Solution aqueuse faible :

Eau	1000 gr.
Acide phénique cristallisé	25 gr.

Pour se laver les mains, pulvérisation.

Solution alcoolique :

Alcool	100 gr.
Acide phénique cristallisé	20 gr.

Pour injecter dans la profondeur du foyer d'une fracture compliquée, exposée à l'air depuis quelque temps.

Huile antiseptique.

Huile d'olive n° 1	100 gr.
Acide phénique crist.	5 gr.

Pour les cathéters, spéculums, etc.

Huile d'olive n° 2	100 gr.
Acide phénique crist.	10 gr.

Employé comme topique etc.

Gaze antiseptique (1), le protectif, la soie phéniquée et le mackintosh préparés d'une manière particulière et sur laquelle nous ne croyons pas devoir insister.

1. Qu'on trouve ainsi que le protectif mackintosh à Paris chez Desnoix, rue vieille du Temple 17, et à Édinburgh chez Young.

BIBLIOTHÈQUE

Solution de chlorure de zinc.

Clorure de zinc.	8, 30 gr.
Eau dist.	100

On l'emploie dans les fistules, dans les orifices et dans tous les cas où on ne peut pas employer le pansement, car elle produit une eschare mince superficielle.

Cat gut.

Acide phénique cristallisé.	20
Eau dist.	2
Huile d'olive	100

Mettre l'eau avec les cristaux, puis l'huile, après quelques cailloux pour empêcher les cordes de toucher l'acide, et après les cordes qu'il faut laisser séjourner cinq à six mois pour qu'elles soient solides.

Le cat gut est employé pour les ligatures, sutures, etc.

Les éponges, tubes à drainage sont gardés dans une solution forte.

PRÉPARATION D'ACIDE BORIQUE.

Solution saturée à froid (4°/₀). Le *lint* est un linge mouillé dans une solution saturée à chaud, séchée et qu'on mouille dans une solution d'acide borique à froid avant de s'en servir. On l'applique sur la plaie et par dessus le protectif.

On emploie les préparations d'acide borique dans les plaies sensibles, les ulcères, etc.

Onguent borique.

Acide borique lavé.	1
Cire blanche	1
Parafine	2
Huile d'amandes	2

On l'applique au voisinage des orifices, à la face, etc.

L'acide salicylique (solution etc.) ne semble pas présenter un grand avantage sur l'acide phénique.

Le sulfite de soude recommandé par M. Minich (1) mérite une sérieuse attention. Du reste la méthode antiseptique doit se perfectionner de jour en jour et il faut avoir soin de profiter de toutes les ressources, dans les difficultés de la pratique.

Après avoir plongé les instruments, les éponges et tous les objets qui doivent être mis en contact avec la plaie dans la solution *forte*, nettoyez le champ opératoire avec la même solution. On se lave les mains dans la solution *faible*, et pour maintenir une atmosphère pure on pulvérise la solution faible par un appareil analogue à celui de Richardson ; mais comme en général il est insuffisant M. Lister en a fait construire un à vapeur qui est très-cher, et je crois qu'on doit préférer celui de M. Lucas-Championnière qui est beaucoup moins cher et remplit bien le

1. Ch. Minich. — *Cura antisettica delle ferite e proposita de un nuevo-methodo.* — Venise 1876.

BIBLIOTECA

but. En effet, il envoie un jet large et il est peu fatigant pour l'aide car on le fait marcher avec les pieds.

Pendant l'opération on entretient la pulvérisation ; on fait les ligatures avec le cat gut et quand l'opération sera finie on lave la plaie avec la solution forte, on met les tubes de Chassaignac. Ensuite le protectif ; après l'avoir nettoyé avec la solution forte, on l'applique pour éviter l'irritation produite par l'acide phénique de la gaze. Par dessus quelques morceaux de gaze mouillée dans la solution faible, et si on craint un écoulement trop fort de liquide on applique des éponges. Après on place huit feuilles de gaze qui doivent dépasser de beaucoup la plaie et entre les deux dernières on met une feuille de mackintosh de la même grandeur que celle de la gaze. Le mackintosh est l'étoffe imperméable qui a pour but de conserver l'atmosphère phéniquée et d'empêcher les liquides de traverser tout de suite le pansement. Enfin on met les bandes; celles de gaze sont préférables. M. Lister depuis peu de temps applique une bande en caoutchouc, seulement aux extrémités du pansement, afin que l'air ne filtre pas entre le pansement et le membre.

On change le pansement tout entier ou seulement les parties superficielles, suivant l'écoulement, suivant qu'il y a de la douleur, de l'odeur ou une élévation de la température ; car il est très-commun d'observer cette dernière quand il y a une rétention des liquides. Il faut laver les tubes dans la solution forte à chaque pansement, les couper, car ils se remplissent facilement de matières.

TAILLE SUS-PUBIENNE (1).

C'est le cas d'un jeune homme de 14 ans entré à l'hôpital pour se faire opérer de la pierre. Le professeur Lister, après avoir discuté le cas clinique se décida pour la méthode sus-pubienne. « Un des inconvénients, dit-il, que présente cette méthode c'est le risque qu'on court d'intéresser le péritoine. Mais cet accident, si justement redouté lorsqu'on doit soigner la plaie d'après l'ancien système, n'a pas une grande importance dans les opérations traitées antiseptiquement. J'ai soumis l'urine aux diverses épreuves (physique, chimique et microscopique) et je suis sûr qu'elle est exempte de toute putréfaction et comme jamais, dans mon service, on ne sonde un malade qu'après avoir préalablement plongé la sonde dans une huile antiseptique, je suis sûr qu'elle est encore physiologique au moment où je vous parle. »

L'enfant fut couché sur le dos et chloroformé; une éponge imbibée de la solution forte fut passée sur toute la région hypogastriqne et pubienne pour la purifier des bactéries et vibrions qui auraient pu y adhérer. Les instruments avant d'être employés furent plongés dans la même lotion ainsi que les mains des aides.

Le pulvérisateur, en fonction dans les mains d'un aide, enveloppe la région hypogastrique d'un nuage de solution phéniquée faible ; une incision longitudinale de cinq travers de doigt, suivant la ligne blanche est faite immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Les artérioles furent

1. Zayas Bazan, thèse 1873.

liées avant que l'incision pénétrât dans la cavité abdominale avec des ligatures fines de catgut.

M. Lister incise alors de façon à pénétrer dans l'abdomen; mais contrairement à ce qu'il avait cru en injectant dans la vessie une solution faible, le péritoine descendait jusqu'à la symphyse pubienne ; il fut donc coupé et immédiatement le grand épiploon fit hernie à travers la plaie. Le professeur Lister ne se troubla pas, l'expérience lui ayant déjà démontré que de pareils accidents traités antiseptiquement n'avaient aucune importance. Il réduisit l'épiploon et réunit la plaie avec le catgut. Il saisit ensuite la vessie avec des pinces à griffes et pratiqua ensuite une incision longitudinale d'environ deux travers de doigt sur les parois de ce réservoir. A travers la plaie, il introduisit l'index de la main gauche, tandis qu'il maniait avec la main droite les pinces avec lesquelles la pierre fut extraite.

C'était un beau calcul muriforme à la surface duquel s'observait un riche dépôt de cristaux pointus, ce qui expliquait la souffrance atroce du petit patient.

La vessie fut ensuite cousue avec le catgut.

Il faut que je rappelle en passant que tout ce travail avait lieu sous le nuage d'acide phénique que maintient le pulvérisateur.

Plusieurs points de suture furent ensuite pratiqués sur la plaie des téguments, en ayant soin de fermer l'incision le plus exactement possible du côté des parties génitales de façon à empêcher l'écoulement de se faire par cette extrémité de la plaie et on facilita au moyen d'un drainage l'écoulement des liquides par l'autre extrémité. C'est qu'en effet on voulait seulement éviter que le liquide écoulé

touchât le pénis, celui-ci étant une source de putréfaction.

Pour le pansement on augmenta les premiers deux ou trois jours, l'épaisseur de la gaze à laquelle on faisait avec les ciseaux une ouverture centrale pour mettre le pénis en dehors des pièces de pansement ; ensuite au moyen de bandes de la même étoffe fixées avec des épingles anglaises on serrait le tout.

Le malade ne présenta le jour après l'opération qu'un léger mouvement fébrile et de l'inappétence ; mais le troisième jour tout revint à l'état normal ainsi que l'appétit. En quelques jours la plaie devint superficielle et le malade guérit sans avoir présenté le plus faible indice des accidents qui, avec un autre traitement, se seraient, selon toute probabilité, déclarés.

BIBLIOTHÈQUE

CURE RADICALE DE HERNIES.

Hernie épiploïque irréductible, opération, guérison (1).

Avec la chirurgie antiseptique, l'ouverture des grandes cavités séreuses se faisant impunément, la cure radicale de la hernie doit certainement être reprise avec succès, au moins pour une certaine catégorie de cas. Voici en effet l'observation suivante :

Une femme de 43 ans portait dans l'aîne gauche une hernie volumineuse qui l'empêchait de vaquer à ses occupations de domestique. Cette hernie existait depuis quatre ans et n'avait jamais été réduite.

1. *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*. 1876, p. 548.

Elle mesurait quinze centimètres de hauteur sur dix de large. Pour le contenu le diagnostic était douteux.

Une ponction donna issue à trois cent trente grammes de liquide, puis on sentit des masses dures et irréductibles. Une incision faite sur la tumeur permit de constater qu'il s'agissait bien d'une hernie crurale ; elle fut ouverte ; on y trouva des masses épiploïques adhérentes entre elles. Il n'y avait pas d'anses intestinales, mais la communication existait bien car on attira au dehors le nouvel épiploon.

L'épiploon fut lié par petites portions avec de la corde à boyau préparée à l'acide chromique. Quinze ligatures furent appliquées. Au-dessous, la masse épiploïque fut coupée. Le sac fut alors réséqué et ses parois suturées avec la même corde à boyau par dessus les précédentes ligatures ; on plaça deux tubes à drainage et la plaie fut suturée avec la corde à boyau.

L'opération fut faite avec toutes les précautions de la chirurgie antiseptique ; il n'y eut aucun accident, le pouls ne battit pas plus de quatre-vingts pulsations et le lendemain de l'opération seulement la température monta à trente-huit. Trois jours après le pouls était redescendu à la normale. Le vingt et unième jour la cicatrice était solide. La malade alla dans une maison de convalescence. Elle est opérée aujourd'hui depuis plus de quatre mois ; la guérison s'est bien maintenue ; elle porte par précaution un bandage très-léger et vaque à toutes ses occupations.

M. Chiene fait remarquer que le traitement antiseptique permet de faire aujourd'hui pour les hernies irréductibles ce qui était dangereux autrefois. Et même si un opérateur ne pouvait réussir au détachement d'un intestin adhérent, il n'y aurait pas d'inconvénient à découvrir antiseptiquement les parties pour déterminer l'opportunité opératoire.

Dans une communication particulière qu'il a bien voulu nous faire, M. Chiene nous apprend qu'il a eu l'occasion d'opérer depuis une hernie chez un homme dans des con-