

males ou végétales, il n'en est de même ni pour la variole, ni pour la rougeole, ni pour le typhus, ni pour les autres maladies infectieuses. »

Bennett ne se contente pas de critiquer, il a sa théorie et il l'annonce dans les termes suivants : « La fermentation et la putréfaction prennent naissance dans les molécules oléo-albumineuses qui sont formées dans les liquides organiques et qui, remontant à la surface, constituent la pellicule de matière prolifère. Sous l'influence de certaines conditions, température, lumière, combinaisons chimiques, densité, pression et composition de l'air atmosphérique, ces molécules produisent les organismes inférieurs animaux ou végétaux. »

En évoquant ainsi comme un spectre le souvenir de la *pathologia animata* Bennett a-t-il été heureusement inspiré et son érudition critique ne se résout-elle pas dans une vague réminiscence ? N'eût-il pas bien fait de se rappeler qu'à ce même XVII^e siècle et à ses études bien inexpérimentées sur les générations équivoques revient la découverte de l'acarus de la gale et remontent les premiers essais abandonnés par les siècles suivants sur les parasites de l'homme ? Linné lui-même avait-il oublié la pathologie animée lorsque cent ans plus tard il publiait ses *exanthemata viva* ?

Le passé d'ailleurs n'a rien à voir dans la question, et hypothèse pour hypothèse, il est douteux qu'on opte pour celle du célèbre professeur d'Edimbourg.

Le professeur Nunneley, dans son remarquable discours à l'ouverture de la session annuelle de la *British medical Association* (1), n'est pas moins explicite, mais il est plus topique, et s'il attaque la théorie actuelle de la fermentation, c'est pour réduire à néant les conséquences pratiques que Lister en a déduites.

« Depuis quelques années, dit l'orateur, on a eu une tendance croissante à attribuer diverses maladies à des organismes mi-

(1) *Med. Times*, août 1869.

croscopiques. Depuis qu'il a été prouvé que quelques altérations pathologiques des végétaux devaient provenir de cette source, la tendance n'a fait encore que s'accroître. Comme quelques-uns de ces agents se rencontrent toujours, à titre d'agents actifs ou non, dans les actions dialytiques, on a supposé que certaines maladies épidémiques ou zymotiques, comme il est devenu de mode de les appeler, étaient produites par des germes répandus dans l'air.

« Cette hypothèse qui n'est qu'une pure spéculation a conduit à adopter une théorie des germes applicable aux affections chirurgicales suites de plaies.

« Quant à présent, nous pouvons dire que la présence des germes n'est pas prouvée. Probablement pouvons-nous aller plus loin et nier leur présence dans les proportions admises par Pasteur et après lui par Lister. Je crois qu'en tout cas les organismes sont une conséquence et non une cause et qu'ils provoquent des changements que subit la substance en putréfaction. »

Voilà le jugement sur la théorie ; si le point de départ est erroné, les applications sont-elles aussi défectueuses que le principe ?

La méthode de Lister consiste à la fois dans l'occlusion des plaies soustraites au contact de l'air et dans l'emploi de l'acide phénique comme antiputride ; de là son nom de méthode antiseptique. Lister n'a qu'une priorité à revendiquer, celle de la combinaison de deux moyens proposés, recommandés et patronnés depuis plus ou moins longtemps dans la science. Bien que ses premières publications datent de 1867 (1), les procédés primitifs de Lister ont été graduellement modifiés et on pourrait presque dire transformés. Au début, les préparations antiseptiques étaient employées à doses caustiques, il semble qu'aujourd'hui elles ne s'emploient qu'à doses atténuées.

Le Dr Grenser, de Dresde, dans une notice intitulée : Une vi-

(1) *British med. Journal*, sept. 1867. *The Lancet*, nov. 1867.

lègues en faisaient un constant usage. S'ils avaient réussi mieux que moi, je n'aurais pas hésité à me rendre.

D'autres chirurgiens ont exprimé sur le traitement employé par Lister une plus favorable opinion, mais il s'en faut que le procédé ait pris une véritable extension. Est-ce parce qu'il ne répondait pas aux espérances? Est-ce parce que la médication exige une surveillance délicate, des précautions infinies dans lesquelles il est difficile de persévérer, à moins d'être soutenu par une conviction obstinée?

La compétence me manque et j'ai dû me contenter d'un simple exposé. Que l'avenir soit ou non propice à la théorie et à ses applications, ne peut-on pas, dès à présent, considérer les succès relatifs de Lister comme un argument de plus en faveur de cette proposition que la réussite des pansements dépend moins des procédés que de la sollicitude du chirurgien qui, ne se bornant pas à prescrire, intervient plus encore qu'il ne délègue?

(*Archives générales de médecine*, 1870.)

DES APPÉTITS EN GÉNÉRAL ET DE L'APPÉTIT DIGESTIF EN PARTICULIER.

(Leçon recueillie par Nourric, externe du service. 1880.)

Il existe une portion de la science qui s'appelle la séméiotique.

Elle n'a aucune raison d'être dans la pathologie proprement dite, c'est en quelque sorte un hors-d'œuvre; en clinique au contraire elle constitue un élément indispensable, car elle permet d'envisager sous des aspects nouveaux chacune des notions acquises au lit du malade.

Elle comprend l'étude des symptômes et des signes : les uns sont objectifs, les autres subjectifs.

On désigne sous le nom de signes objectifs ceux qui sont perçus par le médecin directement et pour ainsi dire sans l'intervention du malade, ou tout au moins sans une considérable intervention. Les signes subjectifs au contraire ne peuvent être étudiés qu'avec la collaboration du malade. Le médecin et le malade y participent; chacun y apporte son élément de jugement, c'est une pièce en collaboration. Dans bien des cas l'objectif fait défaut et il faut se contenter des renseignements fournis par le patient. Le médecin dans ces cas joue auprès de son malade le rôle d'accoucheur pour en tirer tous les renseignements dont il a besoin.

Parmi les symptômes subjectifs, les uns ne servent qu'à éveiller l'attention du médecin; ils l'amènent à constater un

site à la Clinique de J. Lister à Glasgow (1), donne sur la pratique actuelle de la méthode antiseptique des renseignements circonstanciés et recueillis sans parti pris. Le but est, comme nous l'avons dit, de détruire les germes qui pouvaient être en contact avec la plaie avant l'intervention du chirurgien et d'empêcher ensuite l'accès des germes répandus dans l'air.

L'acide phénique (ou carbolique) est usité sous sept formules différentes : 1° solution aqueuse au 40° ; 2° solution aqueuse au 20° ; 3° solution dans l'huile au 5° ; 4° solution alcoolique ; 5° emplâtres composés de gomme-laque 3 et acide phénique 1 ; 6° et 7° emplâtres de litharge phéniqués.

L'eau phéniquée n° 1 sert aux lotions qui sont le plus complètes possible et au lavage des instruments, des éponges et des mains de l'opérateur et des aides. La solution plus concentrée sert pour les injections dans les trajets fistuleux, etc.

La solution huileuse est surtout en usage. Elle est très peu irritante et préserve bien du contact de l'air. Comme la plaie ne doit jamais être à découvert, il était nécessaire d'avoir une sorte de moyen intérimaire dans l'intervalle des pansements ; un linge imbibé d'huile phéniquée remplit cet office et les plus minutieuses précautions sont prises pour qu'un pansement succède à l'autre rapidement. Dans les cas où l'examen de la plaie à nu doit se prolonger, quand il faut recourir à la sonde, etc., les instruments d'exploration sont trempés dans l'huile et une couche d'huile est incessamment renouvelée à la surface de la plaie.

La solution alcoolique n'est employée que quand les caustiques sont indiqués.

L'emplâtre fabriqué d'avance, et recouvert d'une couche de caoutchouc dissous qu'on abstergé au moment, est étendu sur toute la plaie qu'il déborde et maintenu par des bandelettes agglutinatives. Quant aux emplâtres plombiques ils ne s'appliquent qu'à des cas exceptionnels.

Le Dr Grenser, dont l'impartialité est hors de doute, renvoie

(1) *Archiv für Heilkunde*, déc. 1869.

pour le jugement définitif aux relevés officiels de l'infirmerie royale de Glasgow. Quant à lui, il constate que l'aspect d'une salle de la Clinique de Lister est très satisfaisant. Au lieu de l'odeur accoutumée, la salle n'a qu'une odeur légèrement empyreumatique et, depuis deux ans, il n'y a pas eu un seul cas d'erysipèle ou de pyémie, bien que ces complications n'y fussent autrefois que trop fréquentes.

En résumé, et sans énumérer les divers modes que réclament les cas multiples auxquels la méthode s'applique, l'idée dominante de Lister, soustraire les plaies aux influences fâcheuses des organismes nuisibles suspendus dans l'atmosphère, se trouve pratiquement réalisée. Lister a des prétentions théoriques d'un autre ordre, et nous ne le suivons pas sur ce terrain. Pour lui, la suppuration, même sans phénomènes septiques, s'expliquerait par les mêmes agents ou tout au moins laisse-t-il entendre qu'il prévient du même coup la suppuration et la décomposition des produits purulents.

C'était là le côté faible et c'est aussi celui qu'ont le plus vivement combattu les adversaires de l'école antiseptique, comme l'appelle Nunneley. Quant aux résultats obtenus, le chirurgien de l'infirmerie de Leeds les conteste d'abord en invoquant sa propre pratique, et ensuite en déclarant que les effets les plus avantageux ne sauraient plaider en faveur de l'hypothèse. N'a-t-on pas vu se succéder des milliers de remèdes auxquels on attribuait des guérisons réelles mais indépendantes du médicament ? N'a-t-on pas vu, et Nunneley choisit là, il faut en convenir, un singulier argument, le drainage des plaies être pratiqué par une foule de chirurgiens sur le conseil de Chassaignac, avec un succès incontesté, bien que les drains dusent faciliter l'introduction des germes fermentants dans les plaies ?

Que les plaies traitées suivant la méthode de Lister guérissent mieux que d'autres pansements, il le nie. Depuis trois ans, ajoute-t-il, que le traitement antiseptique a la vogue, je n'ai pas consenti à l'employer chez un seul malade, tandis que mes col-