

Les boutons sont représentés en position dans la figure ci-jointe (fig. 3). Les lignes en gros pointillé CDE, CFE représentent les incisions faites pour enlever la tumeur, la ligne

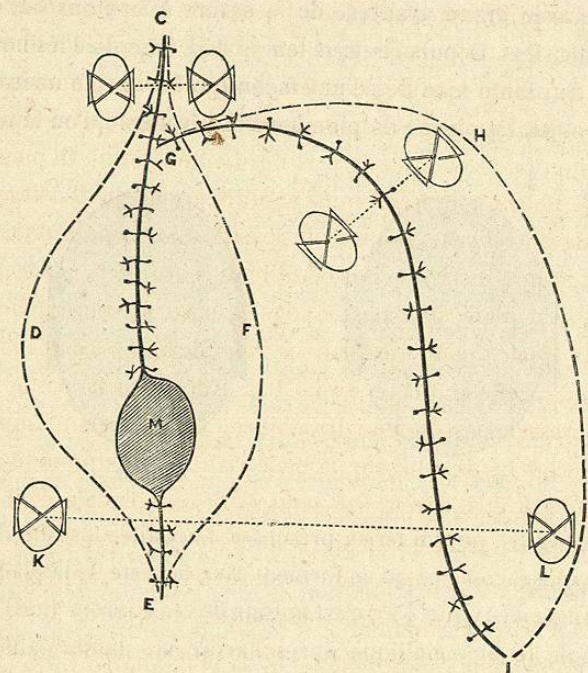


FIG. 3.

en gros pointillé GHI l'incision qui limitait le lambeau de peau soulevé pour l'opération d'autoplastie, et les lignes continues l'arrangement ultime après suture et fixation du lambeau à sa place nouvelle. Les lignes de pointillé fin marquent les trajets sous-cutanés des fils d'argent qui réunissent les différentes paires de boutons de plomb.

Je désire attirer spécialement l'attention sur la disposi-

tion de la paire inférieure de boutons, KL, parce que j'ai trouvé cette disposition très utile dans les opérations de cette sorte. Tandis qu'il est désirable, au point de vue de la réunion primaire, que les bords cutanés soient partout en contact, il est d'importance vitale que la base du lambeau, base qui seule dans les premiers temps devra lui fournir du sang, soit garantie de toute tension exagérée et de toute pression ou traction de la part des boutons et du fil métallique. Pour atteindre ce but, l'aiguille armée du fil d'argent qui devait relier les boutons fut passée dans la peau du côté droit, à une distance considérable du bord de la plaie, retirée à la plaie, puis passée sous la peau au bord gauche de la plaie pour ressortir à une distance correspondante à celle du côté droit. Passé de cette façon le fil n'intéressait pas du tout le lambeau, mais il était simplement couché sous lui sur la plaie vive; et ainsi, quand les boutons K et L eurent été poussés et fixés en place, il en résulta que, grâce à la laxité de la peau du tronc, les bords de la peau de chaque côté se trouvèrent si rapprochés qu'ils purent être suturés intimement aux bords du lambeau sans trop de tension, tandis que ce lambeau était exempt lui-même de toute action des boutons et du fil métallique. Les sutures étaient de fort fil d'argent, avec quelques points intermédiaires de soie phéniquée ou de crin purifié, destinés à assurer une coaptation exacte. Aux points G et M je laissai des intervalles pour laisser passer des drains de caoutchouc. Nous contribuâmes également à maintenir la peau du dos dans le relâchement, en disposant une partie de la bande destinée à fixer le pansement de gaze, sous forme de bandage en 8 autour des épaules, de manière à retirer celles-ci en arrière.

Il arriva que ce même après-midi la patiente eut une hémorragie secondaire, chose rare chez nous, si rare que nous ne voyons pas cela généralement d'une année à l'autre, mais qui arriva néanmoins dans le cas actuel; l'hémorragie provenait probablement de quelque branche musculaire, et avant que le pansement fût renouvelé, la malade avait perdu une assez grande quantité de sang. Très agitée, elle remua beaucoup les épaules et par ses mouvements déchira quelques sutures. Il se produisit de la sorte une ouverture vers la base du lambeau, ouverture circulaire ayant deux pouces environ de diamètre (voir M, fig. 3) et qui permettait de voir l'intérieur de la plaie creuse. Je désire que vous voyiez l'aspect de la plaie à cette époque de sa marche. J'appuie de la main sur la partie du pansement qui correspond à la plaie, pendant qu'on coupe les bandes et qu'on soulève le bord du pansement, et je ne retire la main que lorsque le jet pulvérisé a bien pénétré sous ce bord et joue au-dessus de la plaie. La plaie vous est maintenant exposée et vous voyez la fenêtre circulaire qui conduit dans son intérieur. Avant l'introduction du traitement antiseptique, nous avons contume de dire que si une plaie ne se réunissait pas par première intention, la suppuration s'établissait en quatre jours environ chez l'adulte par un temps froid, et en trois jours environ chez l'enfant par un temps chaud. Ici douze jours se sont écoulés depuis l'opération. L'union par première intention était impossible dans une grande étendue de cette plaie, non-seulement à cause de l'ouverture béante de la peau, mais aussi parce que la surface inférieure du lambeau qui avait été attiré par dessus la cavité, n'était pas en contact avec le fond de cette cavité. Voyez cependant : nous n'avons point

de suppuration. Je voudrais que certains de nos confrères qui doutent si le traitement antiseptique a bien une bonne influence, pussent voir un fait de cette sorte. Douze jours, en présence d'une plaie grande et creuse comme celle-ci, d'une ouverture qui y conduit largement, de tissus ainsi exposés, et pas une goutte de pus! Eh bien! de même que je n'ai pas hésité à dire tout à l'heure que le résultat dont vous avez été témoins dans le cas d'empyème n'aurait pu s'obtenir sans traitement antiseptique, de même j'ose affirmer avec une égale confiance, que l'écoulement purement séreux que vous voyez sur ce pansement n'aurait pu se produire sans traitement antiseptique d'une ou d'autre sorte; je ne dis pas qu'il faille nécessairement pour cela la sorte de traitement antiseptique que nous employons, mais il faut un traitement qui remplisse réellement, efficacement l'objet essentiel d'exclure la putréfaction. Le pansement employé ici a eu cette efficacité, permettez-moi de vous en donner la preuve évidente. Ce pansement a été appliqué durant deux jours; vous voyez que le « protective » de soie huilée est parfaitement exempt de cette altération noirâtre de couleur qu'il aurait subie au bout de ce temps si la putréfaction s'était produite, et vous pouvez vous assurer, pendant qu'il passe au milieu de vous, qu'il n'offre point d'odeur de putréfaction. Le pansement a donc été vraiment antiseptique; il a prévenu la putréfaction, c'est un fait. Remarquez maintenant l'absence complète d'inflammation autour de cette plaie. Il en a été ainsi dès le commencement. Il n'y a point, et dès le commencement il n'y a point eu de rougeur inflammatoire. Le lendemain de l'opération nous avons vu que la partie supérieure de ce lambeau présentait sur une largeur de deux pouces une livide altération de cou-

leur ; cette partie semblait près de perdre sa vitalité. Je fis remarquer à ceux d'entre vous qui se trouvaient dans la salle qu'il ne s'en suivait pas qu'il y aurait mort de tissu ; je crois cependant que tout praticien qui aurait vu la chose en ce jour, aurait dit que sous le traitement ordinaire il devait se produire une large eschare. Moi, j'affirmai, au contraire, qu'il ne fallait point désespérer de voir cette partie se remettre, du moins pour une grande part ; parce que, en supposant même qu'une portion de tissu ait perdu sa vitalité par circulation insuffisante, si cette portion de tissu ne se putréfie pas, elle ne fait aucun mal aux tissus voisins par le simple fait de sa mort, pas plus que n'en fait le catgut, tissu intestinal mort avec lequel nous lions nos artères. Le catgut est absorbé par les tissus vivants du voisinage, et c'est ainsi que d'autres tissus morts peuvent être résorbés sans irriter le moins du monde leurs voisins vivants. Si, au contraire, la partie morte se putréfie, l'eschare putride ne devient pas seulement une source d'irritation, mais elle exerce une action caustique sur les parties immédiatement adjacentes. En effet, si une portion de tissu a perdu sa vitalité par gêne circulatoire, vous pouvez avoir la certitude que des parties immédiatement voisines auront subi par la même cause un affaiblissement de force vitale, ainsi qu'il arrive dans la gangrène sénile où nous connaissons tous la tendance envahissante de l'inflammation gangréneuse. Mais ici vous voyez que la tache autrefois livide a repris en grande partie sa coloration normale. Elle resta livide pendant plusieurs jours, mais nous constatâmes qu'une pression ferme avec le bout du doigt pouvait dissiper cette couleur qui reparait lentement après cessation de la pression, preuve que le sang était fluide encore dans les vaisseaux, tandis

que si le tissu avait été mort, le sang y aurait été coagulé. Il ne reste plus, au bord extrême du lambeau, qu'une petite partie longue d'un pouce et demi et large d'un demi pouce, qui n'offre pas une évidente vitalité. Cette petite portion a réellement perdu la vie, mais voici qu'après ces douze jours elle reste fermement attachée aux parties voisines : les sutures qui l'attachent à la peau vivante tiennent toujours. Cette partie morte n'a point déterminé de suppuration, elle n'a point provoqué la plus légère rougeur inflammatoire de la peau voisine. Il n'y a pas même une ligne de démarcation nettement définie. Ceci encore, Messieurs, aurait été une chose impossible sans traitement antiseptique efficace. Mais sous un traitement antiseptique il est possible, car je l'ai vu pour des eschares plus grandes que celle-ci, que cette portion de tissu mort soit absorbée et ne se sépare jamais.

Cette plaie présente un autre point digne d'attention. Cette fenêtre que vous voyez s'ouvrir dans la cavité a été notablement plus grande qu'elle ne l'est actuellement. Elle s'incrusta le long de ses bords de liquor sanguinis exsudée qui, en se coagulant, forma un anneau solide inscrit dans la fenêtre, et cette exsudation se poursuivant toujours a produit un anneau de plus en plus large. Les parties formées d'abord, exemptes de putréfaction, ont subi l'organisation, qui comprend la vascularisation, et les vaisseaux nouvellement formés ont continué de verser du plasma. Maintenant, si nous soulevons la couche coagulée superficielle à son bord externe, nous découvrons un anneau cicatriciel. Cela veut dire que l'organisation de l'anneau coagulé a pris le caractère de production épidermique au voisinage de l'épiderme préexistant du bord cutané. Ce processus de

cicatrisation s'est poursuivi sans la production d'aucun pus, et même sans la production d'aucune vraie granulation. Je n'ai jamais eu l'occasion de voir précédemment une apparition exactement correspondante à celle-ci, tout simplement, sans doute, parce que je n'ai jamais eu l'occasion d'étudier une fenêtre dans un tégument tendu par dessus une cavité. Car nous n'avons ici qu'un cas particulier d'un processus que le traitement antiseptique nous a rendu familier : l'organisation de sang coagulé et la cicatrisation progressive sous la couche superficielle du caillot, sans occurrence de suppuration ou de vraies granulations. C'est par le même processus d'exsudation et d'organisation progressives de plasma que la cavité de la plaie est continuellement réduite. Nous voyons, en regardant par la fenêtre, que le fond de la cavité n'en est pas aussi éloigné qu'il l'était autrefois : la cavité se rétrécit de jour en jour. Maintenant, Messieurs, tout ceci doit paraître, aux yeux de ceux qui ne l'ont point encore vu, former un contraste merveilleux et incroyable avec le vieux mode de guérison par granulations et suppuration, mode qui aurait dû se produire inévitablement sans traitement antiseptique.

A présent je réapplique le pansement. Le protective trempé dans l'eau phéniquée 1/40, pour détruire l'énergie septique de toute poussière y adhérente, est placé sur la plaie en voie de cicatrisation. Immédiatement au-dessus est placée une pièce de gaze phéniquée trempée dans la même solution, afin qu'elle soit activement antiseptique au moment d'application, car on ne peut pas se fier sous ce rapport à la gaze sèche, puis vient le pansement régulier de gaze à dimensions amples. Rappelez-vous l'importance immense qu'il y a à ce que le protective soit couvert et dépassé

de tous côtés par la gaze. Le protective, n'ayant rien d'antiseptique dans sa composition, doit être dépassé de tous côtés comme s'il était une plaie lui-même.

Le bandage est arrangé de manière à maintenir les bras quelque peu rattachés en arrière, quoique cela ne soit plus aussi nécessaire qu'au commencement. Ici encore, à cause du mouvement de la poitrine, nous employons des bandes élastiques — une autour des épaules et une autour de la taille — pour tenir les bords du pansement constamment appliqués sur la peau.

L'obtention des résultats que vous venez de voir dans ce cas ne dépend pas seulement de l'efficacité des mesures antiseptiques employées, mais aussi de l'usage de ce que nous appelons un bon « protective » — c'est-à-dire une couche de matière employée pour protéger la partie en voie de cicatrisation contre l'action irritante de l'agent antiseptique lui-même. A ce propos, je puis dire que nous possédons aujourd'hui un protective notablement meilleur que celui d'il y a quelque temps. Il se compose toujours essentiellement de soie huilée, enduite sur ses deux faces de vernis de copal. Le vernis de copal est l'agent qui contribue le plus à exclure l'acide phénique; il est bien moins perméable à cet acide que la soie huilée, quoique cette dernière soit elle-même bien moins perméable à cet égard que la gutta-percha ou le caoutchouc. Le vernis de copal est donc l'ingrédient le plus important de ce protective. Il y a quelque temps l'un des manufacturiers qui nous fournissent le protective, pour des raisons à lui seul connues, omit complètement le vernis de copal et nous fournit un protective qui n'était évidemment que de la soie huilée enduite de dextrine (cette dernière s'ajoute en dehors du copal afin que le

protective se laisse uniformément humecter par l'eau phéniquée). Nous avons donc alors simplement de la soie huilée broyée de dextrine, et c'est là un protective comparativement inefficace. Au contraire, celui que nous employons maintenant est garni sur ses deux faces d'une couche de copal particulièrement épaisse, ce qui lui donne une efficacité correspondante. Je conçois que certaines personnes puissent objecter que ce protective est trop épais, trop substantiel. Ces messieurs savent peu l'erreur qu'ils commettent par cette objection. A la température du corps humain il devient parfaitement doux et souple; il s'adapte admirablement à la région, de sorte qu'il est à l'abri de toute objection de ce côté. Si nous n'avions pas employé un protective assez efficace, nous n'aurions pas obtenu le genre de résultats dont vous avez été les témoins dans ce cas. Si nous avions laissé un pansement phéniqué agir directement sur cette plaie dénudée, nous aurions eu déjà des granulations et de la suppuration — suppuration causée par l'action irritante de l'antiseptique — « suppuration antiseptique » ainsi que je l'ai nommée; et si nous avions appliqué le pansement de gaze directement sur cette portion morte de tissu, elle se serait imprégnée du mordant antiseptique et serait devenue irritante suivant le même principe, quoiqu'à un degré moindre, que si elle avait été putride; elle aurait irrité les tissus voisins vivants, les aurait excités à la production de granulations vasculaires et de suppuration, et nous aurions eu un lambeau de tissu mort déjà séparé par suppuration antiseptique.

De plus, si nous n'avions pas employé un protective efficace, nous n'aurions point vu l'organisation du caillot sanguin et la cicatrisation marchant sans suppuration au bord

de la fenêtre dans la peau. Nous aurions vu la cicatrisation se produire avec un bord granuleux et suppurant. Je me laisse entraîner à parler de cela parce que je crois que le protective n'est encore qu'imparfaitement compris. Un chirurgien très éminent visita mes salles il y a quelques mois et me dit qu'il n'avait jamais vu le caillot sanguin en train de s'organiser. Je lui fis voir deux cas où cela se faisait. C'était un homme de précision scientifique, et il me dit aussitôt : « Ces cas me suffisent, dès ce moment je sais qu'un caillot sanguin exposé à l'air peut s'organiser. » Comment se fait-il qu'il n'avait jamais vu cela, lui qui depuis des années pratiquait avec grand effet le traitement antiseptique? La vérité c'était, comme il me l'avoua, qu'il n'avait jamais regardé l'acide phénique comme particulièrement irritant et qu'il n'avait jamais employé de protective; voilà pourquoi il n'avait jamais vu un caillot sanguin s'organiser. Un chirurgien russe très distingué m'envoya, il y a quelque temps, cet objet de bel aspect — ce feuillet transparent — que lui, disait-il, employait maintenant toujours de préférence à notre protective — un objet charmant, assez joli pour nous entraîner par cela seul à l'essayer. Mais je trouvai qu'il ne put supporter l'épreuve qui vous permettra toujours de connaître la qualité d'un protective. J'en pris une pièce et je plaçai sur le milieu de cette pièce un peu de lint imbibé de solution phéniquée 1/20, puis j'attendis; au bout d'une demi-heure environ, en appliquant la pointe de la langue sur la face opposée du feuillet, je perçus la sensation piquante que donne l'acide phénique, preuve que cet acide avait déjà traversé la feuille; au contraire, une pièce de ce protective convenablement préparé, traitée de la même manière, ne vous révélera au-

cune trace de l'acide après un laps de trois ou quatre heures. C'est pourquoi, bien que ce soit-disant protecteur soit très joli, c'est à peine si on peut l'appeler protective, dans le sens que nous donnons à ce terme. Il pourra entretenir l'humidité de la plaie et empêcher de la sorte que le pansement n'y adhère, mais c'est à peu près là tout ce qu'il pourra faire.

Mais il reste pis à dire de cet article. Le droguiste qui m'en fit parvenir des échantillons m'apprit qu'il renfermait du thymol et de l'acide salicylique; en d'autres termes, l'article n'était pas seulement inefficace comme protecteur contre l'agent antiseptique, mais il était par lui-même activement antiseptique. Mon correspondant ajouta que l'article pouvait se préparer aussi avec de l'acide phénique, preuve que ce droguiste n'avait aucune idée du but dans lequel nous employons le protective. On a dit parfois que nos pansements irritent les plaies. La plaie que vous venez de voir est une preuve du contraire. Elle n'est pas irritée; elle guérit doucement, bien plus, elle montre beaucoup moins d'irritation qu'on n'en aurait avec tout traitement ordinaire inventé jusqu'ici. Mais si des chirurgiens se servent d'un antiseptique quel qu'il soit, de manière à le faire agir directement sur les tissus, leurs plaies seront toujours irritées à un degré variable suivant la nature de l'antiseptique.

Mais tout utile que soit le protective en ce qu'il favorise le meilleur genre de guérison sous un pansement antiseptique, je tiens à vous prévenir qu'il vaudrait infiniment mieux ne le point employer du tout que l'appliquer d'une manière défectueuse; car, au risque de paraître ennuyeux, je dois répéter que proportionnellement à l'efficacité qu'a

le protective d'exclure l'action irritante de l'acide phénique, il a aussi le pouvoir d'en exclure la vertu antiseptique, et de conduire ainsi la putréfaction dans la plaie, à moins d'être largement dépassé de toutes parts par l'élément réellement antiseptique du pansement.

[Au moment de livrer cette leçon à l'impression, je puis ajouter qu'en examinant la plaie hier (9 décembre), j'ai trouvé l'écoulement, toujours séreux, devenu si léger que mon *house-surgeon* (interne) avait laissé passer quatre jours avant de renouveler le pansement. Les boutons avaient été enlevés depuis plusieurs jours, et les bords cutanés restaient néanmoins partout en contact, sauf qu'une ouverture de $\frac{3}{4}$ pouce environ s'était produite à la partie inférieure de la fenêtre, M, après l'enlèvement des boutons K et L qui supportaient spécialement cette partie. Mais bien que la fenêtre eût subi de la sorte un accroissement temporaire, elle avait été depuis lors réduite au-dessous de ses dimensions antérieures par le mode de cicatrisation déjà signalé, et, tandis qu'il y avait toujours absence de suppuration, l'anneau cicatriciel s'était considérablement augmenté. La fenêtre était occupée par une masse de lymphé grisâtre et pultacée, ce qui constitua l'apparition la plus voisine de suppuration qu'il fut donné de voir pendant toute la durée du cas. J'enlevai aux ciseaux un huitième de pouce environ de cette substance grisâtre, et du sang suinta de la section, preuve que la vascularisation s'était produite jusques près de la surface. Le processus de guérison par exsudation et organisation successive de plasma, processus qui, je pense, n'a jamais encore été décrit distinctement, mais dont ce cas a fourni un si bel exemple, avait entièrement comblé la grande cavité de la plaie. Le nouveau tissu

ainsi développé possédant, comme les tissus nouveaux en général, une tendance à se rétracter à mesure qu'il devenait plus ancien et plus parfait, le lambeau de peau qui recouvrait la cavité — lambeau qui d'abord était tendu directement d'un os scapulaire à l'autre — avait été légèrement attiré dans la cavité, de manière à présenter un aspect concave, tandis que la région se montrait ferme et solide à la pression du doigt.

A la même époque, mes présomptions d'absorption possible de l'escharre sans suppuration s'étaient déjà en partie justifiées. Je ne puis savoir si l'escharre comprenait originellement toute l'épaisseur de la peau. Il est toutefois certain que les sutures qui attachaient le bord du lambeau au niveau de la partie mortifiée gardaient toujours prise, et que le bord du tissu mort, maintenu de la sorte au contact de peau saine et vivante, avait subi un processus d'organisation — c'est-à-dire substitution d'éléments de tissu vivant aux éléments morts absorbés par eux — exactement semblable à celui qui s'était produit au bord de la fenêtré. C'est ainsi que, sans la plus légère trace de suppuration et sans production de granulations, une cicatrice large de 1/6 pouce environ avait pris la place du bord supérieur de l'escharre.]

XVIII. — LA LIGATURE DU CATGUT. (DISCOURS PRONONCÉ
DEVANT LA « CLINICAL SOCIETY OF LONDON » PAR
JOSEPH LISTER, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ.)

Messieurs, je vous remercie de l'honneur insigne que vous m'avez conféré en me choisissant pour occuper cette chaire, et je vous remercie avec un sentiment tout particulier de gratitude, parce que je sais bien que ma part personnelle dans les travaux de la société n'a pu me donner le droit de compter sur une distinction si grande donnée par vos mains. Je ne puis que m'efforcer de remplir, aussi bien que j'en suis capable, les devoirs importants que votre gracieuseté m'a imposés.

En considérant le choix d'un sujet pour le discours inaugural que l'on attend du Président, j'ai senti que je ne me trouvais pas en position de présenter un sommaire des travaux passés de la Société, ni de donner des conseils pour sa direction future; aussi ai-je décidé, après avoir consulté quelques membres influents du Conseil, de vous soumettre ce soir un sujet tout spécial qui, je l'espère, ne paraîtra pas indigne de l'occasion, parce que, tandis qu'il se trouve encore dans un état de suspension ou de transition, il est plein d'intérêt pour chaque chirurgien praticien, et qu'en même temps, par plusieurs de ses côtés, il mérite bien l'at-