

la chair vivante. Il ne convient pas de manœuvrer avec le couteau sur le vivant avec aussi peu de souci que sur le cadavre, à moins d'y être contraint par le procédé et la sûreté de l'opération.

L'anesthésie, m'observera-t-on, permet de se hâter lentement, je l'admets, mais pas indéfiniment. Le chloroforme, en immobilisant le malade et en lui faisant oublier ses souffrances, ne confère pas à l'opérateur le droit de s'accorder des loisirs qui peuvent coûter la vie à l'opéré. Sur ce point, je désire être bien compris. Je n'entends pas dire qu'il faille sacrifier la sûreté à la vitesse—le *tuto* au *citò*, mais il ne faut pas, non plus, oublier le *jucunde*.

J'objecte encore contre la raquette antérieure, même améliorée, vu qu'elle exige de l'opérateur des connaissances anatomiques très pratiques et des habitudes de dissection que n'ont certainement pas ceux qui ont laissé les bancs de l'école depuis de nombreuses années, et qui peuvent cependant être appelés à pratiquer d'urgence cette périlleuse opération. Une autre objection qui n'est pas la moindre, c'est que la cicatrisation se fera inévitablement dans le voisinage trop médiat de l'ischion. Si l'opéré ne marche pas sur cette cicatrice, il ne pourra se servir d'appareils prothétiques sans la contusionner. Le cas de M. Verneuil doit être regardé comme privilégié. Toutefois je reconnais que ce procédé est beau et scientifique, mais il est trop long dans son exécution. Il a, de plus, les inconvénients du lambeau antérieur, et peut, comme dans le cas de M. Sédillot, obliger le chirurgien à faire une vingtaine de ligatures. Le sommet de la raquette confinant presque au pli de la fesse, l'artère sciatique est inévitablement divisée ; là encore il faudra de nombreuses ligatures. Comme dans l'opération de Manec, je le répète, c'est trop de fil.

Vous savez, me dira-t-on, qu'autrefois l'idéal était d'opérer rapidement, mais dans nos jours de progrès, le précepte est de procéder lentement, très lentement même. Je réponds que tel n'est pas l'enseignement dans l'état actuel de la science, puisque M. Farabeuf nous dit (*Manuel opératoire*, page 660) : “ Dans tous les procédés, la *lenteur* est un défaut si elle n'est pas exigée par la sécurité. Faire bien, dit-il encore, (page 141) avant tout faire bien, *vite si l'on peut*, mais faire bien, telle est la règle du jour.”

Cette règle, l'opérateur ne doit jamais la méconnaître. Le chirurgien doit être sensible sans être timide, ferme sans être cruel, hardi sans être téméraire, actif sans être aveuglement précipité ; s'il ne réunit ces précieuses qualités, il n'est qu'un vulgaire charcutier indigne de manier le bistouri.

J'ai accepté la tâche de démontrer que le procédé à lambeau postérieur unique pour la désarticulation coxo-fémorale, tel que je le conçois et tel que je l'ai pratiqué, est préférable à tous les procédés connus ; j'ose espérer que je n'ai point fait une entreprise dont la réalisation est hors des limites du possible.

(A continuer.)

---

**Gelsemium et tétanos.**—Le Dr. Marion Sims rapporte (*British Medical Journal*) un cas de tétanos traumatique chez une femme de vingt ans, guéri par l'usage de l'extrait fluide de gelsemium à dose de 20 minimes d'abord, puis de 40 minimes toutes les deux heures.—(*Physician and Surgeon.*)