

et point irritante d'ailleurs, il n'y a plus rien pour affaiblir cette tunique externe; pourquoi s'affaiblirait-elle? Bien au contraire, l'expérience a prouvé, dans un cas donné, que le catgut lui-même qui ne tarde pas à être remplacé par du tissu vivant, loin d'affaiblir le vaisseau, agit comme un anneau de renforcement. C'est pour cela que je me crus autorisé à placer la ligature le plus près possible de la tumeur anévrismale, quoique ce fût précisément l'endroit où la fémorale profonde naît le plus communément. J'ai employé du catgut notablement plus gros que l'échantillon que je vous ai montré tout à l'heure, j'en ai naturellement coupé les bouts tout près du nœud, et tout s'est bien passé. Il n'y eut pas d'apparence de suppuration au voisinage de la ligature, et l'énorme masse sanguine se laissa graduellement résorber. Le sujet était fort amaigri; il se mit à engraisser si rapidement que nous nous trompâmes d'abord dans l'appréciation de la diminution du sang coagulé qui se faisait beaucoup plus vite que nos mensurations ne l'indiquaient. Toute la masse finit par disparaître et le malade se traîna d'abord à l'aide de béquilles, puis marcha avec un bâton, et enfin redevint homme vigoureux ce qu'il est aujourd'hui et marcha tout seul. J'ai à ajouter qu'à l'opération, bien que j'eusse incisé au-dessus de la limite supérieure apparente de l'anévrisme, je trouvai en divisant le fascia profond, que du sang extravasé s'étendait plus haut que la tumeur, de sorte qu'en réalité j'ai coupé dans les caillots de l'anévrisme. Quel aurait été le résultat probable d'une telle opération sans le traitement antiseptique?

Monsieur le Président, j'ai senti jusqu'ici quelque hésitation à publier des cas semblables; j'avais peur de décider mes confrères à des entreprises dont la suite aurait pu

être désastreuse. Un éminent chirurgien de Londres m'écrivit il y a quelque temps pour me demander du catgut dont il voulait se servir pour lier l'artère iliaque externe. Je lui répondis que s'il ne se sentait pas sûr d'éviter la putréfaction dans la plaie, je ne lui conseillais pas d'employer le catgut; parce que, au cas où la plaie deviendrait putride, le catgut se trouvant là sans pouvoir être retiré, pourrait amener l'ulcération des vaisseaux et l'hémorrhagie secondaire, comme il était arrivé à sir Philip-Crampton, naturellement dans un cas opéré sans traitement antiseptique. Mais avec le secours de la pulvérisation, on est sûr, je le sens, d'être à l'abri de danger dans les opérations de ce genre. Tous ceux d'entre vous qui le voudraient pourraient, je crois, lier la fémorale avec aussi peu de danger que faire une incision dans la peau de la main, et avec beaucoup moins de danger qu'il n'y en aurait à faire cette incision dans la peau de la main, sans traitement antiseptique, dans un hôpital ordinaire.

Le catgut a d'autres applications si intéressantes que je dois vous prier d'en entendre encore quelques exemples. Je veux vous parler de deux cas de hernie irréductible qui avaient résisté au traitement déjà longtemps préconisé par M. Syme, consistant à tenir le patient couché sur le dos, le soumettre à un régime sévère, lui donner fréquemment de l'huile de ricin, et faire journellement du taxis. Le premier cas était une hernie ventrale consécutive apparemment à un abcès profond de la paroi abdominale, chez une jeune femme. La hernie était volumineuse et cause d'incommodité extrême, et le traitement de Syme ayant échoué, j'ouvris largement le sac, de manière à mettre à nu l'intestin et l'épiploon y contenus, et je divisai les adhérences sous

la protection des moyens antiseptiques relativement incommodes que nous possédions alors. (Je faisais fréquemment passer une éponge imbibée d'eau phéniquée au 1/40, et recouvrir les parties sur lesquelles je n'opérais pas à un moment donné, de linges humectés de la même solution). Après avoir coupé ou déchiré toutes les adhérences, je réduisis les viscères sous la protection d'un linge antiseptique faisant l'office de tégument. J'avivai alors les bords de l'orifice entre la cavité abdominale et le sac herniaire (une ouverture longue de trois pouces environ), enlevant ainsi le péritoine des tissus fibreux et musculaires sous-jacents, et j'unis solidement les bords avivés au moyen de sutures séparées de catgut, très-rapprochées les unes des autres dont je coupai les bouts tout près des nœuds. Je suturai alors la plaie externe et la traitai antiseptiquement à la façon ordinaire. Durant l'introduction des sutures profondes, la malade avait vomi violemment et nous avons dû opposer de fortes pressions aux viscères pour les empêcher de ressortir; mise au lit, l'opérée vomit de nouveau — terrible épreuve pour nos sutures de catgut; elles soutinrent l'épreuve. La jeune femme quitta l'hôpital sans hernie; une légère saillie se montra encore plus tard sous un certain point de la cicatrice, mais elle se laissa toujours facilement réduire et maintenir par un bandage.

Le second cas était celui d'une cuisinière porteuse de hernie ombilicale volumineuse qui l'empêchait de faire son ouvrage, et qui finit même par lui rendre la marche impossible. Je traitai le cas tout comme le précédent. Nous n'avions point encore la pulvérisation, et si j'avais su parfaitement d'avance tout ce que j'allais rencontrer, je n'aurais certainement pas entrepris l'opération. Ce fut une

besogne très-longue et très-laborieuse; il fallut couper ou déchirer des adhérences intestinales excessivement compliquées, tout en soignant continuellement pour la protection des viscères exposés au moyen de linges antiseptiques. La chose fut enfin terminée, et toute la masse refoulée dans l'abdomen. J'avivai et suturai intimement l'ouverture profonde au moyen de sutures perdues de catgut, et je cousis la plaie externe à la soie phéniquée, n'y laissant qu'une ouverture destinée à admettre un « drain. » Une grande quantité de sang se déversa dans le sac durant les premières vingt-quatre heures, au point de reproduire apparemment la tumeur, mais toutefois sans donner de tension, et l'absence de putréfaction et de suppuration n'en devint que plus frappante. Il survint bientôt un incident très-malheureux quoique instructif. La patiente qui, je l'appris plus tard, était sujette à des attaques passagères d'aliénation mentale, redevint folle et cette fois, je le crains, pour toujours. Environ une semaine après l'opération elle se leva et se promena dans la salle, soumettant ainsi nos sutures de catgut à une épreuve des plus rudes: il n'en résulta rien de mal. Quand sa plaie fut guérie, on la transporta dans un asile spécial, et je n'en reçus de nouvelles que six semaines plus tard, lors de son transport dans une autre maison de même genre; à cette époque la hernie n'était point revenue. Vous le voyez donc, la suture de catgut devient un nouveau moyen chirurgical; nous pouvons suturer les parties profondes et laisser tranquillement l'absorption enlever le moyen unissant.

Comme autre résultat frappant obtenu par traitement antiseptique et non encore publié, j'ai à vous citer un cas de fracture non consolidée du col du fémur. Le sujet était

un homme de 35 ans, beau et vigoureux, qui s'était fracturé le col fémoral en tombant d'une charette. On le transporta dans un hôpital, mais, chose étrange, au dire du patient, après un séjour de cinq semaines dans cet asile, on lui donna des béquilles et on le mit dehors, alors qu'il aurait dû rester au moins six semaines au lit avec l'attelle de Desault. — Dix-huit mois plus tard il s'adressa à moi. Il offrait tous les symptômes d'une fracture non consolidée du col du fémur. Le membre était raccourci de 1 1/8 pouce; le trochanter était plus rapproché de la crête iliaque que celui de l'autre côté, et au lieu de se mouvoir en arc de cercle durant les mouvements de rotation imprimés au membre, il tournait en crépitant sur son propre axe. Le sujet ne pouvait soulever le membre qu'à un degré insignifiant, ni se retourner quand il était couché qu'en soutenant avec les mains la région trochantérienne du membre intéressé; il ne pouvait absolument pas laisser une partie du poids du corps reposer sur ce membre. Si nous n'avions pu disposer que du traitement ordinaire, cet homme aurait été condamné pour jamais à une vie inutile. Mais vu son âge, il n'était guère douteux que la fracture ne fût extracapsulaire, et que, si l'on pouvait placer les fragments dans les conditions d'une fracture récente, un traitement convenable assurerait leur réunion dans le cas où l'homme survivrait à l'opération. Mais pour en arriver là, il fallait déterminer une plaie externe étendue et très-probablement ouvrir la capsule de l'articulation coxo-fémorale. Était-ce là une entreprise justifiable? — Après mûre réflexion et malgré l'imperfection relative, à cette époque, de nos moyens antiseptiques, je me crus capable d'éviter la putréfaction; or j'étais certain qu'en l'absence de putréfaction, l'opération

aurait été exempte de danger. Bien, puisque je croyais pouvoir opérer sans danger, et puisque mon opération devait avoir probablement pour résultat de rendre cet homme à nouveau valide, opérer me devenait un devoir et je résolus d'essayer. Le 2 décembre 1868, après avoir chloroformé le malade, j'imprimai d'abord au membre en extension des mouvements très-étendus dans toutes les directions, afin de détruire les adhérences fibreuses; celles-ci cédèrent avec un bruit perceptible dans tout l'auditoire. Je fis ensuite appliquer les mouffles et pratiquai l'extension au plus haut degré permis afin d'abaisser le fragment inférieur; alors, les mouffles agissant toujours, nous plaçâmes le sujet sur le côté sain, et je fis au dessus du trochanter une incision longitudinale avec un bistouri oint d'huile phéniquée au 1/4, solution qu'on laissait aussi dégoutter continuellement dans la plaie; — combien ce moyen est incommode comparé au pulvérisateur! Arrivé à une profondeur suffisante, je pus à ma grande joie, introduire le bout du doigt (enduit au préalable d'huile phéniquée) entre les deux fragments dont les extrémités quoique irrégulières étaient lisses et comme couvertes de cartilage. Je pris une gouge enduite d'huile antiseptique, et je me mis à aviver les extrémités osseuses; il en résulta le détachement de nombreuses petites squammes osseuses que je ne me donnai pas la peine d'enlever de la plaie, attendu qu'elles devaient subir la résorption en l'absence de putréfaction. Un large emplâtre de gomme laque servit de pansement externe. Enfin, les mouffles agissant toujours, j'appliquai solidement une attelle longue de Desault, dont le bois, au niveau de la plaie, était remplacé par des barres de fer pour faciliter les pansements.

Quelques heures plus tard, l'interne vint m'annoncer qu'il y avait hémorrhagie sérieuse. J'allai immédiatement voir l'opéré et je constatai en effet que le sang avait percé le lit du malade et fait une mare sur le sol. Sans enlever l'attelle, j'écartai soigneusement les pièces de pansement, et je me mis à tamponner la plaie avec de longues mèches de lint trempées dans l'huile phéniquée, persuadé qu'un tamponnement suffirait puisque je n'avais pas eu d'hémorrhagie pendant l'opération. Lorsque, poussant ces mèches en place à l'aide de mon index huilé au préalable, je sentis bien cette masse de sang coagulé entremêlée d'une multitude de petits fragments osseux, je m'étonnai presque d'avoir été audacieux au point de déterminer volontairement, dans le col du fémur, une fracture comminutive compliquée de plaie extérieure. Autre chose est de traiter antiseptiquement une fracture ouverte du col du fémur, comme M. Creswell ici présent le fit, il y a trois ans, avec un succès splendide — ce cas remarquable, suite d'un coup de feu, méritait plus d'attention qu'il n'en attira (voir *Lancet*, 29 août 1869) — et de faire soi-même volontairement une blessure de ce genre. — Quoi qu'il en soit, je tamponnai, je bourrai complètement la plaie à l'aide d'une douzaine environ de rubans de lint larges de un et longs de quinze pouces, et le sang ayant cessé de couler, je réappliquai la gomme laque. Le lendemain je retirai le lint dans une atmosphère antiseptique telle que nos moyens d'alors pouvaient nous fournir, c'est-à-dire à l'abri d'une ample compresse imbibée d'huile phéniquée forte, sous laquelle j'insinuai une pince à pansements, et la chose alla parfaitement bien. Il n'y eut plus de perte ultérieure de sang; les caillots s'organisèrent peu à peu et quant

aux esquilles osseuses, tout ce que nous enrevimes se réduisit à deux petits éclats qui avaient subi une absorption partielle, et qui se montrèrent à une période tardive. — Pour éviter les détails inutiles, notre homme, d'après les dernières nouvelles, se promène et se sert parfaitement de son membre qui ne présente qu'un raccourcissement de $\frac{3}{8}$ de pouce.

Un des avantages les plus précieux et les plus frappants que procura le traitement antiseptique, c'est l'extrême liberté avec laquelle il nous permet d'ouvrir les articulations. L'un de mes premiers essais de cette liberté avait pour but d'extraire un corps cartilagineux mobile de l'articulation du genou; ce corps étranger mesurait $1\frac{1}{2}$ pouce sur $\frac{3}{4}$ pouce — ce n'était pas donc un cas favorable pour l'application de l'ingénieuse méthode de M. Square, de cette ville. J'incisai librement jusque sur le corps mobile, pendant qu'on laissait dégoutter dans la plaie de l'huile phéniquée. Je fixai alors dans le cartilage un crochet aigu, et m'étant ménagé une atmosphère antiseptique à l'aide d'un linge phéniqué, comme dans le cas précédent, afin d'empêcher l'entrée de particules septiques à la faveur du reflux de l'air, j'en opérâi l'extraction. J'ai eu depuis un autre cas à peu près semblable; les deux fois j'ai laissé ouverte la plaie qui communiquait avec la cavité articulaire, afin de permettre la libre issue des liquides, et il n'y eut absolument pas d'inflammation articulaire. Avec l'aide du pulvérisateur cette extraction directe serait maintenant une opération aussi simple qu'inoffensive.

Mais puisque nous pouvons ouvrir ainsi les articulations sans danger, nous sommes autorisés aussi en cas de maladie articulaire, à faire de libres incisions avant l'établissement de la suppuration; et c'est là un traitement auquel j'ai trouvé

BIBLIOTHECA
MUSEI
HISTORICO-NATURALIS
MUSEI
HISTORICO-NATURALIS

beaucoup de valeur en ce qu'il prévient la suppuration et permet d'éviter l'amputation ou la résection. Entre autres cas de ce genre, je puis vous mentionner une affection du carpe chez une femme d'âge moyen qui entra à l'hôpital d'Édimbourg en juillet 1870; elle souffrait nuit et jour de douleurs atroces. La suppuration paraissait imminente et le cas ayant résisté au traitement ordinaire, j'incisai antiseptiquement entre les tendons du long extenseur du pouce et de l'indicateur sur les os de l'articulation du carpe. La nuit suivante il n'y eut plus de douleurs; nous continuâmes le traitement antiseptique combiné au repos complet, l'articulation ne suppura point, la plaie devint bientôt superficielle, et la femme quitta l'hôpital avec une main parfaitement guérie.

Les résections articulaires partielles qui donnent des résultats si peu satisfaisants lorsqu'il y a carie et fistules, peuvent être faites très-avantageusement avant la suppuration ou après l'évacuation antiseptique du pus. Un cas de cette espèce m'arriva dans ma pratique le printemps dernier; il s'agissait d'un homme de 75 ans porteur d'une affection douloureuse et rebelle, intéressant toute l'articulation du carpe mais spécialement le côté de l'ulna dont l'extrémité était extrêmement gonflée. J'incisai sous le brouillard antiseptique et je coupai au seccateur l'extrémité du cubitus dont le cartilage articulaire était rugueux et érodé; il n'y avait néanmoins pas de pus. Je laissai la partie centrale de la plaie ouverte et j'en laissai pendre un drain de lint à l'huile phéniquée qui arrivait jusque dans l'articulation. La guérison s'effectua sans production d'une goutte de pus. Notre opéré quitta l'hôpital avec une main valide, mais il nous revint quelques semaines plus tard,

non parce que la maladie s'était reproduite, mais parce qu'il s'était brisé le radius de ce même bras en tombant du haut d'une meule de foin où il travaillait!

La gangrène sénile est, je pense, une affection dont la méthode antiseptique modifiera complètement le traitement. On y proscrit généralement l'amputation à cause des grandes probabilités de gangrène du moignon. Pourquoi ce danger de gangrène? La cause de la gangrène initiale est généralement un obstacle à la circulation artérielle. Mais cette cause ne peut amener la mortification qu'au point limité où la maladie commence, et le mal s'étend ensuite généralement par l'inflammation. Or, les tissus mortifiés ne provoquent pas plus l'inflammation par eux-mêmes qu'une corde de boyau antiseptique. L'inflammation paraît parce que les tissus morts se putréfient et les parties voisines affaiblies meurent par gangrène inflammatoire. Si telle est la vérité, supposez que nous ayons à amputer et que nous évitions la putréfaction dans le moignon; qui voudra nier que la gangrène du moignon au lieu de rester la règle ne pourrait pas devenir l'exception? Les escharres qui pourraient se produire restant préservées de la putréfaction, se limiteraient au champ dont l'opération aurait lésé les suppléances vasculaires. J'avais ces idées depuis longtemps, et j'étais tout prêt à en profiter pratiquement lorsque le cas suivant m'arriva.

Il y a un an, une femme âgée de plus de soixante ans, entra à l'hôpital avec un petit orteil affecté d'une coloration noirâtre qui, partie de l'extrémité avançait continuellement vers la base, occasionnant en même temps des douleurs atroces et interrompues. Après avoir bien lavé la peau environnante avec une eau antiseptique — ce point

est essentiel ici — j'amputai l'orteil à $1/8$ de pouce de la partie noire, et je pansai antiseptiquement. La plaie guérit sans le moindre trouble inflammatoire; mais le manque de vitalité des tissus devint évident par cette circonstance, qu'un peu de peau large de $1/20$ de pouce environ se mortifia au bord de l'un des lambeaux, et qu'un peu de tissu sous-cutané se détacha de même. La femme a joui depuis d'un an de répit, mais dans ces derniers jours, sa tendance à cette maladie est devenue bien évidente en ce que la gangrène est apparue aux extrémités de tous les autres orteils du même pied, bien que la cicatrice du petit orteil soit restée parfaitement saine.

Je constate avec regret que j'ai déjà considérablement dépassé le temps qui m'était accordé, mais je vous en prie, permettez moi de vous dire quelques mots du traitement des ulcères sous la gaze et le protective. Protégés à la fois contre l'irritation de la putréfaction et celle de l'agent antiseptique, on voit guérir des ulcères qui refusaient de se cicatrifier. L'hiver dernier j'avais dans mon service un jeune homme qui s'était horriblement brûlé le pied quatre ans auparavant, en marchant dans du métal fondu dont une partie lui avait pénétré dans la botte. L'immense plaie qui s'en était suivie n'avait pu guérir complètement à cause de la rétraction de la cicatrice qui, partant d'une certaine hauteur à la jambe, s'étendait du côté externe du dos du pied jusqu'aux orteils.

Le petit orteil avait subi une telle rétraction que sa pointe regardait en arrière; la tête du métarcapien était à ce niveau le point le plus saillant. Un chirurgien éminent avait conseillé l'amputation du pied; puis ce jeune homme avait passé cinq mois dans mon service à l'hôpital de Glasgow sans aucun résultat; à la fin ne voulant pas se laisser am-

puter, il vint me trouver un jour et me demander un certificat d'incapacité de travail. Je le reçus encore à l'hôpital dans le but d'essayer les greffes épidermiques. Elles échouèrent heureusement. Je dis heureusement, à cause du bel exemple qu'il nous fournit pour cette partie de notre sujet. En effet, je pus arrêter complètement, au moyen de fortes lotions antiseptiques, la putréfaction qui existait dans l'ulcère; plus tard, je n'employai plus que des lotions au quatre centième afin de rendre les pansements le moins irritants possible, et une cicatrisation belle et progressive s'établit sous le protective et la gaze antiseptique que nous renouvelions tous les 4 ou 5 jours; le pied en question est aujourd'hui complètement propre au service. Je ne sais pas qu'aucun des résultats par nous obtenus, nous ait donné autant de satisfaction que ce dernier.

Lorsque j'appliquai tout d'abord le pansement antiseptique aux ulcères, je n'aspirais pas à des résultats meilleurs que ceux du pansement à l'eau. Mon but alors était de débarrasser l'air de mes salles de la viciation qu'y amenaient les suppurations putrides d'ulcères même de bonne nature. Les effets de ce traitement antiseptique rigoureux sur l'air d'un hôpital constituent un des traits les plus saillants de ce traitement. Un chirurgien d'un grand hôpital de Liverpool m'a appris hier au soir cette agréable nouvelle, que la pyhémie a presque sinon complètement quitté des salles qui lui étaient autrefois très soumises, un résultat dû uniquement, pour autant que les chirurgiens le sussent, à l'exécution soignée du traitement antiseptique. J'ai publié, il y a deux ans environ, les résultats de ma propre expérience à Glasgow; et je puis répéter ce que j'ai dit alors, à savoir que des salles qui figuraient parmi les plus malsaines

du royaume, sont devenues des modèles de salubrité tout simplement grâce à la méthode antiseptique. Il y a un an, j'ai publié des données tout aussi satisfaisantes concernant ma pratique d'un an environ, à l'hôpital d'Edimbourg. Une année nouvelle a passé depuis, et durant toute ma pratique d'Edimbourg, qui comprend actuellement deux années environ, dans des salles qui comptent soixante lits environ, nous n'avons pas eu un seul cas de pyhémie, et nous avons joui également d'une immunité complète à l'égard de la pourriture d'hôpital et de l'érysipèle. Dans ces salles, cependant, les lits sont bien plus serrés que les principes modernes ne le permettent. A mon arrivée j'en fis un élagage; mais je ne tardai pas à apprendre que la nuit on y couchait des malades « paillasse par terre » et voyant que malgré cela, mes salles restaient salubres, je fis remettre en place les lits enlevés. Or, j'avais été interne de ces mêmes salles durant un an et un trimestre, et il est à peine besoin de dire que le chirurgien qui en faisait alors le service (M. Syme) faisait toutes choses aussi bien que le permettaient les moyens d'alors; je puis dire néanmoins que jamais, avant l'introduction du traitement antiseptique, il n'y eut immunité aussi complète des maladies nosocomiales.

Je ne suis pas seul à produire un semblable témoignage. Dans une lettre que j'ai communiqué à la Lancet, le professeur Saxtorph de Copenhague nous a appris, l'an passé, des choses étonnantes concernant un grand hôpital autrefois très sujet à la pyhémie, au point que les plus petites plaies y donnaient lieu; ce fléau a été banni de cet hôpital depuis un an entier, et cela, dit M. Saxtorph, autant qu'il peut en juger, grâce uniquement à l'adoption rigoureuse du traitement antiseptique. L'un des blue-books de la marine

par le docteur Bernard de l'hôpital naval, fournit des exemples également concluants de salubrité nosocomiale amenée et maintenue par les moyens antiseptiques.

Quand, après publication de témoignages si concluants concernant une question qui est regardée généralement aujourd'hui comme la plus urgente en médecine, je vois l'apathie qui les accueille de différents côtés, je ne puis m'empêcher de songer aux paroles de Macbeth :

« Can such things be,
And overcome us like a summer's cloud
Without our special wonder? » (1)

Monsieur le Président, avant de m'asseoir, je vous dois une apologie pour la large part que mes propres œuvres ont prise dans ce discours. Je compte à ce sujet sur votre bienveillante indulgence, et je vous prie de croire que mes motifs sont tout autres qu'égoïstes. Car je suis certain d'une chose : à quelque point que puissent varier les moyens que nous employons aujourd'hui pour exécuter le principe antiseptique, ce principe lui-même finira par être reconnu comme le plus important de tous ceux qui doivent guider la pratique chirurgicale. Tant plus tôt il en sera ainsi, tant mieux pour l'humanité souffrante!

(1) « De telles choses peuvent-elles être
Et passer sur nous comme un nuage d'été
Sans nous frapper d'un étonnement spécial? »