

la plaie les applications appropriées aux conditions qu'elle présente, en un mot de *diriger* le processus de cicatrisation.

La rugination à fond est peu exécutable sur la face, sur le nez, sur les oreilles ou les paupières; elle ne peut être, sans nocuité, exécutée que sur le tronc et les membres, s'il s'agit de lupus tuberculeux.

Elle convient particulièrement au lupus des membres, aux formes papillomateuse, verruqueuse, dans lesquelles son emploi est logique.

Mais, dans le lupus tuberculeux ancien, à foyers agminés et entravés de cicatrices, les résultats obtenus sont si imparfaits, la repullulation est si prompte, soit par auto-inoculation, soit par impossibilité d'attaquer et de détruire les foyers profonds, que les médecins qui la pratiquent la font suivre immédiatement soit de scarification profonde — AUBERT, de Lyon — soit d'applications caustiques diverses.

Dans ces cas, la rugination faite, il serait plus logique, comme nous le répéterons plus loin, de détruire avec le thermocautère ou l'électrocautère la base des foyers lupiques qui ont été évacués par la curette.

Quant à la douleur de l'opération, sans recourir à l'anesthésie chloroformique, on peut l'atténuer par les injections localisées de cocaïne, soit par la congélation à l'aide de l'éther pulvérisé, ou du chlorure de méthyle pulvérisé, ou au pinceau.

N'était la crainte de favoriser les auto-inoculations, la rugination complète à fond serait le procédé essentiel, le plus rapide, à appliquer à la cure du lupus des membres, et de toutes les formes papillomateuses et verruqueuses. Nous l'avons longtemps pratiquée, avec des succès remarquables; mais nous rejetons son emploi complètement sur le visage, et dans le lupus tuberculeux proprement dit.

Il faut en outre savoir, que même ruginé dans la perfection, le lupus papillomateux un peu ancien, ou profond, conserve souvent deux choses qui réclament l'emploi d'autres moyens: 1° des tubercules profonds, sous-scléreux, qui ont échappé; 2° même après guérison, une nappe fibreuse — sclérose de guérison de LÉLOIR — qui constitue, en réalité, une cicatrice vicieuse que la scarification et les emplâtres résolutifs sont seuls aptes à réprimer. Quant aux tubercules de repullulation au milieu de la nappe sclérosée, le meilleur moyen de destruction à leur appliquer est l'ignipuncture — voy. plus loin, p. 470 et suiv.

b.) Curettage. — A l'aide de petites curettes fenêtrées, de forme et de dimensions appropriées, on peut pénétrer dans les foyers d'un lupus tuberculeux, les *évider* et les évacuer, puis cautériser énergiquement les cavités avec un crayon de nitrate d'argent mitigé et des crayons de zinc, de diamètres appropriés. Ce procédé, qui n'est pas sans activité, et qui est assez simple, bien qu'un peu douloureux, serait applicable surtout à la restauration et à l'entretien en bon état des cicatrices d'anciens lupus à repullulation partielle, si on n'avait pas, comme nous le dirons, dans l'électrocaustique, un moyen supérieur, et beaucoup plus simple.

C. DILACÉRATION, SCARIFICATION LINÉAIRE. — Le traitement du lupus vulgaire par les scarifications ponctuées, ou par des piqûres multiples, a été tenté en même temps de divers côtés, et en différents pays, depuis une vingtaine d'années; son véritable instigateur est VOLKMANN, pratiquant des scarifications ponctuées simples sans cautérisation, après le raclage, pour atteindre les foyers lupiques implantés au-dessous de la surface dermique ruginée.

BALMANNO SQUIRE modifia de la manière la plus heureuse le procédé de Volkmann, en remplaçant la scarification *ponctuée* par la scarification *linéaire*. Enfin notre collègue ÉMILE VIDAL (à l'hôpital Saint-Louis dès la fin de 1874) perfectionna rapidement le procédé de Balmanno Squire, et montra l'inutilité, au moins dans certains cas, des associations caustiques, et du raclage préalable.

Nous n'avons jamais manqué l'occasion de proclamer que c'était à VIDAL qu'était due véritablement l'application méthodique et définitive des scarifications linéaires au traitement du lupus, mais on a trop oublié que l'un de nous, immédiatement après lui, a mis en expérimentation la méthode des scarifications linéaires sur une échelle très étendue, en a régularisé sur plusieurs points le procédé opératoire, a appris à faire la scarification avec compression immédiate à l'éponge ou à l'ouate sans perte de sang, tout en les multipliant au point extrême nécessaire, pour abrégé le nombre des séances, et a contribué, pour une grande part, à sa vulgarisation. Seul, un collègue lyonnais, AUBERT, nous a rendu la justice légitime — Voy. Le Traitement du lupus à l'Antiquaille, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. IV, p. 431.

Nous n'avons aujourd'hui qu'à reproduire, à peu près littéralement, ce que nous avons écrit dans l'édition précédente, et ce que nous avons dit dans notre mémoire de 1880.

Instruments. — L'instrumentation de la méthode est des plus simples: quelques aiguilles courtes de 1 à 2 centimètres, les unes tranchantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue, solidement montées sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte, voilà ce qui est nécessaire, voilà seulement ce dont il faut se servir. En raison de la délicatesse de ces instruments dont la trempe et le tranchant doivent être de première qualité, et être maintenus en bon état, il faut en avoir de récemment aiguisés, ce qui, en définitive, peut être aujourd'hui obtenu à peu de frais, et pourrait devenir plus aisé encore. Nous proscrivons absolument du traitement du lupus l'emploi du scarificateur de la conjonctive que nous avons vu, entre des mains inexpérimentées, dépasser de beaucoup le but à atteindre. Le scarificateur généralement adopté est celui de VIDAL, c'est une lame plate de 2 à 3 millimètres de large et de 2 à 3 centimètres de long, à bords tranchants et à pointe triangulaire de 2 millimètres de côté.

Les aiguilles tranchantes servant à hacher, ou plutôt à hachurer, c'est-à-dire à couvrir de hachures incisées le tissu pathologique, exactement comme si, avec une plume à écrire, on voulait l'ombrer régulièrement à la manière des dessinateurs, on comprend aisément qu'il faille une certaine pratique pour arriver à exécuter très convenablement, à

une profondeur déterminée, et à intervalles égaux, ces petites incisions multiples sur une surface saignante. On a bien essayé, BALMANNO SQUIRE d'abord, et d'autres après lui, de faire des scarificateurs simples ou à lames multiples avec arrêt régulateur, mais ces instruments sont justement abandonnés précisément à cause de l'uniformité de cette limite, des résultats tout à fait insuffisants que l'on peut obtenir à leur aide.

A aucun titre ils ne peuvent exécuter ce que fait au contraire avec une grande perfection une main quelque peu exercée, armée d'une aiguille tranchante, maniée avec souplesse entre les doigts, exactement comme une plume à écrire.

Procédé opératoire. — Le procédé d'exécution, lui-même, est beaucoup plus aisé à démontrer pratiquement que théoriquement : Il consiste à hacher dans tous les sens, méthodiquement et régulièrement, l'ilot de peau lupique; plus les hachures seront rapprochées et faites régulièrement, plus on aura de chances, en couvrant la partie malade de hachures losangiques à la manière dont on ombre un dessin à la plume, d'atteindre exactement la superficie de toute la plaque. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille est déterminée par le degré de résistance rencontré, lequel, très faible pour le tissu pathologique, devient, au contraire, très appréciable pour les parties saines du derme *qu'il faut atteindre sans les dépasser*, et que l'on entend très distinctement crépiter sous la pointe de l'aiguille. *Il faut* atteindre les parties saines du derme pour être sûr d'avoir complètement dilacéré tout le tissu malade, condition absolue de succès; *il ne faut pas* sectionner la peau en entier pour éviter les cicatrices fibreuses, indélébiles.

En cette opération comme dans toutes les autres, il faut comprendre d'abord, mais aussi voir agir, et avoir agi soi-même; il n'est personne qui ne puisse acquérir assez rapidement en pratiquant le degré d'habileté indispensable; on devra s'attacher soigneusement, après avoir bien fixé et immobilisé sur un appui quelconque le bord externe et la paume de la main, comme on le fait pour écrire, à manier l'aiguille, comme une plume, *avec les doigts*, et non avec les mouvements étendus du bras et de l'épaule, auxquels se complaisent les débutants.

En observant attentivement la surface scarifiée, soit immédiatement après l'opération, soit pendant la réparation, on se rend aisément compte du procédé physiologique de la réparation. En effet, l'aiguille tranchante, convenablement menée, laisse intacts, au milieu du tissu pathologique, des sommets de papilles ou des vallons interpapillaires, conservant des rudiments de la couche génératrice de l'épiderme, véritables greffes épidermiques autochtones qui, débarrassées du tissu de granulation exubérant qui les enserrait, évoluent régulièrement et produisent des restaurations véritablement extraordinaires pour celui qui n'aurait pas pénétré leur mécanisme. *De là découle pour nous, dans l'application des scarifications linéaires, l'obligation de mener toujours l'aiguille perpendiculairement au tissu scarifié, et non obliquement, en fauchant; la raison de ce précepte n'a pas besoin d'être plus longuement expliquée.*

Après un nombre de scarifications variable, la surface lupique est

devenue une nappe cicatricielle formant, à l'examen attentif, un réticulum dans les mailles profondes duquel sont enserrés des foyers lupiques incessamment repullulants et progressant. C'est là le moment physiologique de la scarification, l'éternelle repullulation des foyers lupiques, l'un des écueils de toutes les méthodes de traitement du lupus, mais des méthodes sanglantes en particulier. Aussi, comme on le faisait auparavant, après la rugination, à l'aide de divers caustiques, Brocq propose-t-il « dans les cas rebelles » de terminer la dilacération en cautérisant l'intérieur de la loge avec la pointe fine d'un crayon de nitrate d'argent. Nous conseillons de le faire *dans tous les cas*; de se servir pour cet objet de crayons de nitrate d'argent bien acérés, *solides*, mitigés, non fragiles, et de faire suivre cette cautérisation d'une seconde à l'aide de stylets de zinc métalliques introduits dans les foyers à la suite du nitrate d'argent. C'est notre pratique générale pour tous les foyers de tuberculose sans exception; chaque centre tuberculeux représente une gomme tuberculeuse proprement dite, et dans toutes les variétés le nitrate d'argent est un agent curatif de premier ordre; le curage ou la dilacération ne représentent ici que le moyen de mettre en contact le caustique directement avec le foyer à réduire, comme nous l'avons écrit en 1883, art. Gommages, *loc. sup. cit.*, p. 688.

Dans les gommages dermiques et hypodermiques, ouvertes spontanément ou artificiellement et de bonne heure (ce qui est loin d'être une pratique à rejeter), les cautérisations avec le *nitrate d'argent*, suivies de l'application du *zinc métallique*, constituent un excellent moyen, mais il le faut appliquer avec énergie et combattre, sans relâche, le bourgeonnement dans les points où le crayon peut pénétrer. Le nitrate d'argent est, ici, l'agent le plus spécialement efficace; nous nous servons de crayons assez solides pour être engagés dans les trajets et pour pénétrer par effraction dans les tissus ramollis. On peut, assurément, obtenir aussi de très bons résultats avec l'acupuncture ignée thermique ou électrique, mais toutes les fois où le nitrate d'argent est applicable, c'est le mode de cautérisation qui nous a paru préférable. »

La scarification peut s'exécuter le malade étant assis sur un siège ou étendu sur un lit: à l'hôpital, et dans les polycliniques, la table d'opération nous paraît préférable, parce que la tête est naturellement soutenue, parce qu'il est beaucoup plus facile d'entourer le patient, et que des assistants plus nombreux peuvent suivre les détails de l'opération. Si l'on a devant soi un jour favorable, l'éclairage des parties à scarifier est parfaitement assuré, et l'ensemble de l'opération est généralement plus facile; nous n'avons jamais dit qu'on ne puisse pas parfaitement faire les scarifications le malade étant assis, cela est de la convenance de chacun.

Anesthésie locale. — La scarification linéaire est une opération médiocrement douloureuse quand elle est bien exécutée, avec de bonnes aiguilles; mais il y a de grandes variétés dans la sensibilité des sujets; les hommes se font remarquer par une pusillanimité très commune, les femmes et les jeunes enfants supportent moins mal l'opération; mais il faut, parfois, au moins pour la première séance, anesthésier la région

à l'aide de l'appareil de Richardson, ou des mélanges réfrigérants, ou bien faire une scarification courte et imparfaite; une fois l'accoutumance établie, on suppléera à l'imperfection de la première intervention. Toujours assez difficile à la face, l'anesthésie localisée a pour inconvénient, en toute région, d'altérer la consistance et l'aspect des parties malades au moment où il est le plus nécessaire de les voir dans leur état réel; d'autre part, la douleur est en réalité si tolérable ordinairement, que, comme l'a dit Vidal, on arrive bientôt à y renoncer d'un commun accord avec le malade.

Depuis l'appropriation du chlorure de méthyle à l'anesthésie localisée par BAILLY (de Chambly), on arrive plus aisément à obtenir la congélation analgésiante, puisqu'il suffit de badigeonner la partie à analgésier avec un pinceau de charpie ordinaire imprégné de chlorure de méthyle, jusqu'à ce qu'elle soit blanchie et indurée, ou à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la même surface. BAILLY a mis entre les mains du praticien un outillage peu coûteux : un très petit siphon contenant le chlorure de méthyle, et un manchon de verre tubulé servant de récipient conservateur, dont on pourrait encore avantageusement réduire les dimensions, et chacun peut aisément apprendre à le manier. Mais quel que soit le procédé de congélation que l'on emploie, les inconvénients restent considérables pour la scarification, encore que l'écoulement du sang empêché semble être une condition favorable : la consistance des tissus malades, qui était si précieuse pour diriger l'instrument, est devenu uniforme, et il faut agir *au jugé*; le retour de la sensibilité et la décongélation sont si *rapides*, surtout avec le chlorure de méthyle, que l'on ne peut finir la scarification, si elle a quelque étendue, sans voir la sensibilité revenue. Enfin, cette congélation elle-même ne laisse pas que d'être pour quelques malades fort douloureuse, et chez les tout jeunes enfants elle n'empêche pas la scène de cris et d'agitation; enfin, chez quelques sujets, elle détermine une dermite assez vive.

Le mieux assurément serait de pratiquer l'anesthésie locale par l'injection intradermique de cocaïne, mais si la surface a quelque étendue, ces injections doivent être opérées en plusieurs points, aux points cardinaux de la plaque pathologique; leur mise en action réclame quelques précautions contre les *accidents cocainiques*, un outillage antiseptique, un temps matériel assez considérable; aussi, en fait, ne sont-elles généralement pas applicables, ou au moins appliquées, dans nos polycliniques, où nous avons beaucoup plus de cas à opérer que ne le comporte le temps dont nous disposons, et le personnel restreint de nos assistants.

Quant à l'*anesthésie générale*, qui réaliserait le mieux pour l'opéré et pour l'opérateur, il est bien difficile de l'appliquer à une opération d'aussi petite chirurgie, qui doit être souvent renouvelée; elle est inexécutable dans les polycliniques, et ne peut être employée que dans des circonstances tout à fait particulières.

Hémostase. — La scarification linéaire donne lieu à un *écoulement sanguin en nappe* immédiatement assez abondant, mais qui cesse rapide-

ment par la *compression avec l'éponge* ou avec le coton hydrophile, préparé en fragments réguliers de dimensions variées.

Au moment de commencer la scarification, nous faisons mettre à notre portée un assez grand nombre de petits fragments de coton hydrophile. Aussitôt une surface de quelques centimètres scarifiée, et avant qu'aucun écoulement de sang ait pu dépasser le petit morceau de coton hydrophile que nous plaçons à côté de la plaque, l'opérateur, ou un aide, couvre la partie scarifiée avec un autre petit fragment de coton qu'il maintient ou que nous maintenons avec la main gauche, et ainsi de suite. De cette sorte, nos séances de scarification, même les plus étendues, se font sans que les parties voisines soient atteintes par le sang; au bout de quelques instants de compression, tout écoulement a cessé, le fragment ou les fragments de coton peuvent être levés, et la surface scarifiée peut être examinée aisément à l'œil nu et à la loupe. Indépendamment de la netteté satisfaisante des scarifications ainsi pratiquées, nous trouvons encore, à procéder ainsi, cet avantage très appréciable chez des malades généralement anémiques, de *réduire aux plus petites proportions les déperditions sanguines*. Dans aucun cas, il n'est nécessaire d'avoir recours à un autre procédé d'hémostase.

La scarification terminée, nous abstergeons soigneusement, avec des carrés de coton hydrophile, la surface scarifiée; puis le pansement se fait extemporanément sur toutes les surfaces planes avec de l'ouate, si la surface scarifiée est étendue, ou avec de l'emplâtre Vigo. Ainsi pansés, les malades vont au dehors sans aucun inconvénient, et sans précaution à prendre autrement que contre l'air froid, dans la mauvaise saison. Chez des sujets particulièrement sensibles, nous faisons un pansement simple approprié aux cas particuliers.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs, toujours fort simples, varient selon les cas et les sujets; il n'est nul besoin d'une antiseptie savante ou compliquée; il suffit de se servir d'eau bouillie, de coton hydrophile purifié, d'instruments et de linges propres, maniés avec des mains propres, pour n'avoir *jamaï*s d'accidents à redouter.

Le pansement immédiat que nous préférons est le coton hydrophile purifié, en couche assez épaisse et laissé en place jusqu'au lendemain. Pulvérisation de vapeur d'eau bouillie tiède. Après quarante-huit heures, pansement avec l'emplâtre de Vigo fin convenablement préparé, ou tout autre pansement approprié, s'il y a une plaie sécrétante et bourgeonnante, comme cela arrive quand la dilacération a été faite pour le lupus tuberculogommeux subaigu ou chronique; en un mot, direction du processus de cicatrisation. Applications résolutes, cautérisations au nitrate d'argent suivi, s'il y a lieu, de l'application du crayon de zinc, etc., surveillance dans tous les cas, à cause des intolérances médicamenteuses idiosyncrasiques. Nous employons fréquemment les pulvérisations avec des solutions faibles de sublimé ou d'acide borique, de salicylate de soude, etc., mais, encore une fois, tout cela, surtout dans les cas où il y a une plaie opératoire à diriger, et sans règle systématique.

L'époque à laquelle doit, ou peut, être renouvelée la scarification, varie selon la durée du temps nécessaire à la cicatrisation; celle-ci opérée, on

peut faire une nouvelle séance, et ainsi de suite, les opérations se répètent toutes les semaines, tous les quinze jours, toutes les trois semaines, ou tous les mois, selon les cas.

3° *Durée du traitement par les scarifications linéaires. Indications et contre-indications.* — Combien faut-il de séances de scarifications pour la guérison d'une plaque de lupus? Cela dépend de l'étendue de cette plaque, de la tolérance de l'opéré, et de la manière dont l'opération est exécutée.

Plus la scarification aura été soigneusement exécutée, minutieusement pratiquée, plus le tissu morbide aura été dilacéré dans tous les points à la profondeur convenable, plus le résultat sera rapide, et moins seront multipliées les séances nécessaires.

En toute circonstance, ce dont le médecin doit être bien informé, et ce dont le malade doit être dûment averti, c'est que, si le lupus est ancien, ou étendu, non seulement il faudra toute une série souvent illimitée de séances pour obtenir une belle cicatrice décolorée, lisse, souple, et égale de teinte, mais encore qu'il faudra, dans les années suivantes (peut-être dans les mois suivants), des séances de perfectionnement pour reprendre avec l'aiguille la destruction des foyers scrofulotuberculeux qui émergent, ou qui se reproduisent souvent avec une grande ténacité.

Sans tenir un compte suffisant de cette ténacité dans la repullulation des foyers lupiques de la profondeur à la surface, on a reproché à la scarification linéaire de ne mettre pas à l'abri des récidives; ce reproche peut être fait également à tous les procédés qui ne détruisent pas les parties saines en même temps que les parties altérées.

Ainsi que nous l'avons écrit dans l'édition précédente, et dans notre mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, cette méthode est certainement la plus brillante qui se soit produite jusqu'à présent: les résultats immédiats qu'elle donne sont très satisfaisants; son application est relativement facile et innocente à titre local; de plus, dans les formes congestives et hypertrophiques, elle amène des résultats qui dépassent toute attente. Cependant le reproche qui lui a été fait dès le début, d'être suivie presque indéfiniment de récidives sur place, et que l'on pouvait espérer éviter dans l'avenir, en perfectionnant le procédé opératoire, est, au contraire, devenu plus réel, à mesure que les années ont permis de contrôler les résultats.

D'autre part, il est également devenu manifeste que, dans beaucoup de cas, les séances de scarification nécessaires pour un cas donné, deviennent tellement nombreuses, que le patient et le médecin finissent par en être lassés; quelques-uns, qui ont encore leur lupus, ont subi quarante, soixante, cent scarifications, et même davantage.

Dans ces cas rebelles, qui ne sont pas très rares, on piétine littéralement sur place; c'est après les avoir constatés, que L. BROCC — 1886 — a proposé une transaction qu'il désigne sous le nom de « méthode mixte » et qui consiste, si l'on traite un lupus par les scarifications, à recourir aux cautérisations ignées dès que l'amélioration obtenue se ralentit, et si l'on traite un lupus par la cautérisation, à employer les scarifications quand la même éventualité se produit. Sur le premier chef, nous ne ferions aucune objection à une proposition absolument

logique et correcte, s'il nous semblait innocent de faire un grand nombre de fois la dilacération sanglante d'un lupus. Le second point n'est pas aussi simple; il est beaucoup plus rare de voir un lupus traité par les cautérisations ne pas céder; on est toujours, au moins, sûr de détruire les tubercules que l'on voit. S'il s'agit d'un lupus *irritable au feu*, qui non seulement ne progresse pas en bien, mais progresse en mal, nous acceptons, comme un pis-aller inévitable, la scarification, et nous n'hésitons pas à la conseiller. Voilà les points bien fixés, et il ne reste pas d'ambiguïté; nous y reviendrons cependant tout à l'heure.

Ce qui nous a fait abandonner la scarification et lui préférer la cautérisation ignée, c'est que il ne saurait être indifférent de dilacérer, un grand nombre de fois, à l'aiguille tranchante, une *tuberculose locale*, et que notre observation personnelle nous a prouvé la fréquence plus grande, ou l'échéance plus rapide, de l'infection ganglionnaire et viscérale, chez les sujets scarifiés, que chez ceux qui avaient été soumis aux cautérisations chimiques que nous pratiquions auparavant. A la vérité, des auteurs considérables, VIDAL, BROCC, AUBERT, déclarent n'avoir jamais vu d'infection tuberculeuse survenir chez les malades lupiques scarifiés dans la pratique de la ville; cela est très remarquable, mais il faut remarquer aussi qu'il s'agit de la *minorité* des sujets atteints de lupus; que nos collègues n'ont pas pu suivre tous leurs malades pendant un grand nombre d'années. En ce qui nous concerne, bien que ceux des lupiques scarifiés par nous dans la pratique civile, et que nous pouvons encore à présent suivre, soient très peu nombreux, il en est quelques-uns sur lesquels nous ne sommes pas aussi rassurés, bien qu'ils soient dans les conditions hygiéniques et sociales les meilleures.

Quant aux infections viscérales observées chez les malades hospitalisés, leur fréquence n'est pas contestée, mais elle est attribuée par nos savants collègues à l'infection de la tuberculose nosocomiale, ou bien elle serait aussi grande chez les sujets qui n'ont jamais été traités par les méthodes sanglantes. Telle n'est pas notre opinion; nous avons vu, sans aucun doute, plus de lupiques se tuberculiser rapidement pendant les années où nous avons pratiqué exclusivement la rugination ou la scarification, que dans celles, beaucoup plus nombreuses, où nous avons employé les caustiques chimiques, ou pratiqué la cautérisation ignée.

Tous les sujets atteints de lupus sont exposés, comme tous les sujets atteints de tuberculose locale quelconque, à une infection tuberculeuse, ce qui ne veut pas dire que cette éventualité se réalise toujours, tant s'en faut; mais nous pensons que le lupus ne fait pas exception parmi les tuberculoses locales. Si il est logique de redouter pour elles les opérations sanglantes, cela est surtout logique aussi pour le lupus, si l'on veut bien se rappeler que la dilacération des tissus par l'aiguille tranchante, dans la méthode des scarifications linéaires, doit nécessairement se renouveler au cours du traitement et des années un grand nombre de fois, car ce danger, même en le supposant minime, sera multiplié par la répétition même des opérations. C'est là le point capital de la question. Nous ne proscrivons pas, et nous pratiquons, à l'occasion, une scarification énergique dans un lupus congestif et irritable.

au feu; il n'y aurait pas à hésiter à scarifier largement et profondément un lupus aigu grave, qui ne bénéficierait pas de l'ignipuncture, et qui continuerait à détruire les tissus.

Mais nous ne pouvons nous décider à scarifier le lupus tuberculeux en acte, un grand nombre de fois, dans le seul but d'obtenir une cicatrice immédiate un peu meilleure, alors que nous avons en mains, ainsi que nous allons l'exposer, d'autres moyens de traitement aussi efficaces et non sanglants.

2° PROCÉDÉS NON SANGLANTS. — CAUTÉRISATION IGNÉE.

ÉLECTROLYSE.

A. CAUTÉRISATION IGNÉE. — La cautérisation ignée comprend : 1° la cautérisation massive; 2° la cautérisation interstitielle et fragmentée, et la scarification caustique à l'aide du cautère thermique ou galvanique.

1° Cautérisation ignée massive. — La destruction en masse du lupus par le cautère potentiel ne pourrait être justifiée que si elle mettait plus que les autres méthodes à l'abri de la récurrence, ce qui n'est pas; et si elle pouvait conserver, comme d'autres procédés, le maximum de tissus sains, ce qui n'est pas. Elle ne serait admissible, en principe, que sur le tronc ou sur certaines parties des membres, où elle pourrait avoir l'avantage de détruire définitivement, sans retour, un foyer de tuberculose locale, si on n'avait pas à sa disposition d'autres moyens aussi actifs et moins redoutables. Toutefois, notre exclusion de ce procédé n'est pas acceptée par tous les chirurgiens. — Voy. notre Mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, et P. Aubert, *loc. sup. cit.*

2° Cautérisation galvanique ou thermique interstitielle et fragmentée, tatouage et scarifications électrocaustiques ou thermocaustiques.

Cette méthode de traiter le lupus — qui a été systématisée et réglée par l'un de nous (E. BESNIER) — afin d'obtenir plus de rapidité dans la cure, mais surtout pour éviter la perte du sang et ne pas favoriser l'infection générale à laquelle sont exposés tous les sujets atteints de tuberculose locale, n'est pas nouvelle.

La première application réglée de la galvanocaustique au lupus appartient à l'illustre HEBRA — Voy. NEUMANN, *Wochenbl. d. Ges. d. Aerz. in Wien*, 1861, et *Jahresb. d. allgm. Krankenh.*, 1866, p. 174; HEBRA, *Traité des maladies de la peau*, Trad. française de Doyon, T. II, p. 483 — qui la signale comme une acquisition très précieuse de la thérapeutique du lupus en faisant cette restriction qu'elle n'est, en général, praticable qu'à l'hôpital, à cause des appareils et des aides qu'elle réclame. Les instruments appliqués par HEBRA étaient : 1° une anse de fil de platine terminée en pointe et plongée (chauffée à blanc) dans chacun des tubercules de lupus; 2° une tige de porcelaine conique, entourée de spirales de fil de platine pour la cautérisation des tubercules confluents; 3° un morceau de fil de platine en forme de couteau pour abraser les tubercules de lupus hypertrophique; 4° l'anse de fil pour

extirper les masses de ce même lupus, par exemple le lobule de l'oreille très hypertrophié et infiltré. NEUMANN — *Traité des maladies de la peau*, Trad. franç. de Darin, p. 457 — énumère les instruments déjà indiqués tout à l'heure; il ajoute que, dans la majorité des cas de lupus hypertrophique, tuberculeux, serpigneux, la galvanocaustique suffit, seule, à la guérison; qu'une application de cautère galvanique équivaut à environ vingt applications de nitrate d'argent.

En France, presque autant qu'à Vienne, tout cela restait lettre morte et impraticable, lorsque dans un cas de lupus végétant très étendu, de la partie inférieure du visage chez une jeune femme, GUBOUT employa le thermocautère pour la première fois — 1880. — Les masses principales de la néoplasie furent d'abord détruites au thermocautère largement, dans une première séance par PÉAN, puis, dans l'espace de trois mois, Guibout pratiqua un grand nombre de cautérisations ponctuées, pour atteindre ce qui ne l'avait pas été dans la première opération. La pièce du Musée de Saint-Louis 681 représente l'état de la malade avant le traitement, et la pièce 877, la malade guérie.

La vue du résultat obtenu, une cicatrice remarquablement lisse et souple, suffit pour effacer tous les scrupules que la crainte des cicatrices vicieuses nous avait jusqu'alors inspirées, et nous saisismes avec empressement l'occasion de substituer la méthode des cautérisations à celles des scarifications sanglantes, pour les raisons que nous avons surabondamment indiquées plus haut.

Instruments. — L'outillage nécessaire pour le traitement du lupus par la cautérisation interstitielle est des plus simples; le thermocautère ordinaire muni de pointes fines droites, ou mieux à courbure latérale à angle droit, ainsi que des couteaux de dimensions aussi petites que possible, et plats, peut remplir toutes les indications. L'industrie des fabricants, en divers pays, a déjà produit des réductions du thermocautère primitif, appropriées à ce traitement, et il serait facile de les améliorer encore. Le thermocautère est utile surtout dans la première période, dans les cas de lupus végétant, hypertrophique, quand il y a beaucoup à détruire et qu'on n'a pas à redouter le rayonnement thermique énergique; mais dans des conditions plus délicates, et entre des mains un peu inexpérimentées, sur le visage surtout, l'action ignée dépasse la mesure, ne prépare pas les cicatrices aussi belles qu'on peut en obtenir, et les produit même, parfois, bridées, ou décidément vicieuses.

C'est pour obvier à ces inconvénients, et simplifier l'outillage que nous avons institué systématiquement l'emploi du galvanocaustère, lequel peut être actionné par les sources d'électricité très diverses que l'on possède presque partout maintenant, et par des piles portatives très peu volumineuses. Un verrou interrupteur monté dans le manche de l'électrocautère, et un graduateur adapté à la pile, permettent de porter le cautère au degré thermique voulu, le plus habituellement au rouge sombre, pour éviter l'effusion du sang. Les cautères à employer sont ceux que nous avons fait construire dès l'origine par MATHIEU — le dessin détaillé en a été donné par nous dans notre mémoire de 1883, *loc. sup. cit.*, p. 406 et