

thésie. Quelques années après, en 1894, à la suite de ma publication sur l'éther, cet anesthésique se posait parmi nous en rival redoutable du chloroforme. A la même époque, le chloréthyle employé localement restreignait le champ de l'anesthésie générale, mais dans une faible mesure. C'est également vers 1895 que la méthode de Reclus commença à entrer dans la pratique courante pour les petites interventions.

En 189, Taffier nous fit connaître la rachi-cocainisation, et la même année Soulier, Hacker nous apportaient le chloréthyle comme un anesthésique général de premier ordre.

Depuis quelques années, la cocaïnisation locale fait des progrès croissants, et se pose avec la cocaïne lombaire en rivale résolue de l'anesthésie générale, laquelle n'est plus exclusivement représentée par le chloroforme, mais aussi par l'éther et le chloréthyle.

Pour mesurer le terrain perdu par l'anesthésie générale, j'ai relevé toutes mes opérations depuis le 1er Avril 1901 jusqu'au 1er Mai 1902.

Sur 466 anesthésies chirurgicales, je compte 337 anesthésies locales ou lombaires et 129 anesthésies générales. C'est dire que je n'ai employé l'anesthésie générale que dans 27 pour 100 des cas ; je pourrais dire 25 pour 100 seulement, car beaucoup des anesthésies générales que j'ai faites auraient pu être avantageusement remplacées par la cocaïne locale ou lombaire.

Les 337 anesthésies locales se subdivisent en 238 anesthésies lombaires, et 89 cocaïnes locales.

Les 129 anesthésies générales sont composées de 103 anesthésies mixtes par l'éther ou le chloréthyle au début, suivis du chloroforme, et 25 anesthésies par l'éther. Ces chiffres ne donnent pas l'expression exacte de ma pratique, beaucoup d'opérations au chloroforme ayant été faites en mon absence par mes internes, par le chirurgien de garde ou par mon collègue Beurnier qui m'a remplacé.

J'ajouterai que pendant l'hiver mon service est très mal chauffé, les malades y contractent des congestions pulmonaires qui me forcent à employer le chloroforme plus souvent que je voudrais, car avec l'éther les congestions pulmonaires sont plus fréquentes qu'avec le chloroforme.

Enfin, je n'emploie le chloréthyle que depuis peu de temps, et je suis persuadé qu'il supprimera à l'avenir le chloroforme pour toutes les opérations courtes pour lesquelles le chloroforme ou l'éther étaient employés autrefois.

J'administre le chloréthyle de la façon suivante : une compresse pliée en quatre doubles carrés, de 10 à 12 centimètres de côté est épinglée sur un carré de taffetas gommé de mêmes dimensions. On la place dans le creux de la main gauche, tandis qu'avec la droite on projette un fort jet de chloréthyle avec un ou deux tubes de Kélène.

Quand il s'est formé sur la compresse une tache de

la largeur de la paume, on l'applique hermétiquement sur le nez et la bouche du patient ; après quelques inspirations, celui-ci s'endort en trente à quarante secondes. L'anesthésie ne persiste que quelques minutes, de telle sorte qu'il faut ou renouveler la dose de chloréthyle ou passer à l'éther, ou au chloroforme. Le chloréthyle est très bénin, mais il ne peut servir pour les opérations un peu longues, car le malade se réveille et se rendort sans cesse, de telle sorte que l'anesthésie prolongée serait par trop tumultueuse.

Le chloréthyle s'emploie donc soit pour commencer l'anesthésie générale, soit pour les opérations très courtes.

L'éther me paraît le meilleur agent pour l'anesthésie générale ; il reconnaît cependant plusieurs contre-indications : on ne peut l'utiliser chez les malades qui ont dépassé soixante ans, ni chez les obèses, les emphysemateux, les asthmatiques, les touseurs, les enrhumés, à cause des congestions pulmonaires très graves qu'il détermine. On ne peut l'employer dans les opérations sur la face, ni sur les malades trachéotomisés. Il est contre-indiqué pour la chirurgie cérébrale. Chez certains malades il provoque une agitation violente, une sorte de délire furieux qui peut rendre l'anesthésie impossible. D'autres deviennent bleuâtres, asphyxique d'autres ont des mucosités abondantes dans les bronches d'autres enfin présentent des syncopes d'intoxication. Je dirai aussi que le malade qui a déjà passé sous le masque à éther trouve le procédé si désagréable qu'il se refuse à récidiver.

A part ces exceptions, l'éther est un excellent anesthésique, et il me paraît bien préférable au chloroforme, quoiqu'il soit bien loin d'être aussi bénin que le disent nos collègues lyonnais.

J'ai remarqué qu'il y a entre l'éther et le chloroforme un antagonisme absolu : l'éther dilate la pupille, le chloroforme la rétrécit ; l'éther congestionne la face, augmente le nombre et la force des battements du cœur, le chloroforme pâlit la face, ralentit et affaiblit les pulsations cardiaques. Le premier fait sécréter les bronches, l'autre les sèche ; bien plus, les malades qui supportent mal l'éther supportent bien le chloroforme, et *vice versa*, de telle sorte qu'on peut dire que les deux produits sont l'antidote l'un de l'autre.

Dans ma pratique actuelle, le chloroforme n'est plus que la paria de l'anesthésie ; il bénéficie seulement des cas qui ne peuvent s'accommoder de la cocaïne locale ou lombaire du chloréthyle pulvérisé ou inhalé, ou enfin de l'éther. L'anesthésie générale est indiquée chez les malades qui redoutent d'assister à leur opération ; mais ceux-ci se raréfient de jour en jour à mesure qu'ils apprennent à mieux connaître les dangers de cette méthode.

L'anesthésie générale est indiquée actuellement pour les laparotomies profondes, et encore il n'est nullement prouvé que les perfectionnements de la cocaïne