

vention, des sujets hépatiques développent subitement une jaunisse et de l'insuffisance hépatique et meurent sans que rien — souvent faute d'examen attentif pré-opératoire — fasse prévoir une issue fatale ou que l'on puisse rien faire pour éviter celle-ci.

Nous ne faisons que signaler, en passant, quelques-uns des points dont il faut tenir compte et que, la plupart du temps, l'on ne recherche pas. Une expérience d'au-delà de 4000 anesthésies personnelles et de plus de 2000 entre les mains de d'autres, depuis 20 ans, nous permet d'insister, avec connaissance de cause, sur l'importance de ce sujet, de désirer que l'on y porte plus d'attention dans l'avenir et que l'on étudie avec soin chaque personne avant de l'endormir.

L'anesthésie ne devra jamais être prolongée inutilement : tout devra être prévu, afin qu'il n'y ait aucune perte de temps. Le chirurgien, quoiqu'il doive prendre tout le temps nécessaire pour bien opérer, n'a pas le droit d'exposer la vie ou la santé de son patient en faisant prolonger l'anesthésie pour des futilités, pour des explications qui retardent l'opération ou pour des tâtonnements non justifiés.

Il n'y a guère que le bromure d'éthyle qui se donne à doses massives dès le début : on ne doit pas étouffer son malade avec aucun autre anesthésique. Il n'y a que la méthode progressive qui soit admissible aujourd'hui. Une fois le malade connu et ses susceptibilités notées — lorsque le médecin a remarqué le fonctionnement, sous l'effet de la drogue, de chaque organe qu'il interroge : pupilles, réflexes, respiration, circulation, etc., — alors, *et alors seulement*, il peut pousser le sommeil profond au degré voulu.

Il faut que le malade soit entouré de tranquillité, de personnes sympathiques, qu'il soit encouragé, qu'il ait confiance. On prescrit de la musique — des berceuses (!) ; on vient de signaler les frictions méthodiques sur la poitrine, etc., pour procurer rapidement un sommeil paisible. Nous nous sommes parfois bien trouvé d'un moyen analogue, dont nous nous servons pour susciter le sommeil chez des patients atteints d'insomnie : Nous suggérons au patient de respirer naturellement et de croire qu'il voit entrer et sortir l'air de ses narines pendant chaque respiration. Cette fixation de l'esprit amène dans quelques instants chez certains sujets, un sommeil calme.

Il faut que le patient soit endormi suffisamment pour éviter les réflexes intenses et subits qui peuvent déterminer une syncope respiratoire ou circulatoire, parfois mortelle. Cela semble se voir plus fréquemment dans les opérations sur la bouche, l'anus et le rectum. Nous avons été témoin de deux cas de morts qui sont survenues dans ces conditions : une chez une fille d'environ dix-huit ans, opérée pour un lupus de la gencive et une chez une femme d'une soixantaine d'années, sur laquelle on pratiquait un Whitehead pour des hémorroïdes.

Il importe que le médecin soit au fait de tous les moyens de résurrection. Dans notre service hospitalier, nous exigeons qu'un *fil — non pas une pince* — soit placé sur la langue, dès que le patient est un peu sous l'effet de l'anesthésique. La langue est traversée au milieu, sur le plat, par une aiguille courbe portant une soie ou un crin de Florence, dont on attache les chefs de manière à faire une anse qui nous rend absolument maître de l'organe, sans le blesser. Par cette précaution nous évitons la pince brutale et la course à la recherche de la langue, car le malade ne peut plus l'avalier. C'est un procédé que nous avons employé depuis plusieurs années, même avant que le professeur Poncet ne l'eût signalé. La traction de la langue devient ainsi très facile et est toujours sous l'entier contrôle du médecin.

Parmi les procédés de résurrection, celui qui nous à donné les meilleurs résultats, c'est l'aspersion avec de l'eau froide, combinée ou non à la position renversée — tête en bas. Nous faisons tomber, d'une bonne hauteur, un courant d'eau froide, sur toute la poitrine et surtout sur la région précordiale. Nous avons une telle confiance dans ce moyen, qui nous à réussi dans maintes circonstances — alertes bleues et alertes blanches — que c'est le premier auquel nous avons recours, le supplémentant — quand c'est possible, du renversement du malade et des tractions rythmées de la langue. Nous n'avons jamais vu mourir de patients où ce moyen avait été rigoureusement employé, et cela dans un grand nombre d'alertes.

Ayant exposé ces quelques notions personnelles, nous arrivons à la question de l'éducation que l'on doit donner à l'étudiant en médecine sur ce point vital. Tous les ans, nous déplorons le fait que nos jeunes médecins sont reçus et qu'ils demeurent dans une ignorance, nous dirons volon-