a fatalement pris des habitudes, gardant celles qui lui ont semblé être les meilleures, comment veut-on que, du jour au lendemain, il s'en débarrasse, alors qu'elles lui ont toujours réussi ?

N'oublions pas que Terrier, lui-même, avait dit en 1890 : « Rigoureusement parlant, je n'ai pas encore atteint le but que je me suis proposé ; aussi, puis-je caractériser ma pratique en disant qu'elle est « mixte », en ce sens que l'antisepsie m'est restée pour un certain nombre de choses. »

\*\*

Dans un autre service, le Professeur Kirmisson, chirurgien des Enfants-Malades, avant de refermer une paroi abdominale, s'emparait d'une sorte de petit soufflet renfermant de la poudre d'iodoforme, et en appliquait une bonne couche en plein milieu de la cavité abdominale.

D'autres chirurgiens se bornaient à insuffler sur les sutures, de l'iodoforme pulvérisé.

Néanmoins, M. Michaux était un de ceux, parmi les chirurgiens déjà âgés, à avoir le mieux compris les avantages de l'application des directives données par M. Terrier.

Parmi mes souvenirs, j'en retrouve un, du temps où j'étais dans son service du vieux Beaujon :

Un matin, nous étions dans la salle où opérait M. Michaux, quand un curieux personnage y entra : pas très grand, assez gros, il était vêtu d'un veston marron de bonne coupe, portait sur sa tête un melon de même couleur et avait aux mains des gants beurre frais. Sa tête était très curieuse : des joues un peu pendantes, une très grosse lèvre inférieure, et des taches noires, de ci - de là, dans la figure. Il nous semblait très âgé (n'ayant pourtant alors que 73 ans).

Dès son entrée, nous vîmes M. Michaux, quittant son opération, se précipiter sur lui et lui baiser les mains. « Voilà, nous dit-il, le seul témoignage que je puis rendre à mon vénéré maître. » C'était un hommage, mais c'était aussi une mesure de précaution, ledit vénéré maître, aussitôt entré, étant en train de poser ses mains sur la table où se trouvaient les instruments !

Lors, nous apprîmes qu'il s'agissait de M. Labbé (1), du célèbre M. Labbé, « l'homme à la fourchette », le grand chirurgien qui avait été le contemporain de Péan et qui, pour l'heure, était sénateur et revêtu de tous les honneurs.

---

(1) Le docteur Léon Labbé (1832-1916), Professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Institut, avait eu une situation considérable. On l'appelait dans le public : « l'homme à la fourchette », en raison de l'opération, bien audacieuse pour l'époque, qu'il avait réussie, consistant en l'ablation d'une fourchette de l'estomac d'un pauvre déséquilibré qui l'avait avalée.

Je le regardais avec beaucoup de curiosité, navré de le voir bientôt nous quitter.

Pour moi, j'étais heureux d'avoir pu voir ce grand maître dont nous connaissions la vie et les travaux. Il faut dire qu'alors, nous avions pour nos maîtres le respect et l'admiration les plus profonds, et ils le méritaient ; pour nous, jeunes étudiants que la chirurgie passionnait, hors les personnalités de la chirurgie, rien ne comptait. Les titres d'alors, dans notre métier, n'avaient pas encore été dévalués, et les grands patrons de jadis, les Segond, Poirier, Tuffier, Pozzi, etc., étaient en tous points remarquables. Comme ils semblaient loin de nous !

\*  
\*\*

J'ai toujours regretté de n'avoir pas été élève de Terrier. La réputation du maître de la grande école n'était, à cette époque, plus à faire ; un de mes camarades, malheureusement pour moi, m'en dissuada. Il était stagiaire chez Terrier et me fit un tel tableau de celui-ci que je n'osai jamais aller lui demander à entrer dans son service. Il traitait les nombreux élèves, paraît-il, très durement, et pour des gens comme moi, très timide et sensible, je ne me voyais pas aux prises avec de tels conflits. Ma seule satisfaction, en échange, fut de devenir l'élève des élèves de Terrier, d'être ainsi mis au courant de ses méthodes et d'avoir recueilli, en partie et bien qu'indirectement, le précieux héritage de « l'ordre, de la discipline et de la sobriété des gestes », apanages de l'école Terrier. (C'est surtout mon maître, Georges Küss, avec qui je travaillai plusieurs années de suite, qui me plia aux disciplines de la maison.)

En cette année 1905, les élèves préparaient les malades sur la table même d'opération ; je me rappelle les longues manœuvres, qui commençaient par le rasage de l'abdomen des malades (là, nous redevenions proches de nos ancêtres les barbiers !) ; puis, avec une abondance de savon mousseux, on frottait longuement la région à opérer ; le savon était ensuite ratissé par des compresses tenues à deux mains qui, transversalement tendues, étaient, dans un joli geste, traînées sur le ventre, enlevant la masse savonneuse. Ce nettoyage était perfectionné par un lavage à l'alcool de la région à opérer.

J'ai vu naître — c'était, je crois, vers 1908 ou 1909 (?) — deux petites révolutions dans la chirurgie : d'abord la préparation de la peau par une simple application de teinture d'iode. (Il ne faudrait pas oublier que le badigeonnage à la teinture d'iode du champ opératoire avait été découvert et appliqué en Belgique, en 1858, par un certain Docteur Deroubaix.) Les longs savonnages étaient terminés et tout le monde adoptait l'iode... malgré de ci, de là, quelques réticences. (J'entends encore le Professeur Sébilleau dire, en haussant les épaules : « Ce n'est pas avec de tels changements qu'on perfectionnera la chirurgie ! ».)

Il n'est pourtant pas douteux que, si on ne la perfectionna pas, on la simplifia, et la méthode n'était pas si mauvaise, puisqu'elle dure encore aujourd'hui.

Il y eut aussi l'affaire des gants — à l'époque de mes débuts, les chirurgiens opéraient à mains nues ; ils se servaient parfois de gants, mais seulement pour évacuer les collections purulentes, et cela ne demandait qu'un simple coup de bistouri. Les gants de cette époque étaient les gants de Chaput, gros gants épais à doigts courts, avec lesquels les chirurgiens se sentaient souvent maladroits.

C'est donc vers cette époque que presque tous les opérateurs prirent l'habitude des gants. Quelques-uns eurent du mal à s'y plier, et j'ai pu voir des chirurgiens se trouvant en difficulté, arracher leurs gants et continuer à mains nues pour finir leur intervention.

Je me rappelle avoir demandé à un de mes maîtres, qui ne semblait pas à l'aise dans ses gants : « Mais enfin, Monsieur, si vous aviez à opérer un grand personnage, un Chef d'Etat par exemple, vous le feriez bien avec des gants ? » « Mais non, me répondit-il, c'est alors que je m'appliquerais à n'en pas mettre ! »

Pour montrer combien les opérateurs qui s'étaient pliés à la discipline de l'asepsie, mais avaient gardé de leur éducation antérieure encore un peu de méfiance, souvenons-nous que beaucoup d'entre eux, ayant enfilé leurs gants stériles, les lavaient ensuite largement à l'alcool.

\*\*

En cette période qui va de 1905 à 1914, quelles opérations étaient alors pratiquées le plus souvent dans les services de chirurgie générale des hôpitaux de Paris ? D'abord, l'ablation des appendices et des vésicules biliaires calculeuses ou infectées ; puis la cure des hernies, celles-ci toujours abondantes ; la chirurgie de l'estomac n'était pas très courante et il faudra encore bien des années pour la voir simplifiée ; elle se bornait alors à quelques gastro-entérostomies et, plus rarement, à des gastrectomies. De même pour la chirurgie de l'intestin ; les opérations se terminaient le plus souvent par l'extériorisation des tumeurs et par des anus iliaques.

On ne touchait pas encore aux poumons, ni à la cage thoracique, hors le drainage des pleurésies purulentes ; de même, quelques sutures du cœur, après blessures par coups de couteaux, avaient été tentées, quelquefois d'ailleurs, avec succès.

Il y avait la chirurgie des membres, mais le traitement des fractures comportait alors peu d'opérations ; on les réduisait aussi bien que possible sans intervention, et la contention plâtrée était alors la seule solution.

Du côté des fractures, j'ai été gâté dans ma jeunesse ; il existait à Paris un homme d'une grande compétence en cette spécialité : le Docteur Hennequin ; ancien médecin militaire, il n'était pas chirurgien des hôpitaux mais, ce qui prouvait sa valeur indiscutable, c'est qu'il fut, avant 1914, le seul chirurgien libre admis comme membre de la Société de Chirurgie, alors strictement fermée à tout chirurgien non officiel.

N'ayant pas de service, quelques-uns de ceux de l'assistance lui étaient ouverts par leurs chefs : M. Terrier, M. Michaux, entre autres, le recevaient. Comme il n'avait pas très bon caractère, quelques autres services lui étaient fermés. Chez M. Michaux, on lui mettait les fractures de côté et, comme il arrivait assez tard dans la matinée et qu'il lui fallait un aide, la plupart des étudiants du service disparaissaient dès sa venue.

C'est ainsi que j'ai été amené à l'aider ; ensuite il prit l'habitude de me garder près de lui. Evidemment je devais, ces jours-là, me passer de déjeuner, car il me lâchait très tard et je devais de bonne heure être à la Faculté. Mais combien il m'a appris de choses ! D'abord à bien manier le plâtre ; il m'a montré comment immobiliser une fracture sans faire une seule tache de plâtre ; il opérait en redingote et partait les manches nettes de toute tache blanche ; il me faisait, en passant, de petits cours sur les fractures, m'apprenait à les bien réduire. Combien je lui en ai dû de reconnaissance !

Il était âgé alors, et je ne me souviens plus de la date de sa mort, mais je ne l'ai pas oublié.

A cette époque, la spécialité qui nécessitait le plus grand nombre d'opérations était la gynécologie. Les accoucheurs n'opéraient pas encore et les femmes remplissaient les services de chirurgie générale. On y faisait un grand nombre d'opérations, allant des curettages aux hystérectomies, de la chirurgie des seins aux réparations périnéales (y compris les fistules recto et vésico-vaginales, alors assez fréquentes).

La technique de la gynécologie était déjà bien mise au point. Evidemment, on avait gardé des années antérieures, l'habitude du drainage, et il faudra attendre quelques années avant de le voir supprimer (hors les cas d'infection, bien entendu). On voyait même encore, lors de mes débuts, ces drainages complexes et pénibles qui se faisaient avec des mèches. C'était dur à supporter pour les patientes et leur trace laissait bien des possibilités d'éventrations tardives ; mais elles étaient bienfaisantes en ce sens qu'elles sauvaient souvent la vie des malades.

Le plus grand nombre d'opérations de l'utérus étaient dues aux fibromes. Ces tumeurs fréquentes, développées le plus souvent chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants, prenaient, lorsqu'on les laissait évoluer, souvent des dimensions extraordinaires.

Péan a rapporté des observations d'ablation de fibromes de *cinquante kilogrammes*. Je n'en ai pas vu de cette taille, mais j'ai pu en opérer un de 20 kilogrammes et plusieurs de 8 et 10 kilogrammes. Les kystes de l'ovaire étaient souvent, eux aussi, très volumineux. J'ai vu un jour, alors qu'une malade présentant un de ces kystes énormes, était allongée sur la table, son ventre dépasser largement en hauteur la tête du chirurgien debout à ses côtés !

On ne trouvera plus de ces monstrueuses tumeurs, les opérations plus précoces empêchant leur trop grand développement. Un fibrome de 10 kilogrammes est déjà une masse imposante et bien des chirurgiens reculaient

alors, n'osant les attaquer. C'est par hystérectomie abdominale que la plupart de ces tumeurs étaient enlevées. L'hystérectomie terminée, à l'époque de mes débuts, on ne voyait plus de ces broches métalliques qui, plantées en croix à travers le pédicule, serré par un fil de fer au-dessous d'elles, étaient amarrées à la paroi, mais on ne faisait pas encore les péritonisations soignées qui évitaient les adhérences post-opératoires.

Quelques chirurgiens arrivaient aussi à opérer les fibromes par voie vaginale.

M. E. Le Bec, qui avait été interne de Péan et avait une grande adresse manuelle, était un maître de l'hystérectomie vaginale et je l'ai vu enlever, par cette voie et par morcellement, des tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic.

Nos maîtres faisaient d'ailleurs assez fréquemment des hystérectomies vaginales. Le Professeur J.L. Faure en sera un peu plus tard un grand partisan. Celles-ci étaient faites très rapidement et l'hémostase consistait à laisser dans la plaie des pinces à demeure. C'était parfait pour le chirurgien, moins drôle pour les malades et moins drôle aussi pour nous, les aides, qui étions appelés à enlever lesdites pinces — ce qu'il fallait faire avec prudence et dextérité, de crainte d'hémorragies secondaires toujours très redoutables.

On finissait par en avoir l'habitude, et tout se terminait bien. Les clamps que Péan avait fait faire dans ce but étaient d'excellentes pinces (je n'en ai, par la suite, jamais retrouvé de meilleures).

Cette hémostase par pinces a été, plus tard, remplacée par des sutures.

L'hystérectomie vaginale, fort en honneur autrefois, était une bonne opération qui avait l'avantage de ne pas laisser de cicatrice.

Tous les élèves des maîtres d'alors savaient la pratiquer.

Le Docteur Doyen, lui aussi, avait beaucoup fait pour la généraliser et la perfectionner et y avait acquis une véritable maîtrise.

Je la crois, à l'heure actuelle, un peu abandonnée.

\*  
\*\*

Je voudrais rappeler mon passage dans un service bien pittoresque des hôpitaux : à Ricord, annexe de l'hôpital Cochin, ci-devant hôpital du Midi, service disparu depuis des années, jouxtant la porte classée de Cochin, qui ouvre sur le boulevard de Port-Royal ; il ne reste aujourd'hui que cette porte.

Dans ce service de dermato-vénérologie, sans doute unique à Paris, il n'y avait pas de patron. Le chirurgien qui en était le chef, le Docteur Humbert, ne venait jamais et je ne l'ai peut-être vu que deux ou trois fois pendant mon séjour à Ricord ; il entraînait, la canne à la main, faisait le tour

des salles, ne prononçait qu'une phrase : « Ne vous dérangez pas ! », et disparaissait. Il y avait là un interne provisoire (que l'on ne voyait jamais non plus) et nous étions quatre externes pour faire le service. Mais le vrai chef en était le garçon de salle ; celui-ci supervisait les consultations, nous apprenait à faire des diagnostics, à passer des bésiqués et à opérer. Nous nous en donnions à cœur joie, mais nos opérations n'allaient pas loin : ce n'étaient que des circoncisions, des évidements inguinaux pour l'ablation de ganglions infectés et fistulisés, des incisions d'abcès, quelques fistules...

Il y avait là mon ami Gontier, disparu trop tôt, et qui fut un médecin de grande valeur ; Philardeau, qui finit sa vie chirurgien de l'hôpital de Rambouillet, mort trop jeune lui aussi, et un autre externe dont j'ai oublié le nom, qui mourut, non de la syphilis qu'il avait attrapée, mais de son traitement : terrorisé par l'horrible maladie, il doublait la dose des médicaments qui lui étaient prescrits, et succomba à l'abus des pilules mercurielles !

De tout ce service, je reste le seul survivant.

Il faut reconnaître que nous n'avons jamais eu d'accidents pendant le cours de nos exploits, mais tout cela était assez extraordinaire et rappelait bien le temps passé.

\*\*

Par contre, une année dans le service du Professeur Poirier ne m'a laissé que de bons souvenirs. C'était à Lariboisière ; il y avait là beaucoup d'ouvrage, mais le personnel médical était plus abondant qu'à Beaujon.

C'est là que j'ai fait la connaissance de Mondor, alors externe du service.

Le Professeur Poirier devait mourir cette année-là, pendant que j'étais dans son service et, en raison de l'admiration que nous avions pour lui, nous eûmes tous beaucoup de peine à le voir ainsi disparaître.

Je n'oublierai jamais, le soir de cette mort, son assistant, le Docteur Cunéo, faisant un cours à la Faculté. Nous l'entourions, tous les membres du service, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique ; Cunéo, la parole coupée par l'émotion, évoqua, avec des larmes aux yeux, la fin de son maître et dut faire un effort pour pouvoir reprendre le fil de son cours d'anatomie.

\*\*

Si l'on se penche sur la chirurgie d'autrefois, et même sur celle d'un passé assez récent (puisque nous avons porté ce regard sur des souvenirs s'arrêtant à 1914), on est obligé de constater le mérite des chirurgiens de ces époques. Car les opérateurs d'alors avaient le plus souvent de bons résultats et même ceux de l'ère préantiseptique guérissaient souvent leurs opérés.

J'ai eu l'occasion, par deux fois, de réopérer des femmes opérées par Péan de myomectomies pour fibromes, et dont les tumeurs avaient récidivé ; chez ces malades, opérées avant non seulement l'asepsie, mais l'antiseptie, les cicatrices étaient souples et les parois solides ; dans l'abdomen, pas la moindre adhérence : les traces sur l'utérus de la myomectomie étaient encore visibles : c'étaient de très beaux résultats opératoires.

Oui, ces chirurgiens avaient du mérite, car de grosses opérations étaient faites alors avec une bien grande simplicité de moyens.

D'abord il n'y avait pratiquement que bien peu d'examen de laboratoire ; on ne faisait pas de transfusions sanguines (ces transfusions dont ne sauraient se passer les chirurgiens actuels). Evidemment, dans les observations publiées par Péan, on trouve quelques indications de cas de transfusions. Mais lesdites transfusions étaient d'abord faites le plus souvent sur des malades in extremis et puis, par des moyens de fortune (sans recherches de groupes sanguins !). Au fond, elles devaient être plus dangereuses qu'utiles.

On ne faisait aux opérés que bien peu de thérapeutique. Il y avait déjà les secours de la radiographie, mais elle était moins perfectionnée que de nos jours. Enfin, l'anesthésie se bornait alors au chloroforme donné à la compresse et par des anesthésistes d'occasion. Dans la plupart des services, les externes ou les bénévoles étaient chargés de ce rôle ; on n'avait pas encore vu apparaître les infirmières anesthésistes.

On apprenait les rites de la méthode des leçons d'un camarade plus ancien ; à Beaujon, M. Michaux se donnait la peine d'enseigner lui-même aux élèves à donner le chloroforme, avec quelle patience et quelle bonté !

La compresse fut un peu plus tard remplacée par des appareils : celui de Ricard, puis celui de Roth-Draeger ; une modification vint ensuite grâce à l'appareil d'Ombredane, qui donnait de l'éther et fut assez longtemps utilisé. Cet appareil pouvait être employé par n'importe qui : le Docteur de Martel, quand il était pris de court, envoyait chercher son chauffeur pour endormir un malade par ce procédé !

Les anesthésies d'alors ne donnaient pas beaucoup de facilité aux chirurgiens.

Parfois on voyait, chez une malade un peu trop volumineuse, à paroi épaisse et remplie de graisse, un opérateur se débattant au milieu des intestins qui poussaient, sortant en tous les sens entre ses mains ; quelques chirurgiens réduisaient tout cela avec calme, mais il y en avait qui, impatients, poussaient des hurlements, invectivant le pauvre anesthésiste qui n'en pouvait rien, et lançaient dans la salle, pour se défouler, les pinces et les bistouris. (Je me rappelle mon maître Poirier, ce jour-là de mauvaise humeur, lançant un fibrome assez volumineux sur la surveillante ; celle-ci reçut l'objet en pleine poitrine et s'en fut de la salle, en pleurant, changer sa blouse inondée de sang !) Tout cela donnait, dans ces salles du passé, une atmosphère de corrida que l'on ne reverra plus.

L'anesthésie d'alors offrait des suites fatigantes pour les malades, des malaises et des vomissements bien pénibles. De plus, il y avait des accidents, pas fréquents, il faut le reconnaître, mais que nous avons tous pu voir : d'abord les syncopes respiratoires dont on venait à bout le plus souvent — mais aussi les syncopes blanches du début qui tuaient brutalement le malade. Elles étaient heureusement très rares ! Peut-on concevoir quelque chose de plus tragique que la mort brutale d'une jeune fille venant se faire enlever un appendice et qui, dès les premières bouffées de chloroforme, dilate ses pupilles et part, sans possibilité de réanimation, vers un monde meilleur ! Nos anesthésistes modernes ont fait disparaître ces épouvantables tragédies !

A côté de l'anesthésie générale, il faut noter l'apparition vers ces mêmes dates — de 1906 à 1910 — de l'anesthésie locale à la cocaïne qui donnait, dès le début de son application, les plus grands espoirs (c'était le Professeur Reclus qui fut le promoteur de l'application de l'anesthésie locale). Elle ne satisfaisait d'ailleurs pas tout le monde. Je me rappelle, un jour, l'entrée du Professeur Poirier dans la salle d'opération où son assistant Cunéo faisait, par ce procédé, une gastro-entérostomie ; il en était sorti l'air furieux, en haussant les épaules.

\*\*

Dans les salles d'opérations, il n'y avait pas encore de scialytiques, ces éclairages merveilleux, « ces soleils de cristal », comme les appelait Valéry ; on s'éclairait avec le jour de la fenêtre.

Les chirurgiens d'alors étaient en blouse (progrès sur l'époque de l'habit ou de la redingote), mais blouses non stériles, et ne portaient ni masques ni bottes.

Avant de faire leurs laparotomies, ils ne se plaçaient plus, comme du temps de Péan, entre les jambes écartées de la malade ; ils restaient à droite ou à gauche de celle-ci, suivant leurs habitudes, et n'utilisaient plus qu'un seul aide.

En tous cas, les salles d'opérations d'alors n'avaient pas le luxe des blocs opératoires modernes.

Il fallait alors opérer vite, et tout le monde ne pouvait posséder l'adresse qui n'est plus indispensable aujourd'hui, alors que l'anesthésie actuelle permet, sans dommages pour le malade, de demeurer des heures à figoler l'opération.

\*\*

En somme, nous avons voulu montrer que si, grâce à tant de perfectionnements, la chirurgie a pu être amenée au point où elle en est aujourd'hui, il ne faudrait pas sous-estimer la valeur et le mérite des opérateurs d'il y a une cinquantaine d'années ; s'ils n'avaient pas, comme nous l'avons vu, les moyens d'action mis à la disposition des chirurgiens modernes, ils avaient quand même le courage de s'attaquer, pour le plus grand bien des malades, à d'importantes lésions dont ils guérissaient le plus grand nombre.