

XVII. — LEÇON CLINIQUE DONNÉE A « KING'S COLLEGE HOSPITAL » LE 24 NOVEMBRE 1879. — EXEMPLES DE CHIRURGIE ANTISEPTIQUE.

CAS 1. — EMPYÈME.

Messieurs, voici le petit garçon sur lequel vous m'avez vu faire une opération il y a un peu plus de trois semaines : cette opération consista dans une libre incision, pratiquée dans la région sous-axillaire et eut pour effet de donner issue à une grande quantité de pus jaunâtre. Plusieurs d'entre vous ont revu l'enfant de temps en temps dans la salle ; mais je désire vivement vous procurer l'occasion bien plus favorable que fournit cet amphithéâtre de voir les progrès de ce cas chirurgical. Ce pansement a été appliqué il y a trois jours ; la fois précédente il avait été renouvelé après un intervalle de cinq jours. Il n'y a point nécessité réelle de le changer aujourd'hui, mais je le fais pour vous montrer l'état du malade. Maintenant que j'ai enlevé le pansement sous la *spray*, vous voyez que ce pansement est presque exempt d'écoulement quelconque ; au fait, il est sec. Je vais retirer le tube d'argent que nous maintenons dans la plaie pour drainer la plèvre. Ce tube est rempli, comme vous voyez, de lymphé blanche, et c'est parce que je voyais cette lymphé à l'orifice du tube que j'ai

cru bon de le retirer, afin de m'assurer si le passage était libre. En tournant l'enfant sur le côté, de façon à ce que l'ouverture soit le point le plus déclive, je puis vider complètement la cavité pleurale.

Il devient évident, ainsi que je l'avais soupçonné, que la lymphé avait obstrué le tube. La sécheresse parfaite du pansement, jointe à l'apparition de la lymphé, m'avaient donné ce soupçon ; et vous voyez que nous avons obtenu non point une once de pus, mais une once de sérosité légèrement colorée. J'aurais préféré, pour le bien de l'enfant, trouver une absence complète de liquide dans la plèvre, ainsi qu'il est arrivé en de précédentes occasions chez ce même petit patient. Mais pour ce qui vous concerne, je suis heureux de voir ce serum, parce qu'il montre d'une manière d'autant plus frappante les effets du traitement antiseptique. Car je me permets de dire que cette accumulation purement séreuse n'aurait pu se produire sans pansement antiseptique.

Laissez-moi vous rappeler les traits principaux de ce cas chirurgical. La plèvre gauche était fortement distendue par le pus ; le cœur était refoulé à droite, de sorte que sa pointe venait battre sous le mamelon droit. A plusieurs reprises, le médecin qui avait charge du malade avait extrait le liquide à l'aide de l'appareil aspirateur ; il n'avait obtenu que le résultat ordinaire de l'aspiration en cas d'empyème — réaccumulation du même liquide, toujours du pus jaune. Nous avons ouvert antiseptiquement la cavité pleurale par une large incision, et depuis ce moment nous n'avons plus eu d'écoulement purulent. Maintenant, je n'hésite pas à dire qu'on n'aurait pu obtenir ce résultat sans remplir deux conditions, savoir : établir un libre drai-

nage pour l'évacuation du liquide, et, en même temps, prévenir l'accès de la putréfaction. L'échec de l'aspirateur vous a montré qu'un éloignement purement temporaire de la tension n'est pas suffisant. L'aspiration enlève la tension pour le moment ; mais le liquide se réaccumule bientôt en quantité suffisante pour rétablir une tension prononcée ; et cette tension, agissant d'une manière réflexe par l'intermédiaire du système nerveux, détermine une excitation inflammatoire de la membrane pyogénique en laquelle la plèvre a été convertie par la maladie, et rétablit ainsi la suppuration suivant le même principe en vertu duquel elle se prolongeait précédemment. C'est pourquoi l'éloignement simplement temporaire de la tension ne suffit pas ; il faut l'éloigner d'une manière permanente par un libre drainage. Mais si, d'autre part, tout en établissant un ample drainage, nous avons négligé d'employer nos moyens antiseptiques efficaces, alors, nous pouvons en être assurés, il y aurait eu persistance de la suppuration ; parce que, malgré l'absence de tension, l'action irritante d'un liquide putride aurait stimulé la plèvre, et cette action n'aurait pas manqué d'appeler de la pyogénie. Dans le cas présent, par suite de l'obstruction accidentelle du tube, il y a eu de nouveau une légère accumulation de liquide, accumulation insuffisante pour reproduire la suppuration — une once seulement ; et cette circonstance vous a donné l'occasion de voir par vous-même, d'une manière indubitable, que le fluide épanché est du serum et non du pus. Vous avez ainsi devant vous un frappant exemple de cette belle vérité pathologique : qu'une membrane pyogénique cesse de suppurer lorsqu'elle est délivrée de toute irritation. Si je vous avais montré un pansement imbibé d'écoulement

séreux, vous auriez pu penser : « Sommes-nous bien sûrs qu'il n'y ait pas ici du pus masqué par quelque action de la gaze phéniquée ? » Mais quand vous avez devant vous le liquide séreux sans aucun mélange, ainsi qu'il se trouve dans ce verre, vous ne pouvez plus vous y tromper.

Pendant que l'état local était ainsi satisfaisant, il en était de même pour l'état général de l'enfant. Avant l'ouverture de la plèvre, le petit malade avait beaucoup maigri et son appétit était languissant à l'extrême ; après l'opération, au lieu d'avoir pour quelque temps la fièvre, comme il arriverait probablement si nous ouvrons une plèvre sans mesures antiseptiques, notre petit ami n'a souffert d'aucun trouble fébrile, mais dès le commencement il s'est mis à aller mieux : il mange bien et gagne des forces de jour en jour.

Il vaut la peine de vous rappeler les moyens par lesquels nous avons obtenu ces résultats. En premier lieu, la peau a été soigneusement lavée avec une solution aqueuse (1 sur 20) d'acide phénique, lequel a le pouvoir de pénétrer l'épiderme, les follicules pileux et toute crasse graisseuse qui pourrait se trouver sur la peau ; il n'est donc pas du tout nécessaire d'imiter certains de nos amis Allemands qui lavent la peau avec de l'eau savonnée et ensuite avec de l'éther sulfurique. Donnez quelque temps à la lotion phéniquée, et pour sûr elle saura purifier le tégument.

Ensuite, après purification des instruments et des mains par la même lotion antiseptique, nous avons fait une ouverture à la plèvre, au milieu d'une pulvérisation phéniquée complètement sûre. De tous les cas de la chirurgie

antiseptique, c'est peut-être celui-ci qui, d'une part, éprouve le plus fortement, et, d'autre part, démontre le plus irrésistiblement l'efficacité de la *spray*. L'épreuve est grave, dis-je, parce qu'à chaque inspiration il y a aspiration d'air dans la cavité pleurale. Si le patient est un adulte, nous pouvons lui dire : « retenez votre haleine », au moment où nous faisons l'incision ; « retenez votre haleine », au moment où nous enlevons la partie la plus profonde de la gaze pour renouveler le pansement ; mais chez un jeune enfant, qui n'entend pas raison, nous ne pouvons exercer aucun contrôle sur la respiration, et conséquemment, pendant l'opération et aussi dans la suite à chaque renouvellement de pansement, de l'air est nécessairement attiré sous l'une ou l'autre forme dans la cavité pleurale. C'est pourquoi il est nécessaire, afin que la pulvérisation soit efficace, d'avoir pour la produire un appareil parfaitement sûr, et de conduire toutes nos manipulations de manière à ce qu'il n'y ait aucune chance d'entrée pour tout air autre que celui du brouillard phéniqué.

C'est pourquoi l'empyème est un cas qui réclame un soin vraiment spécial dans l'emploi de la *spray* ; mais si ce soin a pour effet de prévenir la putréfaction — et tel a bien été le cas ici, comme le prouve un fait que vous avez eu tous l'occasion de vérifier quand j'ai fait circuler le verre, savoir : l'état absolument inodore du serum malgré qu'il se fût accumulé pendant des jours, — si, dis-je, nous évitons complètement la putréfaction dans l'empyème traité par libre drainage, il y a là une preuve complète de l'efficacité de la *spray*. A plusieurs reprises, dans le cours de ces trois semaines, la plèvre a été remplie d'air atmosphérique sous forme de *spray*, et l'on n'en peut raisonnablement douter,

si de l'air ordinaire non purifié était entré de la même manière, charriant sa poussière par cette libre ouverture, la putréfaction serait survenue dans la plèvre. C'est pourquoi il y a ici une preuve aussi évidente qu'en pourrait fournir aucune expérience de laboratoire, du pouvoir que possède le jet pulvérisé de neutraliser l'influence septique de l'atmosphère, ou, en d'autres termes, de détruire l'énergie des ferments septiques que l'atmosphère contient.

Ensuite nous nous sommes servis de gaze phéniquée pour le pansement. Nous avons récemment amélioré cette gaze. Les proportions suivant lesquelles nous en employions autrefois les ingrédients étaient : une partie d'acide phénique pour cinq de résine commune et sept de paraffine, cette dernière servant à corriger l'excès de tendance adhésive. Nous avons maintenant changé ces proportions et adopté : une partie d'acide carbolique, quatre de résine et quatre de paraffine. Par ce moyen nous obtenons d'abord une gaze qui contient une moitié d'acide phénique en plus. Il se trouve que ce mélange n'est pas trop irritant et nous avons donc ici un grand perfectionnement ; car il va de soi que la gaze possède une efficacité antiseptique d'autant plus forte qu'elle renferme plus d'acide phénique. La diminution de la paraffine donne un peu plus de tendance adhésive, mais je crois que c'est là positivement un avantage. Nous n'y trouvons aucun inconvénient sérieux, et, d'autre part, cette tendance adhésive tend à prévenir le déplacement du pansement sur la peau : elle sert à le maintenir plus sûrement en place. Enfin, je puis mentionner comme un avantage secondaire mais non insignifiant, que malgré l'accroissement de la proportion d'acide phénique, ingrédient le plus coûteux, nous n'avons pas augmenté le

coût de l'ensemble, parce que la paraffine (1) pure est tant plus coûteuse que la résine, qu'en diminuant la quantité de paraffine relativement à la résine nous avons réduit le prix général plus que nous ne l'avons haussé en augmentant la quantité d'acide phénique, de sorte qu'en somme la gaze est devenue un peu moins chère par ce changement de proportions.

La gaze a été employée à la manière ordinaire en huit feuillets, comprenant une pièce de mackintosh sous le feuillet le plus externe ; mais pour un cas de cette sorte nous avons également fait un large usage de pièces de gaze séparées, pliées et disposées immédiatement sur la peau. Durant les premiers jours, c'est là une affaire de grande importance, parce que le flux de serum déversé par la plèvre privée de support est d'abord excessivement copieux ; voilà pourquoi nous avons employé une masse de gaze plus forte que d'habitude. Chez l'adulte, en cas semblable, il devient nécessaire de renouveler le pansement deux fois par jour, mais chez cet enfant qui, naturellement, a fourni un écoulement bien moins abondant, un changement par vingt-quatre heures a suffi.

Ensuite, Messieurs, pour ce qui concerne la question de maintenir le pansement en position, vous avez vu la bande élastique qui courait le long de ses bords, justement assez tendue pour mettre en jeu son élasticité. Cette élasticité maintient les bords du pansement en contact avec la peau et

(1) Je vois avec regret qu'on se sert parfois de paraffine grossière pour fabriquer la gaze. Cette paraffine impure a l'inconvénient d'agir sur le mackintosh qu'on emploie conjointement avec la gaze ; elle ramollit ce dernier et le rend inutile. Quand on se sert de paraffine pure, le mackintosh peut durer des semaines en suivant, et devient ainsi à la longue un article très peu coûteux, tandis qu'il reste parfaitement sûr.

nous obtenons ainsi, en dépit des mouvements respiratoires, une apposition exacte du pansement, ce qui est un point de grande importance pour la sûreté de nos résultats.

Quant à l'espèce de tube employée pour le drainage, nous nous sommes servis, pendant les premiers jours, d'un tube de caoutchouc comme d'habitude. Relativement à son emploi dans les plaies ordinaires, il n'y a eu de différence qu'en ceci : dans chacune des deux anses de soie attachées à son orifice externe, nous avons introduit une masse de gaze (imprégnée de solution phéniquée comme les pièces profondes de gaze détachée) pour empêcher sûrement que le tube ne fût attiré dans la cavité pleurale, ce qui aurait pu arriver s'il n'avait été retenu que par les fils de soie étalés sur la peau. Si le drain venait à entrer dans la cavité pleurale, nous ne saurions probablement plus l'en retirer ; et bien qu'il pourrait peut-être rester là sans causer de troubles, c'est à coup sûr un accident qu'il faut tâcher d'éviter. Mais au bout de quelques jours nous trouvâmes, comme c'est l'ordinaire en cas d'empyème traité par le drainage, que la tendance du thorax à se contracter du côté malade produisait le rapprochement des côtes, de manière à comprimer le tube de caoutchouc et à mettre obstacle à la libre issue de l'écoulement. C'est pourquoi nous lui substituâmes un tube métallique d'une longueur de 3/4 pouce, assez long pour pénétrer parfaitement dans la cavité pleurale, muni d'un rebord métallique pour l'empêcher de glisser dans la plèvre, arrondi à l'extrémité et percé de trous sur les côtés. C'est parfois l'habitude en Allemagne d'exciser dans ce cas une portion de la côte pour assurer un ample drainage. Je n'ai point trouvé que

cette pratique fût nécessaire: le tube métallique, s'il est employé assez tôt avant que les côtes soient arrivées à se toucher, répond au but d'une manière satisfaisante.

Nous avons employé l'acide phénique ici quoique l'enfant ne soit âgé que de trois ans. Nous avons également à l'hôpital un enfant âgé seulement de sept semaines, sur lequel, il y a quinze jours environ, j'ai pratiqué une opération pour atrésie des oreilles, et depuis lors la tête du bébé est restée enveloppée de gaze phéniquée sans que sa santé en ait souffert. Je mentionne ces circonstances, parce que dernièrement, à Amsterdam, j'ai appris à ma grande surprise que certains chirurgiens regardent comme axiome que l'acide phénique est si vénéneux pour les jeunes enfants qu'on ne devrait jamais l'employer chez eux; et depuis lors j'ai vu la même doctrine imprimée. Maintenant, Messieurs, considérez les circonstances du cas actuel. Afin de pouvoir appliquer sur ce petit corps un pansement d'étendue suffisante, nous avons enveloppé tout le tronc de gaze phéniquée depuis les aisselles jusqu'au bassin, et cependant l'enfant n'a pas éprouvé de troubles constitutionnels, il n'a point eu d'empoisonnement phénique. Cela suffit pour montrer qu'il ne faut point s'abstenir d'employer l'acide phénique chez les jeunes enfants par crainte d'empoisonnement. Vous pourriez dire « Comment se fait-il que nous n'ayons point d'empoisonnement phénique comme certains de nos confrères Allemands? » Je crois que le grand secret de notre immunité comparative vis-à-vis de ces effets toxiques consiste en ce que nous évitons autant que possible toute action non nécessaire de l'acide carbolique sur les tissus. Si, par exemple, dans le cas de ce petit garçon, j'avais injecté de l'eau phéniquée dans la cavité pleurale, et

renouvelé cette injection à chaque pansement, comme certaines personnes pourraient le faire, il y a, je crois, le plus haut degré de probabilité que cet enfant aurait pu souffrir d'intoxication phénique. Ou bien encore, supposons que le patient ne soit pas un enfant mais un adulte, et qu'après avoir fait une plaie considérable — une amputation de cuisse par exemple — vous fassiez ce qui se fait souvent sur le continent, savoir, la plaie étant suturée et les drains mis en place, injecter par ces tubes une solution 1/20 d'acide phénique; si je faisais chose pareille, je ne regarderais pas comme improbable que mon patient pût souffrir d'empoisonnement phénique, parce que les interstices des tissus fraîchement ouverts par le couteau sont prêts à recevoir le liquide qui pourrait être poussé vers eux avec quelque force; et si vous employez une seringue puissante et que vous l'appliquez à l'orifice d'un drain avec l'intention de nettoyer la plaie, la cavité sera probablement distendue par le liquide, et il y a grand risque que ce liquide entre de force dans les interstices des tissus, d'où l'absorption pourra l'introduire en abondance dans la circulation. En réalité cette pratique n'est pas du tout nécessaire si vous avez un bon pulvérisateur, si vous opérez de façon à vous conformer du commencement à la fin à toutes les conditions de notre problème physiologique, conditions faciles à suivre quand nous savons qu'elles sont nécessaires, et enfin, si vous faites une garde vigilante. En outre il est maints chirurgiens qui, chaque fois qu'ils renouvellent le pansement, font un point spécial de l'injection de la plaie. Voilà encore une application très inutile de l'acide phénique, et je crois que la raison principale de notre immunité de l'intoxication car-

bolique consiste en ce que nous évitons cette sorte de pratique. Je ne puis citer aucun cas dans lequel je pourrais affirmer avec certitude que nous ayons eu de l'empoisonnement phénique même d'un moment, soit dans mon hôpital soit dans ma clientèle civile, depuis les deux ans que je me trouve à Londres.

En même temps je ne dois pas nier qu'il est de rares cas d'idiosyncrasie où l'on peut rencontrer de l'empoisonnement par l'acide phénique en dépit du soin avec lequel on évite l'introduction inutile de cet agent dans l'organisme. J'ai vu moi-même chose pareille. J'ai vu, par exemple, dans un cas d'extirpation du sein pansé à la gaze, la patiente non-seulement donner des urines foncées, chose peu importante en elle-même, mais souffrir de débilité générale, de perte d'appétit et d'autres signes d'intoxication carbolique. Nous remplaçâmes le pansement de gaze par un pansement à l'acide borique et les symptômes disparurent immédiatement. Nous laissâmes ce pansement borique en place durant plusieurs jours, puis nous le renouvelâmes sous la protection du brouillard phéniqué; coup sur coup, comme résultat de l'application de la pulvérisation phéniquée à une petite portion de tégument chez cette dame, il y eut retour de l'empoisonnement phénique en quelques heures, preuve indubitable que cette personne avait pour cette affection une prédisposition spéciale.

En semblable occurrence il est fort à désirer que vous soyez prêts à employer des moyens alternatifs. J'ai parlé du pansement à l'acide borique. Ce pansement est excellent en cas de plaies superficielles ou d'ulcères; vous avez eu l'occasion d'en voir récemment un frappant exemple dans

un cas où nous avons fait des greffes épidermiques (1).

Mais nous ne voudrions pas nous fier au doux acide borique pour des affections sises profondément comme l'empyème. Quel succédané emploierons-nous donc dans les rares cas d'empoisonnement carbolique? Je crois qu'actuellement le meilleur agent connu est l'acide salicylique introduit dans la pratique chirurgicale par le professeur Thiersch de Leipzig. On peut l'employer sous forme de jute à l'acide salicylique, qui se vend assez bon marché. Il y a quelques semaines mon ami le professeur Bennett de Dublin, me citait un cas d'empyème qu'il avait eu à traiter à la campagne. Il ne pouvait se procurer de la gaze phéniquée, mais il possédait de la jute salicylique; il se servit de cette dernière après avoir ouvert l'empyème dans le brouillard phéniqué, il recommanda au praticien de l'endroit d'appliquer de même la jute à chaque pansement, et le résultat fut une rapide guérison après une marche analogue à celle dont vous avez été les témoins aujourd'hui. Il est donc évident que dans un cas d'épreuve excessivement redoutable, dans l'empyème, la jute à l'acide salicylique peut remplir d'une manière satisfaisante l'office d'un succédané de la gaze phénique. Il faut l'appliquer en masse assez grande et il sera bon de disposer par dessus cette masse une pièce de mackintosh pour empêcher que l'écoulement ne la traverse directement.

(1) Pour détails concernant les greffes épidermiques sous le pansement antiseptique voir pp. 405 et 566. Pour éviter les redites nous supprimons l'histoire de cet ulcère qui n'a de particulier que la manière dont il a été procédé à sa purification radicale: après l'avoir pansé pendant quelques jours avec du lint borique humide, M. Lister a lavé la peau voisine avec l'eau phéniquée forte et a saupoudré d'iodoforme la surface de l'ulcère. (Note du traducteur).

CAS II. — PLAIE AVEC PERTE DE SUBSTANCE.

Il est un autre cas que je désire panser devant vous aujourd'hui — cette femme à laquelle j'ai enlevé, il y a quinze jours, un fibrome récidivé de la région dorsale. Cette tumeur s'était montrée d'abord il y a quinze ans. Elle avait été extirpée, était revenue, avait été extirpée à nouveau, s'était encore reproduite à des intervalles de trois à quatre ans; chaque fois avant de recourir au chirurgien, la femme avait follement permis à la tumeur d'acquiescer de grandes dimensions. Lors de la quatrième extirpation on trouva qu'elle adhérait aux apophyses épineuses de quelques vertèbres dorsales; ces apophyses furent conséquemment ruginées par l'opérateur. Quand la personne vint encore une fois se présenter à lui, munie d'une grande tumeur pareillement placée, il me la recommanda. Trouvant que la tumeur était de consistance ferme, nettement limitée et mobile sauf vers son milieu où elle recouvrait l'épine dorsale, et considérant que sa marche était très chronique, je crus bien faire en donnant à la femme encore une chance de salut. J'enlevai conséquemment toute la masse, y compris la peau qui recouvrait la tumeur, large de cinq pouces environ, et toute la cicatrice des opérations précédentes; l'incision était longue d'environ un pied. Trouvant la tumeur fermement adhérente aux apophyses épineuses de quatre vertèbres dorsales, je réséquai presque entièrement ces apophyses à l'aide de tenailles tranchantes, j'enlevai aussi une masse considérable de muscles spinaux voisins, laissant au milieu du dos une grande cavité. Je désirais voir cette lacune immédiatement fermée s'il était possible, et conséquemment, par une opération d'autoplastie, je rame-

nai en dedans, pour recouvrir la cavité, un large lambeau de peau emprunté au côté droit du dos.

Pour fixer le lambeau dans sa position nouvelle, je me servis avec grand avantage de la suture à boutons ou de relâchement. Depuis quelque temps déjà j'emploie les boutons de plomb modifiés d'une façon qui les adapte mieux à leur objet. La plaque de plomb est taillée ainsi qu'on le voit

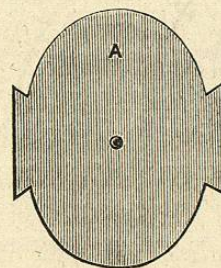


FIG. 1.

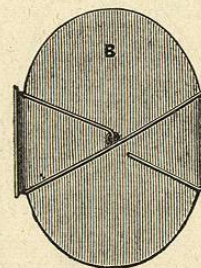


FIG. 2.

en A (fig. 1), de manière à présenter deux ailerons que l'on relève de façon à ce qu'ils forment avec le reste de la plaque un angle d'environ  $45^{\circ}$ ; c'est autour de ces ailerons que l'on enroule le fil métallique après l'avoir fait passer dans le trou central, ainsi qu'on le voit en B (fig. 2). Cela se fait et se défait plus rapidement que d'enrouler comme autrefois le fil autour de la plaque, et l'on évite en même temps la présence du fil à la surface profonde de la plaque où sa pression donnait parfois lieu à une ulcération linéaire (1).

(1) Il est peut-être bon de mentionner que cette modification des boutons a été introduite avant la publication de celle qu'à suggérée Dr O. Will, d'Aberdeen dans un but analogue (voir *Brid. Med. Jour.*, 21 juin 1879). La forme décrite ici sera, je pense, aussi commode que celle de Dr Will, tandis qu'on la prépare plus aisément, soit en poinçonant une plaque de plomb, soit en la taillant de forme voulue à l'aide de ciseaux.