

Quelle conduite va tenir alors le chirurgien? A première vue, en voyant l'état de ce membre, il serait tenté d'en débarrasser son patient. Mais ses connaissances et son expérience lui ont appris que ce serait ajouter un nouveau shock à celui déjà existant, et exposer par conséquent le blessé à une mort presque certaine; et que d'un autre côté, tout en lui sauvant la vie il pourra peut-être lui conserver son membre, quitte à le lui amputer plus tard, s'il y a nécessité, quand le malade sera remonté de son shock. Il stimule son patient et lui fait un premier pansement.

La plaie est largement débridée et débarrassée des esquilles, puis le chirurgien en fait un grand lavage. Pour ce lavage, certains chirurgiens se servent de trois antiseptiques: sublimé au 1/1000, ac. phénique à 25/000, eau oxygénée au 1/3. La plaie renfermant une grande variété de microbes, tous ne sont pas également sensibles au sublimé, au phénol et à l'eau oxygénée. Voilà pour le pansement temporaire. Reste le pansement permanent. Celui-ci se fait au moyen de gazes imbibées d'une solution composée de

Iodoforme,

Gaiacol,

Eucalyptol,

Baume du Pérou,

Ether.

On refait aussi le pansement tous les jours. Au troisième jour on ne lave plus qu'à l'eau oxygénée, afin de ménager la susceptibilité des cellules. Avec cette méthode les résultats obtenus seraient excellents.

D'autres chirurgiens se contentent, après débridement de la plaie et ablation des esquilles, de faire de grands lavages à l'eau oxygénée, à l'acide phénique, au permanganate ou à l'alcool.

Il y en a qui se servent de la teinture d'Iode. Pour les premiers pansements la teinture d'Iode est un excellent moyen, mais employée trop souvent, elle finit par nécroser les cellules, et dimi-