

d'insister? ne s'agit-il pas là, de la part du chirurgien de Vienne, d'une spirituelle mais allémande plaisanterie, faite pour jeter un peu de gaieté, dans un magistral et aride travail.

2° *L'action irritante sur la peau et sur les plaies.*

1° La peau des mains des chirurgiens et de ses aides. « Mes assistants, comme moi, dit encore Billroth, avaient les mains toujours brunes ou écorchées, tellement que, en dehors des opérations, nous ne pouvions presque jamais être sans gants; en outre nos mains étaient sans cesse excochées et semblaient toujours sales malgré de fréquents lavages. » Il est évident que si ce tableau n'est pas exagéré cette action irritante sur la peau des mains du chirurgien serait au passif de l'acide phénique une note d'autant plus fâcheuse que la même action devrait se reproduire sur la peau de la région blessée recouverte du pansement. Mais n'y a-t-il pas là une peinture tant soit peu sombre et fantaisiste? ceux qui ont manié l'acide phénique et le manient tous les jours en seront convaincus, à moins d'admettre que l'acide phénique employé à Vienne jouit de propriétés spéciales ou que les épidermes Viennois sont particulièrement délicats.

La vérité est que les solutions phéniquées produisent aux mains du chirurgien une sensation de corrugation, de sécheresse et de chaleur d'autant plus vive que les solutions sont plus fortes. Les solutions concentrées produisent même une desquamation épidermique légère qui disparaît au bout de 48 heures, si l'on a eu le soin de se laver les mains à l'eau pure. La peau s'habitue d'ailleurs rapidement, par l'usage, au contact phéniqué, et devient absolument indifférente. D'ailleurs les mains ne conservent aucun aspect qui puisse autoriser l'accusation de saleté, et je n'ai noté de crevasses qu'en hiver. Mais pour qu'il en soit ainsi il faut employer des solutions absolument pures et complètes d'acide phénique très pur lui-même.

Or la solubilité de l'acide phénique dans l'eau n'est pas infinie; Dorvault (1) donne pour la limite de la solubilité dans l'eau, 1 pour 100. En revanche, l'acide phénique est très soluble dans l'alcool. Donc pour obtenir sûrement des solutions complètes, il faut toujours 3 ou 4 fois autant d'alcool que d'acide phénique. On évitera ainsi les solutions contenant en suspension des globules infiniment petits d'acide phénique. Et ce sont justement ces globules non dissous qui en se déposant sur la peau produisent une cautérisa-

(1) Dorvault, *Officine*, 1872, p. 212.

tion véritable et engendrent ces excochations, ces érythèmes et même ces eczèmes dont on a fait un tel épouvantail. Toutes les solutions dont je me sers, sont toujours mélangées de 3 d'alcool pour 1 d'acide phénique; M. Gosselin conseille même d'ajouter 3 d'alcool pour les solutions faibles à 1 pour 100 ou 1/40 et 5 pour les solutions fortes 1/20. Avec cette précaution, on peut même injecter des solutions fortes dans les cavités muqueuses, la cavité vaginale par exemple, sans observer aucun accident, aucune excochation et aucun érythème.

Quant à la pureté de l'acide phénique lui-même, c'est un point non moins important. L'acide cristallisé en beaux cristaux blancs doit seul être employé; tout autre est irritant.

2° La peau de la région recouverte du pansement et la plaie elle-même.

On a reproché à l'acide phénique de faire naître sur la peau de la région recouverte du pansement et sur la plaie elle-même, lorsque la réunion n'est pas recherchée, non seulement les mêmes effets caustiques et irritants que sur les mains du chirurgien, mais encore des inflammations et des irritations véritables, c'est-à-dire l'érythème et l'eczéma phéniqués.

Je n'aurai qu'à répéter ici ce que je viens de dire: ces divers accidents s'observent seulement lorsque l'on fait usage de solutions impures ou incomplètes. Avec les solutions complètes, suffisamment alcoolisées, on ne les observe pas ou du moins ils sont tellement rares qu'on les cherche et qu'on les cite comme des curiosités.

Sur la plaie, l'acide phénique aurait, dit-on, une action irritante. Lorsqu'on arrose une plaie fraîche avec de la solution forte (5 0/0), elle prend une teinte grise, elle pâlit passagèrement et les liquides mélangés de sang qui s'écoulent sont d'une couleur gris lie de vin sale caractéristique. Le blessé éprouve une sensation de chaleur et d'engourdissement, mais point de douleur. Si, sans chercher la réunion, on place sur la plaie un pansement phéniqué simple, le pansement antiseptique ouvert de M. Verneuil, fait avec la solution à 2,5 0/0, voici ce qu'on observe: une heure après l'application, le blessé ou l'opéré ne souffre plus et éprouve dans la région de sa plaie une sensation de bien-être. On renouvelle le pansement suivant les règles; la plaie bourgeoise et prend le meilleur aspect qu'il soit possible de désirer. Il suffit d'essayer et d'observer pour constater de si bons résultats. Jamais de rougeur des lèvres de la solution de continuité, jamais de bourgeons charnus exubérants ou grisâtres ou malades;

bien mieux, si parfois un abcès menace dans un recoin de la plaie, le meilleur topique est une injection phéniquée. Ceux qui croient à la théorie des germes et à l'existence d'un agent pyrogène et d'un agent phlogogène, comprendront d'ailleurs parfaitement cette action antiphlogistique des solutions phéniquées pures et complètes.

Qu'il n'en soit pas de même pour la gaze dite de Lister, cela est possible; que sous cette gaze on observe quelquefois de l'eczéma ou de l'érythème, cela est même indéniable et cela se conçoit étant donné le mode de préparation de cette pièce de pansement. La gaze de Lister contient environ :

1 partie d'acide phénique cristallisé.
5 parties de résine ordinaire.
9 parties de paraffine.

C'est un mélange et non pas une solution, et l'acide phénique pur y existe à l'état de division excessive et non pas de dilution. Il s'ensuit que des parcelles d'acide peuvent, en arrivant au contact de la peau, produire une véritable cautérisation superficielle, ou une vésication. Toutefois cet effet est véritablement rare et exige, pour se produire, une prédisposition du blessé. Il ne constitue, en tous cas, un inconvénient sérieux que pour ceux qui n'ont pas éprouvé le pansement de Lister. Il faut compter d'ailleurs avec les éruptions septicémiques, il faut savoir que chez les herpétiques toute blessure peut déterminer des dermatoses, par rappel de diathèse.

3° *La nullité d'action comme topique.* — L'un des arguments invoqués contre l'acide phénique et en faveur de l'alcool par les fidèles de ce dernier agent, est que l'acide phénique s'adresse au milieu tandis que l'alcool agit sur le terrain c'est-à-dire sur la plaie. Je trouve cette critique en discordance absolue avec la précédente, c'est-à-dire avec l'action irritante de l'acide phénique, si vivement reprochée par les mêmes chirurgiens. Il faudrait s'entendre en effet: si l'acide phénique n'agit pas sur la plaie, il ne saurait l'irriter; et s'il l'irrite, c'est qu'il exerce une véritable action topique et qu'il agit sur le terrain aussi bien et même mieux, je pense, que l'alcool.

Or nous venons de voir à quelles limites doivent être ramenées les prétendues propriétés irritantes de l'acide phénique, nous venons de voir que les solutions à 2 0/0 ou 1 0/0 se montrent au contraire antiphlogistiques et calmantes. Quelle meilleure action topique peut-on donc exiger?

Les solutions fortes à 5 p. 100 ne sauraient être par personne taxées d'inactivité sur les plaies. L'avantage et le but de ces solutions est justement leur action à la fois antiseptique et topique. Elles modifient les surfaces, pénètrent les éléments anatomiques superficiels et les globules de sang épanchés et leur communiquent ce caractère d'imputrescence sur lequel MM. le professeur Gosselin et A. Bergeron ont si justement insisté. Cette action spéciale, engendrant l'*altération antiseptique*, MM. Gosselin et A. Bergeron la démontrent par les expériences les plus catégoriques, et ils la reconnaissent non pas seulement aux solutions fortes mais aux solutions à 2 et à 1 p. 100. Qu'est-ce donc cela, sinon une action topique des plus précieuses et qui justifie d'ailleurs les vertus antiphlogistiques que la clinique accorde aux solutions phéniquées?

4° *L'infidélité comme antiseptique.* — C'est là une critique dont MM. Gosselin et A. Bergeron ont d'ailleurs prouvé l'inanité par leurs expériences, et qui est victorieusement réfutée par le simple exposé des résultats cliniques des différentes formes du pansement phéniqué.

Quiconque a bien voulu observer sans parti pris, a pu se convaincre de l'absence complète d'odeur sous les pansements phéniqués bien faits, que ce soit le pansement de Lister ou tout autre. Billroth compte encore parmi ceux qui ont découvert que l'acide phénique n'empêchait pas l'odeur putride, « la puanteur sous le pansement était souvent épouvantable », dit-il (1). Il est vrai qu'en se reportant deux lignes plus haut on trouve, donnée par Billroth lui-même, l'explication à la fois de cette puanteur et des succès. « Je vis pourtant aussi, dit-il, de nombreux cas où la réunion immédiate ne réussit pas, où un érysipèle intense ou un phlegmon se développèrent sous le pansement et furent d'autant plus graves que je suivis scrupuleusement le précepte de laisser le pansement longtemps en place! » Or si Billroth avait bien voulu se pénétrer des préceptes formulés par Lister, il aurait vu que le pansement de Lister ne doit pas être laissé longtemps en place, les premiers jours au moins, et que c'est justement en cela qu'il se différencie des pansements rares proprement dits. Quoi d'étonnant dans les mauvais résultats et dans la puanteur, si l'on transgresse les règles fondamentales du pansement.

Au surplus, il ne s'agit pas spécialement du pansement de Lister; essayez donc le pansement antiseptique ouvert de M. le professeur

(1) Billroth, *Chirurgische Klinik*, 1879, p. 26.

Verneuil, avec les pulvérisations phéniquées toutes les deux heures et voyez si vous avez cette « puanteur épouvantable ». J'affirme que vous n'en aurez pas; je soutiens que si par hasard il survient un peu d'odeur, la faute en sera au garde-malade qui aura fait les pulvérisations irrégulièrement ou incomplètement, et que le meilleur remède à intervenir sera un lavage soigneux à l'eau phéniquée.

Il ne s'agit pas ici de théories plus ou moins bien assises et discutables, il s'agit de faits et de faits d'une simplicité et d'une clarté sans pareilles. Nier la valeur antiseptique de l'acide phénique, en vérité, c'est nier l'évidence, c'est nier les progrès de la chirurgie moderne, c'est se mettre en contradiction avec l'expérience acquise aujourd'hui de la majorité des chirurgiens qui suivent les progrès de la science. Je ne fais pas ici un plaidoyer enthousiaste et je ne veux user que de l'éloquence des faits; je n'ai aucune partialité n'ayant rien inventé, et ayant borné mon rôle à celui d'observateur et de critique; aussi ne puis-je concevoir la raison des divergences qui existent entre les chirurgiens au sujet de l'appréciation de la valeur clinique de l'acide phénique comme agent de pansement antiseptique. En fin de compte, les faits sont les faits: et lorsqu'un chirurgien vient vous montrer une statistique telle que celle de Volkmann et de Verneuil pour les fractures compliquées ou telles que celles que Monod a fait connaître à la Société de chirurgie (1), il n'y a pas à chercher des échappatoires, il faut s'avouer que si l'on n'obtient pas de résultats semblables, c'est que l'on commet quelque faute fondamentale dans l'application des procédés de pansement recommandés. Je pense donc que ceux qui n'ont pas obtenu du pansement phéniqué les résultats antiseptiques obtenus par les Lister, les Verneuil, les Gosselin, les Trélat, les Lucas Championnière, les Volkmann et tant d'autres, n'ont pas su s'en servir ou en ont mal surveillé l'emploi. L'acide phénique est en effet un antiseptique si sûr, lorsqu'il est bien manié, que le chirurgien qui en prescrit l'usage, peut affirmer d'après la marche de la plaie et de la fièvre traumatique, la bonne ou la mauvaise exécution de sa prescription. Il est de toute évidence, du reste, que le pansement phéniqué ne saurait mettre à l'abri des accidents qui incombent à l'état général du blessé; chez les alcooliques, chez les diabétiques, chez les albuminuriques,

(1) Monod, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 22 février 1882, p. 121.

les paludiques, les rateux, les tuberculeux, etc., il n'est en effet pas de pansement qui ait la puissance de conjurer les accidents déterminés par les diathèses.

5° *La toxicité.* — C'est l'un des reproches les plus graves qui puisse être formulé contre un agent thérapeutique du moins, lorsque cette toxicité dépasse certaines limites. La thérapeutique en effet serait bien désarmée, s'il fallait rayer de son codex tous les médicaments capables de déterminer un empoisonnement. L'art du médecin consiste justement à manier des agents toxiques de telle façon et à telles doses, que leurs effets dangereux, pour ainsi dire ébauchés, se produisent dans des proportions salutaires. L'acide phénique rentre dans la loi commune des médicaments actifs; comme l'opium, la belladone, la strychnine et tant d'autres, et même comme l'alcool, c'est un poison.

A. Je dis que la puissance toxique de l'acide phénique n'est pas si grande qu'on a bien voulu le prétendre et qu'elle ne se manifeste que dans certaines conditions.

Ils sont, il est vrai, nombreux les chirurgiens qui ont signalé l'intoxication comme l'un des méfaits les plus graves de l'acide phénique, mais ils sont, en revanche, peu nombreux ceux qui ont bien voulu ne pas se borner à répéter ce qu'ils avaient entendu dire et qui se sont donné la peine d'étudier et de vérifier cette intoxication.

Billroth compte au nombre des derniers; et l'on trouve dans sa « *Chirurgische Klinik* » un article très étudié sur l'intoxication phéniquée (1), d'où ce chirurgien croit pouvoir conclure que le danger de l'intoxication est suffisant pour faire rejeter l'acide phénique. Or il cite seulement 9 cas d'intoxication, sans dire sur combien de blessés traités par un pansement phéniqué. Il est évident toutefois qu'un clinicien, tel que Billroth, a dû expérimenter longuement et sur un bon nombre de blessés, avant de lancer une condamnation aussi sévère que celle qu'il prononce, sur un agent vanté, d'autre part, par des chirurgiens fort considérables. D'ailleurs sur les 9 cas, il y en a 4 terminés par la guérison et 5 avec issue funeste. En outre l'analyse de ces 9 cas permet de reconnaître que partout et toujours il s'agissait, soit de brûlures, c'est-à-dire de plaies douées d'une puissance d'absorption particulière et reconnue égale à celle d'une plaie de vésicatoire (1 cas), soit de plaies anfractueuses lavées avec des solutions phéniquées, sans qu'on

(1) Billroth, *Chirurgische Klinik*, 1879, s. 39.

ait sans doute pris un soin suffisant d'assurer l'écoulement complet du liquide de lavage (8 cas). Billroth conclut à l'exclusion de l'acide phénique. Je pense qu'il est plus juste de conclure que dans tous les cas de plaies profondes et anfractueuses, le premier soin du chirurgien qui croit utile de pratiquer des lavages phéniqués doit être d'assurer la sortie complète du liquide de lavage, afin d'en éviter l'absorption dans les cavités où il séjournerait; que dans le cas de brûlure, il faut proscrire les lavages phéniqués et le pansement à la gaze de Lister. Je considère ces 5 faits malheureux comme des écoles devant apprendre au chirurgien à manier l'acide phénique.

Ce ne sont d'ailleurs pas les seuls qui aient été relatés. Kuster, Nussbaum, M. Lucas Championnière, M. Inglessi, ont écrit sur l'intoxication phéniquée des chapitres, qui chacun ont leur mérite. Or de la lecture de ces travaux et de l'analyse des observations sur lesquelles ils se fondent, il ressort avec évidence que dans presque tous les faits mortels, il s'agissait de plaies creuses, la plupart intéressant le tissu cellulaire périréctal, dans lesquelles il avait été poussé des injections phéniquées fortes. D'autres fois il s'agissait de plaies de cavités muqueuses. D'autres fois encore, comme dans les cas si remarquables de M. Lucas Championnière, il s'agissait de lésions cutanées superficielles, érythème des fesses, chez des enfants en bas âge, trop largement traitées par l'application de compresses imbibées d'huile phéniquée à 1/10.

En résumé, le nombre des observations d'intoxication confirmée est restreint, surtout à côté du nombre considérable de blessés qui sont journellement pansés à l'aide de l'acide phénique! Certes c'est un document dont il faut tenir compte, mais seulement dans une juste limite.

On saura dorénavant que sur les brûlures et les larges excoriations épidermiques, l'acide phénique doit être sinon proscrit, du moins employé avec prudence et ménagement. Que dans les plaies des cavités muqueuses jouissant d'un pouvoir d'absorption physiologique, dans les plaies anfractueuses, avec trajets et foyers profonds au sein du tissu cellulaire ou du tissu osseux, les injections phéniquées sont dangereuses, surtout si l'on ne prend soin de veiller à l'issue facile du liquide injecté.

Les plaies anfractueuses des os ou du tissu cellulaire sont même celles qui exposent le plus à l'intoxication phéniquée. Dans les plaies des cavités muqueuses, l'empoisonnement par l'acide phénique est indubitablement à craindre,

mais c'est cependant un accident rare, ce qui s'explique d'ailleurs par la facilité ordinaire de l'écoulement des liquides dans les plaies de ce genre; et aussi par l'application non encore généralisée de la méthode antiseptique au traitement des plaies cavitaires. Je n'en connais qu'un seul cas observé dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, et c'est même le seul cas d'intoxication dont l'éminent professeur ait jamais été témoin.

Il s'agissait d'une femme ayant subi l'opération de la rectotomie linéaire. La désinfection du rectum fut opérée à l'aide d'injections répétées toutes les deux heures, avec une solution phéniquée à 2 p. 100. Un purgatif avait été donné la veille, ce qui devait activer encore l'absorption intestinale. La première injection phéniquée, administrée aussitôt après l'opération ne ressortit pas entièrement. On reporta la malade dans son lit et quelques temps après on injecta une nouvelle seringue dans le rectum. L'opérée était alors parfaitement réveillée du chloroforme et semblait en bon état. Entre 2 et 3 heures de l'après-midi on fit une nouvelle injection. Déjà la malade était devenue somnolente, mais cet état fut attribué au chloroforme. Cependant les phénomènes de dépression s'accrochèrent, la face devint livide, la température descendit à 32°2, des vomissements survinrent avec un état de torpeur fort inquiétant. On fit des injections sous-cutanées d'éther et des frictions, on administra des cordiaux et l'on parvint enfin à ranimer un peu la malade.

Le lendemain matin, la stupeur avait disparu, mais il existait encore de l'abattement. Les urines étaient rares. On ne fit qu'un traitement anodin.

Le surlendemain, troisième jour, les urines revinrent en abondance avec la coloration brun verdâtre, caractéristique et que l'on observe le deuxième ou troisième jour chez tous les opérés pansés à l'acide phénique.

Volkmann (1878), dans son très intéressant travail sur l'extirpation du rectum (1), déclare préférer les injections au salicylate de soude, aux injections phéniquées, « parce que l'usage d'une solution même faible d'acide phénique, détermine rapidement des symptômes d'intoxication ». Mais il ne relate aucune observation confirmative.

Nussbaum (1881) (2), dans le chapitre qu'il consacre à l'intoxication phéniquée, « estime aussi dangereuse que l'injection intra-veineuse, l'irrigation forcée des plaies cavitaires récentes

(1) Volkmann, *Ueber den Mastdarmkrebs und die Exstirpation recti (Sammlung Klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1878. Abth. V. N° 131. S. 1121).*

(2) Nussbaum, *Die antiseptische Behandlung*, traduction par E. de la Harpe, 1880, p. 161.

avec l'acide phénique. Dans ces conditions, dit-il, il peut arriver facilement en effet que le poison soit poussé dans une veine béante. » Il relate même un exemple d'intoxication phéniquée dans un cas d'extirpation du rectum pour un cancer annulaire de 0^m,06 de hauteur (1).

L'opération avait été faite au bistouri et le bout supérieur de l'intestin avait été fixé à l'incision cutanée par 18 points de suture. Une couronne de drains fut disposée autour de l'intestin abaissé, et c'est à travers ces drains, dans la plaie saignante et non dans le rectum lui-même que furent poussées les injections phéniquées. Ces injections ne ressortirent pas ou ressortirent mal; il s'ensuivit une intoxication mortelle.

C'est donc autour du rectum abaissé et suturé à la peau et non dans le rectum lui-même que Nussbaum et même que Volkmann font des injections antiseptiques. Malgré le voisinage de l'intestin, il ne s'agit donc pas à proprement parler d'injections dans des cavités muqueuses, mais bien de plaies profondes du tissu cellulaire.

Je crois néanmoins que dans les plaies des cavités muqueuses l'intoxication est à craindre surtout, je le répète, lorsque le retour du liquide ne se fait pas ou se fait mal et la faute incombe alors uniquement au chirurgien. Les empoisonnements par absorption d'acide phénique après ingestion dans l'estomac sont rares, j'en connais cependant un exemple survenu par accident chez un militaire à qui l'on avait donné par erreur à boire un verre d'une solution phéniquée au lieu d'un verre d'une solution de sulfate de soude (2). Cet exemple suffit pourtant à prouver la possibilité de l'intoxication par l'absorption à travers une muqueuse intacte et par conséquent la possibilité de l'intoxication à la suite d'un lavement poussé et retenu dans un rectum atteint de plaie opératoire ou accidentelle.

Mais le danger de cette intoxication n'est pas égal pour toutes les cavités muqueuses. Dans les cavités intestinales, par exemple, où la puissance d'absorption est physiologiquement fort grande pour tous les liquides, l'intoxication menace davantage; or, comme rien n'oblige en résumé à s'y exposer, puisque la chirurgie possède plusieurs autres agents antiseptiques très efficaces, il sera bon de ne recourir à l'acide phé-

(1) Nussbaum, *Ibid.*, p. 166.

(2) Je ne saurais malheureusement fournir plus de détails faute d'indication bibliographique exacte.

nique pour le pansement des plaies de ces cavités que faute de mieux, ou encore si l'on veut employer l'acide phénique comme antipyrétique; mais alors on réglera les doses.

Au contraire dans la vessie, le vagin, l'utérus dont les muqueuses sont à peu près imperméables, l'acide phénique pourra être manié sans frayeur, bien qu'avec les précautions requises par tout pansement antiseptique d'une plaie cavitaire.

A côté des cavités muqueuses se placent naturellement les cavités séreuses et les cavités pathologiques (poche d'un abcès par exemple). L'intoxication y est moins à redouter, mais il en existe cependant des exemples. Billroth en a relaté un cas suivi de mort chez une femme opérée d'un kyste de l'ovaire. Or, chez cette femme on avait fait le drainage vaginal et l'on poussait des injections phéniquées par le drain. Que devenait l'eau injectée? Mystère: ce qui est certain, c'est qu'il en restait une bonne quantité dans le péritoine.

Nussbaum relate un exemple d'empoisonnement suivi de guérison dans un cas de laparotomie pour étranglement interne faite sous le spray de deux pulvérisateurs puissants, sans dire le titre de la solution phéniquée. Or il est évident qu'ici les deux pulvérisateurs avaient projeté sur l'intestin et dans l'abdomen une quantité considérable de vapeur qui s'était condensée, et avait été enfermée dans le ventre lors de la suture. Aucune nouvelle quantité d'eau phéniquée n'ayant pu pénétrer dans le ventre après l'opération, la guérison est survenue. Au surplus il n'est guère besoin de longue dissertation pour prouver le peu de danger de l'intoxication phéniquée dans les plaies du péritoine; n'est-ce pas en effet le pansement de Lister qui a rendu possible sans témérité la chirurgie abdominale? Or si le contact de l'acide phénique et de la séreuse était fatalement ou même facilement la source d'un empoisonnement, la mortalité à la suite de l'ovariotomie ne serait pas tombée à 14 0/0 (Spiegelber, de Breslau) et même 10 0/0 (Spencer Wells), entre les mains des chirurgiens fidèles adeptes du pansement de Lister.

Les séreuses articulaires subissent également sans inconvénient aucun des lavages avec les solutions phéniquées les plus fortes. La chirurgie articulaire se permet même aujourd'hui, grâce aux procédés antiseptiques, des audaces justifiées par leurs heureux résultats.

Il en est de même des abcès par congestion que plusieurs chirurgiens, listériens convaincus, ne craignent pas d'ouvrir largement, de drainer

et même de laver abondamment avec une solution phéniquée, lorsque la poche est peu étendue et le point de départ peu éloigné, de telle sorte qu'il soit possible de tout laver complètement et d'éviter la rétention du liquide injecté. Les injections phéniquées sont au contraire dangereuses lorsque l'abcès par congestion a subi une longue migration et offre par conséquent plusieurs poches en bissac.

Les abcès pleuraux n'admettent aussi les injections phéniquées qu'au prix d'une intoxication presque certaine. La plèvre jouit en effet d'une grande puissance d'absorption; on ne peut d'ailleurs que très difficilement, même à l'aide de l'aspiration, évacuer tout le liquide injecté, en raison des clapiers et des recoins nombreux déterminés par les adhérences pleurales et en raison de la forme même de la cavité pleurale.

C'est donc partout et toujours la rétention d'une solution phéniquée injectée, ou le contact prolongé d'un pansement phéniqué avec une peau dénudée de son épiderme qui créent les conditions de l'intoxication phéniquée; ce seront donc là les deux dangers à éviter. D'ailleurs le titre de la solution phéniquée n'a qu'une influence médiocre. Il semble même que les solutions fortes soient moins dangereuses, par l'action caustique et coagulante qu'elles exercent sur les tissus muqueux ou autres et sur les liquides albumineux. Elles modifient en effet les qualités physiques et la puissance endosmotique de ces tissus; elles les recouvrent d'une couche d'albumine coagulée, en momifient les éléments anatomiques et provoquent le retrait des vaisseaux lymphatiques ou sanguins qui circulent à leur surface.

Faut-il, d'autre part, admettre que la prédisposition individuelle et le hasard jouent un rôle capital dans l'intoxication phéniquée? Nussbaum le pense; M. Lucas Championnière croit qu'il existe des susceptibilités. Cela est possible, mais en tous cas je ne puis concéder que ces prédispositions ou ces susceptibilités suffisent ordinairement pour conduire à une intoxication mortelle. Ces susceptibilités ne sont d'ailleurs pas d'ordinaire sans raison anatomique.

Il est plus que probable qu'elles dépendent généralement d'une maladie des reins, organe éliminateur de l'acide phénique: or c'est malheureusement ce qui n'a été recherché par personne. On est néanmoins obligé de l'admettre, si l'on réfléchit que l'un des symptômes de l'intoxication est la suppression des urines et que le retour des urines avec coloration vert sombre

est un signe favorable à la suite de l'intoxication confirmée.

En résumé de tout cas qui précède il est, je crois, légitime de conclure que l'acide phénique est toxique, mais que cette toxicité ne devient dangereuse que lorsque les pansements sont appliqués sous forme d'injections qui ne s'écoulent pas ou s'écoulent mal dans des plaies cavitaires, sous une forme quelconque, sur une surface cutanée dénudée de son épiderme.

B. Je dis même qu'un léger degré d'intoxication phéniquée est souvent utile à obtenir.

Lorsqu'on opère sur un foyer aseptique ou lorsque l'on traite immédiatement une plaie récente avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, l'infection de l'organisme n'a pas débuté, et le seul but à poursuivre est d'en empêcher la possibilité.

Mais lorsque l'on opère sur un foyer septique tel qu'une cavité muqueuse, ou lorsque l'on traite une plaie datant déjà de plusieurs heures, la tâche à accomplir est plus difficile. L'infection se produit immédiatement complète, dans le premier cas, par inoculation par le fait même de la blessure du foyer septique; elle débute, dans le second cas, avec la putridité des liquides épanchés à la surface de la plaie. Il faudra donc à la fois lutter pour arrêter la septicémie commencée résultant de l'absorption septique opérée avant le pansement et pour tarir la source septique où l'absorption puiserait de nouvelles doses de poison. Il faudra agir à la fois sur l'organisme infecté et sur la plaie infectante.

Sur la plaie un pansement antiseptique rigoureux avec lavage et désinfection préalable suffira. Mais pour arrêter l'infection de l'organisme, il faudra naturellement faire pénétrer l'antiseptique dans le sang avec lequel circule le poison. Il sera par conséquent utile que le blessé absorbe une certaine quantité d'antiseptique et subisse un premier degré sinon d'intoxication du moins d'imbibition.

La chirurgie n'a pas dit son dernier mot sur le traitement de la septicémie. La médecine semble même l'avoir devancée; elle traite en effet la fièvre typhoïde, cette septicémie médicale, par les antiseptiques. Le salicylate de soude marié au sulfate de quinine ont donné à M. Hallopeau de très remarquables résultats; l'acide phénique en lavements a donné à M. Desplats et à moi-même des succès des plus évidents. Je suis persuadé quant à moi qu'on arriverait par des procédés analogues à lutter avec utilité contre la septicémie chirurgicale. Mais, pour en revenir à l'acide phénique, il ne faut