

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 entrait 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-

corder 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 anévrysmes 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'hémorrhagie 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'hémorrhagie 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

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 en parler 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 squames 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.