

l'acide phénique sur l'épiderme fait qu'il met obstacle à la cicatrisation, et la gaze phéniquée qui n'irrite pas en général une peau saine ou une cicatrice ancienne, saura fréquemment, si on l'applique directement sur une plaie, arrêter complètement la production d'épiderme nouveau, et même exorier une cicatrice jeune et délicate. Il nous faut donc interposer quelque chose pour protéger la plaie contre les atteintes de l'agent antiseptique. A cet effet, nous nous sommes généralement servis jusqu'ici de ce que nous avons appelé le « protecteur de soie huilée » (oiled silk protective); c'est de la soie huilée enduite de vernis de copal, ce qui la rend moins perméable à l'acide phénique; malheureusement, ce protecteur n'est point parfait. Il se comporte admirablement tant qu'il n'est pas humide; mais l'eau qui le pénètre, y voiture l'acide phénique. J'ai fait des recherches dans différentes directions afin d'obtenir sous ce rapport quelque chose de parfait, et j'ai récemment fait des essais qui n'ont pas été couronnés, sans doute, de succès complet, mais que je veux citer parce qu'ils sont intéressants à un autre point de vue.

J'ai essayé le taffetas enduit d'une couche de peinture à l'huile, dans l'espoir que les particules colorantes étroitement juxtaposées auraient pu arrêter l'acide phénique, quoique celui-ci traverse facilement l'huile qui leur sert de ciment. Le résultat fut tel que je l'avais attendu, mais l'étoffe ainsi obtenue était trop raide pour l'usage. Mais il y a quelques semaines, passant dans une fabrique de caoutchouc, je vis entre autres choses la manière dont on mêlait diverses couleurs au caoutchouc. Je songeai : le caoutchouc mêlé à quelque couleur ne ferait-il pas un bon protecteur? Sans doute la gomme élastique est

perméable à l'acide phénique, mais si nous y ajoutons des couleurs, il n'en sera peut-être plus de même. J'essayai d'abord du caoutchouc coloré et vulcanisé; il se produisit alors un fait intéressant : l'action chimique du soufre présent dans le caoutchouc vulcanisé sur les liquides des plaies, dégagea une odeur d'œufs pourris, bel exemple de décomposition sans putréfaction — car il n'y avait point là de fermentation putride, point d'extension de cette décomposition à l'intérieur des plaies ou abcès. Cette décomposition était limitée à l'extérieur, et résultait uniquement de l'influence du soufre à l'état naissant sur les exsudats, et si, dans ces conditions, nous reprenions le protecteur ordinaire de taffetas, la fétidité disparaissait complètement.

La nécessité d'éviter la présence de soufre dans la matière première me donna beaucoup d'embarras; car, en général, l'addition au caoutchouc de tout élément étranger lui donne une mollesse et une adhérence incommodes, inconvénients que la vulcanisation corrige parfaitement. La magnésie fait toutefois exception à la règle : mêlée à la gomme indienne pure, elle donne un produit très-satisfaisant quant à ses qualités physiques; mais j'ai constaté que sur une peau sensible le caoutchouc à la magnésie provoque une rougeur et une démangeaison intolérable dont je ne connais pas bien la raison. Enfin je songeai que la gomme laque qui semble dépourvue de propriétés irritantes, pourrait peut-être bien se laisser mêler au caoutchouc et répondre enfin à nos efforts. Sans doute, la gomme laque mêlée à l'acide phénique, retient énergiquement cet ingrédient, comme le prouve l'emplâtre de gomme laque que plusieurs d'entre vous connaissent; mais néanmoins l'acide

carbolic ne pénètre point facilement la laque à laquelle il n'a point été mêlé. Quand je proposai cette idée aux fabricants de caoutchouc (1), ils me dirent qu'ils avaient constaté déjà expérimentalement que le caoutchouc et la gomme laque se mêlent parfaitement; vous voyez ici le produit du mélange, un corps assez résistant mais flexible, transparent, sans odeur désagréable et imperméable à l'acide phénique comme je l'ai constaté expérimentalement.

Cette fois, je crus bien avoir trouvé l'objet désiré depuis des années : j'obtenais déjà des résultats tels que jamais, précédemment, je n'en avais atteint; nous étions plus près que jamais de réaliser pour les plaies les conditions de la guérison sous cutanée. Jamais encore je n'avais vu les ulcères guérir aussi rapidement que sous ce protecteur largement recouvert lui-même de gaze antiseptique. Mais à mon grand chagrin, je viens d'apprendre, il y a quelques jours, que chez deux patients à peau très-sensible, mon nouveau protecteur amène quelque irritation. Je ne puis toutefois m'empêcher de croire que nous sommes sur le point d'atteindre le protecteur qu'il nous faut, c'est-à-dire un tissu exempt lui-même de propriétés excitantes, et complètement imperméable à l'acide phénique.

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à dire quant à nos moyens d'action; si vous voulez m'accorder un peu de temps encore, je vous donnerai ce qui, je pense, vous intéressera le plus, l'histoire de quelques malades servant d'exemple pour les effets de notre traitement.

Le cas le plus simple pour l'application du traitement

(1) Je tiens à remercier publiquement les directeurs des « *North British India-rubber works* » pour l'aimable complaisance et la libéralité qu'ils ont mises à faire pour moi ces expériences.

antiseptique, est l'abcès; c'est aussi celui qui nous donne les résultats les plus beaux à mon avis. C'est le cas le plus simple, parce que nous n'y appliquons pas l'antiseptique aux parties intéressées; nous ouvrons simplement l'abcès dans une atmosphère antiseptique et nous exprimons le pus, bref, nous assurons la libre issue de son contenu sans laisser entrer la putréfaction. L'agent antiseptique n'entre jamais dans la cavité de l'abcès, et je prie ceux qui croient encore que l'acide phénique exerce son action favorable en impressionnant directement les tissus, de considérer attentivement un cas d'abcès, par exemple d'abcès psoïque par carie vertébrale. Sous le brouillard phéniqué j'incise librement la cavité; je puis ajouter que le pulvérisateur est ici spécialement utile, car s'il arrive, dans la dissection, qu'on divise une artère, on peut, soit y obvier de suite, soit la lier après ouverture de l'abcès, sous la protection antiseptique; autrefois nous plongeons un bistouri dans l'abcès et nous l'ouvrons d'un seul coup; si alors nous blessions quelque vaisseau profond, nous étions sérieusement embarrassés. — Supposons donc que nous ayions ouvert par incision large et sous le brouillard antiseptique, un grand abcès du psoas; nous exprimons le pus, qui comprend, je suppose, un litre ou plus; le lendemain, si nous avons complètement vidé la cavité pyogénique, il n'y a plus une goutte de pus à exprimer, et, dans la suite, l'abcès n'en fournira pas davantage. Pour croire cela, il faut l'avoir vu. Cela paraît si contraire à l'expérience! mais ce n'en est pas moins strictement d'accord avec la théorie pathologique. — Quelques jours se passent, je suppose, et vous ne pouvez probablement rien exprimer de la cavité de l'abcès, ou si vous pouvez en faire sortir quelque goutte, c'est

une goutte de sérum clair, de sérum clair et transparent. Eh bien ! M. le Président je dis qu'il est également clair que l'acide phénique n'arrive pas dans la cavité de l'abcès, et bien moins encore à la vertèbre malade ; car s'il en entraît la moindre portion, le sérum deviendrait opaque par coagulation de son albumine. Ainsi donc le sérum transparent que nous exprimons est une preuve que l'acide phénique n'agit pas sur la partie intéressée.

J'ai ici un morceau d'os sorti avec le pus d'un abcès psoïtique que j'ouvris en avril dernier—un séquestre éliminé ! Je ne veux pas faire circuler la pièce parce qu'elle m'est précieuse et que j'en ai perdu une toute semblable par exhibition imprudente. Mais vous, M. le président, vous pourrez voir que c'est bien de l'os exfolié, preuve que mon abcès communiquait bien réellement avec les vertèbres malades. Le sujet était un adulte porteur d'une incurvation d'origine aiguë à la région dorsale de la colonne vertébrale, et présentant d'autres symptômes encore d'affection spinale. Il éprouvait une constriction douloureuse dans la poitrine, des douleurs lancinantes dans les hanches et les membres inférieurs et se trouvait dans un état très-accusé de prostration générale. Néanmoins, messieurs, si nous n'avions pas vu ces parcelles osseuses chacun aurait pu dire et assez convenablement peut-être. « Je ne crois pas que cet abcès dépendait d'une affection osseuse ; il a pu coïncider avec des symptômes spinaux aigus sans être en rapport avec les vertèbres. » Mais l'issue du séquestre avec le pus nous édifie sur ce point. Bien, le malade en question s'est vu débarrassé immédiatement de ses symptômes inquiétants sans éprouver le moindre mouvement fébrile ; depuis l'évacuation du contenu original, cet abcès n'a plus donné de pus,

mais aujourd'hui encore, il laisse un suintement séreux dans la gaze antiseptique que nous renouvelons tous les quatre ou cinq jours. Quatre mois, me direz-vous, c'est un traitement longtemps continué ; c'est bien vrai, mais quelle était l'alternative ? nous le savons tous, que l'abcès s'ouvrit de lui-même ou fût simplement incisé au bistouri, la mort en devait être le résultat presque invariable, la mort après quelques jours de fièvre consécutive aiguë que nous souhaiterions toujours prévenir, ou après une longue période de fièvre hectique plus désespérante encore peut-être. En attendant, l'écoulement séreux de notre patient va toujours en diminuant, et l'expérience m'autorise à croire que nous finirons par obtenir une guérison.

J'ai à vous citer entre autres un cas de cette espèce comme spécialement instructif. Le 20 janvier 1870 j'ouvris un abcès psoïtique chez un homme de 27 ans qui portait depuis l'âge de 11 ans une courbure antéro-postérieure de la colonne vertébrale à la partie supérieure de la région dorsale. A la fin un abcès du psoas fit apparition, et grandissant lentement, s'étendit considérablement en bas dans la cuisse. J'évacuai de cinquante à soixante onces de pus épais, mêlé de masses caséuses et de plusieurs petits séquestres osseux ; de nombreuses parcelles d'os se montrèrent encore plus tard dans les pansements. C'était à Glasgow ; mon ami, docteur Hector Cameron, se chargea du traitement ultérieur à la gomme laque antiseptique, et quand l'écoulement fut devenu minime, il ne renouvela le pansement que tous les quatre ou cinq jours ; et enfin, le 5 février de cette année, il avait obtenu une guérison complète. Il accorda encore quelques semaines de repos à la colonne vertébrale (car je crois qu'après guérison d'un tel abcès, il faut ac-

order du repos à l'épine dorsale, tout comme on le ferait après une maladie vertébrale sans production d'abcès; pendant ce temps le sujet se rétablit complètement, et maintenant il marche et se promène comme un homme parfaitement sain. Le succès est venu dans ces cas, couronner plus d'une année de patience et de persévérance.

A propos de ces abcès, il est une circonstance curieuse à l'égard de laquelle je désire vous mettre en garde : parfois l'écoulement quoique séreux, arrivé dans la gaze y provoque un développement d'odeur fétide, tout comme fait le contact du caoutchouc vulcanisé avec le pus, mais d'un bouquet différent. Pourquoi? je l'ignore. L'acide phénique ne paraît pas donner lieu seul à cet action chimique, car la chose n'est jamais arrivée lorsque nous employions la gomme laque. Est-ce la résine? je n'en sais rien; mais il est certain que cette odeur se rencontre très-souvent, et parfois, au lieu d'une simple odeur fade de foin pourri ou de mauvais savon il y a une excessive fétidité. Quelques jours avant de quitter Edimbourg, j'ai ouvert chez un enfant maladif et affaibli un abcès double du psoas et des lombes, dépendant de maladie vertébrale. J'ouvris l'énorme cavité purulente en incisant largement dans la région lombaire et je pansai à la gaze antiseptique. Deux ou trois jours après, en approchant du lit de notre petit malade, je perçus une odeur marquée; je levai le pansement et il se répandit une grande puanteur. Comme c'était le premier abcès psoïtique pour l'ouverture duquel j'avais employé la pulvérisation phéniquée au centième seulement, et comme je me souvenais que la pulvérisation avait subi un moment d'arrêt, j'avoue que cette fétidité m'alarma sérieusement; mais je réussis à exprimer une très-petite quantité du liquide de l'intérieur

de l'abcès; je le recueillis dans le brouillard antiseptique et l'emportai sur une assiette afin de pouvoir exactement contrôler son odeur; il était complètement inodore. Précisément comme il arrive pour le pus au contact du caoutchouc vulcanisé, une décomposition chimique s'était produite sous l'influence du pansement, mais il n'y avait point eu de fermentation putride, car celle-ci aurait nécessairement envahi l'intérieur de l'abcès. Nous nous décidâmes à nous passer de mackintosh, mon interne, M. Bishop, ayant remarqué qu'en permettant ainsi la libre issue des produits gazeux de décomposition, on n'obtient pas, à beaucoup près, autant d'odeur. Si l'on se passe du mackintosh, il faut nécessairement employer des couches plus nombreuses de gaze, et renouveler le pansement tous les jours. C'est ce que nous fîmes; une semaine après l'ouverture de l'abcès, l'écoulement journalier était devenu très-minime, et la santé générale du gamin avait déjà merveilleusement gagné.

Les ligatures de troncs artériels dans leur continuité donnent un des exemples les plus frappants des avantages du traitement antiseptique. Depuis mes publications à ce sujet, je n'ai eu que deux occasions d'appliquer le catgut de cette façon; il s'agissait de deux anévrismes de l'artère poplitée, tous deux à dimensions formidables, s'étant rompus dans les chairs. L'un d'eux appartenait à un homme de 47 ans qui ne s'en était aperçu que depuis cinq semaines; la tumeur avait grandi très-rapidement à tel point que le sujet y constatait de l'augmentation chaque jour. Il vint à l'hôpital le 31 août 1869: sa tumeur occupait alors tout le tiers inférieur du fémur; il souffrait de douleurs atroces en même temps que d'une sensation d'engourdissement dans le membre et il avait le genou fléchi à angle droit. Je liai de suite l'artère

fémorale avec un fort catgut antiseptique dont je coupai les bouts près du nœud, et après dix jours, la plaie n'était plus qu'une ulcération superficielle qui guérit ensuite comme un petit ulcère commun. Un point particulier de ce cas offrit un contraste frappant avec les cas ordinaires. Au lieu de laisser le malade couché dans la même position avec le membre intéressé reposant sur un coussin moelleux jusqu'à élimination de la ligature, attendu qu'il n'y avait d'élimination à attendre ici et que je ne voyais aucune cause d'inflammation, j'imprimai dès le commencement des mouvements étendus à tout le membre, et en très-peu de temps j'obtins l'extension complète du genou, au grand avantage du sujet. Je me rappelle un cas tout à fait semblable dans lequel, il y a plusieurs années, je liai la fémorale à la manière ordinaire avec un fil de soie; plusieurs semaines après avoir quitté l'hôpital, ce malade n'était pas encore arrivé à étendre le genou et, en vérité, je ne sais s'il en est capable aujourd'hui.

Le second cas était plus remarquable. Le sujet âgé de 47 ans aussi, mais paraissant en avoir 67, se présenta à l'hôpital l'été dernier, avec un anévrisme poplitéen diffus qui avait suivi une marche aiguë et remontait déjà assez haut dans la cuisse. Je l'engageai vivement à rester à l'hôpital; il répondit que des affaires importantes le lui rendaient impossible. Il revint quinze jours après; son anévrisme avait acquis latéralement des dimensions énormes et remontait jusqu'à la jonction des tiers supérieur et moyen de la cuisse. La perte interne de sang et les fortes douleurs qu'il endurait avaient réduit le patient à un degré d'épuisement extrême, à tel point qu'un des chirurgiens de l'hôpital s'écria : « de toutes façons c'est un homme qui se meurt ».

Ici encore le genou était fléchi; il y avait de l'engourdissement et de l'œdème au pied et l'on ne pouvait sentir de pulsations dans aucune des deux artères tibiales. Que faire dans ces conditions?... ouvrir cette masse énorme par l'opération ancienne, ne nous promettait rien; amputer, j'en étais sûr, c'était tuer le malade immédiatement. Restait l'alternative de lier l'artère; considérant jusqu'à quel point déjà cette masse énorme avait enrayé la circulation, cette opération nous semblait très-probablement devoir être suivie de gangrène. C'était néanmoins la seule chance de salut. Ensuite, où fallait-il lier? Tant plus bas et tant plus loin du cœur, tant mieux si l'on peut le faire sans risque. Mais avions-nous bien le choix? l'artère iliaque externe ne donnait-elle pas le seul endroit éligible? Ce qui restait de la cuisse est regardé, et avec raison, je crois, comme une région défendue, à cause de l'origine de la fémorale profonde et d'autres branches considérables. Toutefois, m'étant assuré expérimentalement que la ligature antiseptique de catgut n'affaiblit point la paroi artérielle et n'expose pas à l'hémorragie secondaire même dans de telles conditions, je me sentis justifié à placer la ligature dans la région interdite. C'est un fait extrêmement frappant, si nous y songeons bien, qu'après avoir lié un gros tronc artériel, nous n'avons pas d'hémorragie le second, troisième ou quatrième jour, ni, pratiquement, durant la première semaine. La tunique externe étranglée par la ligature est toujours assez forte pour résister à l'impetus sanguin, même malgré le voisinage immédiat d'une collatérale, jusqu'au moment où elle a subi de l'altération, qu'elle s'est ramollie par dégénérescence granuleuse sous l'influence irritante de la ligature septique. Mais si cette ligature n'est point septique