

Renouveler l'injection tous les quinze ou vingt jours. Parfois, au bout d'une ou deux injections, il se forme une *fistule* : traiter cette complication par des injections d'éther iodoformé ou des crayons d'iodoforme.

ANTHRAX

Agglomération de furoncles, c'est-à-dire, en somme, inflammation de l'appareil pilo-sébacé due au staphylocoque blanc.

A. — ANTHRAX CIRCONSCRIT

Caractères. — Tumeur nettement circonscrite de la grosseur d'un œuf environ, rouge, où l'on distingue plusieurs furoncles agglomérés ; par chacun des orifices de ces furoncles issue de pus, puis d'autant de bourbillons, ou d'un bourbillon unique et très gros (s'il y a fusion des furoncles). Phénomènes généraux peu intenses, douleurs d'habitude modérées.

Prognostic. — Généralement peu grave, sauf pour les anthrax de la face. Durée : quinze jours à trois semaines environ. Cicatrisation de la cavité par bourgeonnement.

Diagnostic. — De la cause : mauvais état général, diabète, etc.

Traitement.

Pulvérisations chaudes.

Préparatifs.

Instrument.

Pulvérisateur à vapeur de Lucas-Championnière (fig. 121).

Liquide.

Eau bouillie.

Matériaux et objets de pansement.

Toile gommée imperméable ou taffetas chiffon.

Ouate hydrophile.

Ouate ordinaire.

Bandes.

Pulvérisation.

Trois fois par jour, pulvérisation d'une demi-heure à

trois quarts d'heure, en ayant soin de recouvrir la région d'une toile imperméable percée à son centre d'un trou découvrant l'anthrax.

Le pulvérisateur chargé d'eau bouillie sera placé à 30 centimètres.

Pansement.

Après chaque pulvérisation, appliquer sur la région un

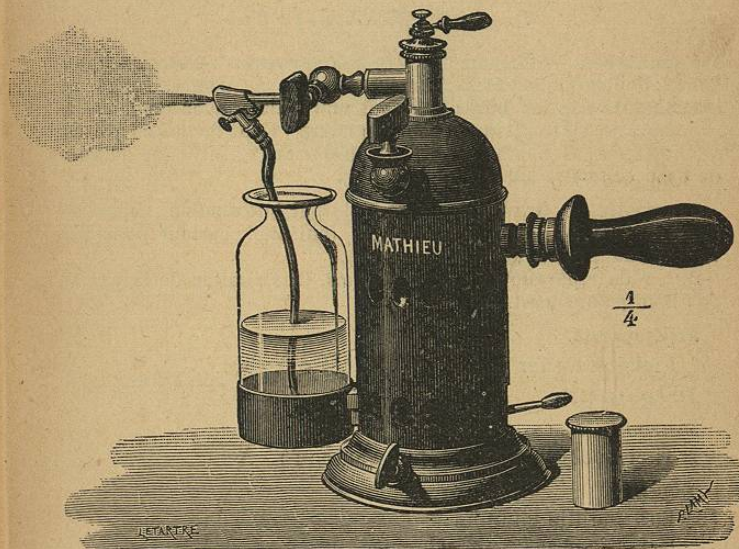


Fig. 121. — Appareil pulvérisateur à vapeur.

gâteau d'ouate hydrophile imprégnée d'eau bouillie. Recouvrir d'ouate ordinaire, puis maintenir le tout, sans serrer, avec une bande.

Suites.

Ne pas oublier le *traitement général* (état diathésique). Veiller à l'antiseptie intestinale (purgatifs). — Recourir à l'emploi de la levure de bière ou de la levurine.

En cas de douleurs très vives, ou en présence d'un anthrax de la face (nez, lèvre supérieure), débrider le plus tôt possible par une *incision cruciale* (V. abcès, p. 129).

Evacuer le pus par expression, puis appliquer un pansement humide et faire des pulvérisations, comme précédemment.

B. — ANTHRAX DIFFUS

Caractères. — Phénomènes généraux bruyants : état gastrique, fièvre, douleurs violentes. Tumeur violacée au centre, rouge et œdémateuse sur les bords qui sont mal définis, avec tendance à extension rapide (croissant d'heure en heure); issue de pus en grosse quantité par les nombreux orifices furonculieux; sortie de masses de tissu cellulaire sphacélé.

Pronostic. — Grave : mort possible par intoxication, suppuration interminable, par complications (phlébite, surtout pour les anthrax de la face; abcès éloignés...).

Durée de réparation : plusieurs mois. Cicatrisation de la cavité par bourgeonnement.

Traitement.

Incision au fer rouge, le plus tôt possible.

Préparatifs.

Instruments.

Thermocautère (choisir le couteau.)

Liquides.

Eau bouillie chaude.

Eau oxygénée à 12 vol.

Matériaux et objets de pansement.

Ouate hydrophile.

Ouate ordinaire.

Toile gommée imperméable ou taffetas chiffon.

Anesthésique.

Chloroforme (ni chlorure d'éthyle, ni éther, à cause du thermo).

Aide.

Un pour l'anesthésie.

Opération.

Position.

Décubitus en position favorable.

Exécution.

L'anesthésie obtenue, avec le couteau au rouge sombre tracer *deux incisions en croix* et, s'il est nécessaire, d'autres incisions *radiées* espacées d'environ 2 centimètres

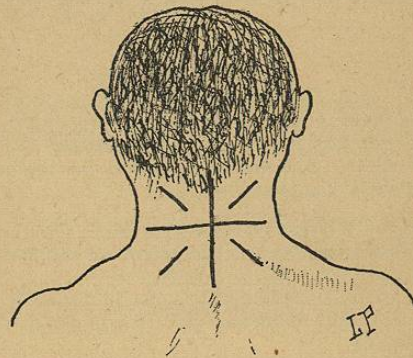


Fig. 122. — Tracé des incisions au thermocautère dans l'anthrax diffus de la nuque.

(fig. 122); ne pas faire arriver ces incisions radiées jusqu'au centre (mortification trop grande des tissus). Toutes ces incisions devront être *profondes*, aller jusqu'à l'aponévrose et *dépasser la périphérie* de l'anthrax lui-même, c'est-à-dire empiéter sur la zone œdémateuse. *Exprimer le pus* de la masse ainsi incisée, bien découvrir les clapiers, extraire les débris sphacelés. Laver toute la plaie et les cavités avoisinantes avec un tampon d'ouate imprégnée d'eau oxygénée.

Pansement.

Aseptique humide.

Suites.

Renouveler le pansement *trois à quatre fois par jour*.

A chaque lever de pansement, séance de *pulvérisation* d'eau bouillie de trois quart d'heure. Bien déterger le foyer des débris sphacelés et du pus.

Ne pas négliger le traitement *général* (comme pour l'anthrax simple).

Des *incisions nouvelles* peuvent devenir nécessaires.

Une fois le travail aigu enrayé, à la période de réparation, faire des pansements à la vaseline stérilisée.

HYGROMA

Inflammation d'une bourse séreuse. Peut être aiguë : consécutive à traumatisme, lymphangite, érysipèle, rhumatisme ; ou chronique : contusions chroniques, frottements répétés en des régions spéciales (cavaliers, religieux, cordonniers).

Caractères. — L'hygroma *aigu* peut être séreux (caractérisé par tension, douleur, rougeur de la peau), ou suppuré (caractères généraux d'abcès).

L'hygroma *chronique* se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins arrondie, indolente, souvent non mobile sur les plans profonds, crépitante.

Diagnostic. — Superficialité de la lésion. Siège d'une bourse séreuse normale ou accidentelle. Commémoratifs (frottements répétés locaux).

Traitement.

A. Hygroma aigu non suppuré.

Envelopper la région enflammée de *compresses* trempées dans l'eau bouillie chaude, que l'on recouvrira de *toile gommée imperméable*. Appliquer de l'*ouate* par-dessus, et quelques tours de *bande*. La région sera mise au repos absolu.

Renouveler les applications de compresses chaudes plusieurs fois par jour.

B. Hygroma suppuré.

Préparatifs.

De l'abcès chaud en général (p. 127).

[Instruments.

Quelques pinces de Kocher.

Une pince à griffes.

Un drain de calibre assez petit.

Liquides.

Solution phéniquée à 5/100.

Anesthésique.

Local, chlorure d'éthyle].

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, la région bien exposée, le membre maintenu à son extrémité par un aide quelconque.

Exécution.

Inciser *largement et longitudinalement* la bourse séreuse. Evacuer le pus et nettoyer soigneusement la cavité avec des compresses enveloppant l'extrémité de l'index.

Laver la poche à la *solution phéniquée forte*.

Placer un drain ou un chiffonné de gaze.

Pansement.

Aseptique humide.

Suites.

Repos au lit.

Renouveler le pansement tous les jours. Dès que l'inflammation est éteinte, appliquer un pansement aseptique sec.

Durée : environ trois semaines.

C. Hygroma chronique.

Procéder à l'extirpation, comme pour le kyste sébacé.

KYSTE SÉBACÉ

Tumeur développée aux dépens d'une glande sébacée et renfermant de la graisse et des cellules épithéliales.

Caractères. — Tumeur arrondie, dure ou pâteuse, généralement

mobile sous la peau, non douloureuse. Parfois, elle est très adhérente.

Siège : cuir chevelu, face, nuque, dos...

Traitement.

A. Kyste mobile, non adhérent.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[I. *Instruments.*

- Un bistouri.
- Une sonde cannelée à bout mousse.
- Une pince à griffes.
- Une paire de ciseaux courbes.
- Une curette de Volkmann.
- Quelques pinces à forcipressure.
- Une aiguille courbe ordinaire ou de Mooy.
- Catgut n° 0 ou 1.
- Crins assortis.

Anesthésique.

Local : injections de cocaïne.

II. *Malade.*

Anesthésier localement la région par quatre injections de cocaïne, une à chacun des points cardinaux de la masse kystique].

Opération.

Position.

Malade assis ou couché, suivant le siège de la tumeur.

Exécution.

Incision de la peau en long, et atteignant la paroi du kyste sans l'intéresser.

Isolement du kyste, avec la sonde cannelée, sur chacune des lèvres de l'incision et jusqu'à la partie profonde. D'un coup des ciseaux courbes passés sous la tumeur, l'extraire sans l'ouvrir (fig. 123).

Si elle s'ouvre, la nettoyer antiseptiquement, puis en extraire les lambeaux complètement; au besoin, curetter.

Suturer la plaie aux crins de Florence, en faisant passer *profondément les fils* pour supprimer la cavité du kyste (au besoin, exciser la peau exubérante, avant la suture).

Pansement.

Aseptique sec, assez serré.

Suites.

Enlever le pansement et couper les fils du huitième au dixième jour.

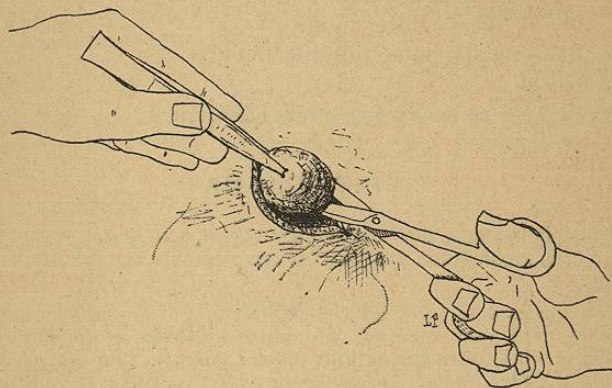


Fig. 123. — Extirpation d'un kyste sébacé. La tumeur bien isolée des tissus avoisinants, les ciseaux vont dégager ses attaches profondes.

En cas de suppuration, pansement humide avec des compresses d'eau bouillie.

B. Kyste adhérent.

Préparatifs.

Les mêmes que pour kyste mou non adhérent, avec en plus une curette tranchante et de la solution phéniquée à $\frac{5}{100}$.

Opération.

Position.

Malade assis ou couché, suivant le siège de la tumeur.

Exécution.

Au lieu d'énucléer le kyste après isolement, l'énucléer d'emblée en circonscrivant la masse d'une incision de la peau circulaire.

Décoller le kyste dans la profondeur (avec la sonde cannelée) et tâcher de l'extraire intact.

S'il s'ouvre et si on ne peut l'extraire complètement, gratter la cavité à la curette tranchante, puis cautériser à l'eau phéniquée forte.

Réunir, comme plus haut.

Pansement comme précédemment.

Suites.

Comme celles du kyste non adhérent.

ÉPITHÉLIOMA

Tumeur maligne développée aux dépens d'un tissu épithélial et due à la prolifération excessive et envahissante des cellules de ce type.

Caractères. — Au début, les uns tendent à faire saillie (épithéliomas papillaires : utérus), les autres s'infiltrent et forment des noyaux durs (épithélioma interstitiel : langue). Une fois ulcérée l'une et l'autre formes présentent un aspect typique : sur une base indurée à contours mal définis, se voit une surface bourgeonnante ulcérée, à bords adhérents. Ganglions indurés et indolents, répondant aux lymphatiques de la région envahie.

Traitement.

On peut procéder à l'ablation chirurgicale ou à la destruction par les caustiques.

L'ablation chirurgicale souvent incomplète sera réservée aux cancroïdes plongeants compromettant rapidement l'existence, à ceux qui se développent dans les cavités naturelles, ou aux épithéliomas du rectum, de l'utérus, superficiels et aisés à enlever sans vastes délabrements.

La cautérisation qui limite son action au seul tissu malade, est moins effrayante, plus sûre et moins mutilante. Elle est le procédé de choix au nez, aux paupières, dans les vastes épithéliomas du cuir chevelu, de la face.

Depuis quelque temps, la radiothérapie donne des résultats tels qu'elle semble devoir être la méthode curative de l'avenir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous n'en dirons rien. Il doit viser l'ablation complète de la tumeur et, en cela, il ressemble au traitement des tumeurs bénignes, des kystes, etc., lorsqu'il s'agit de néoplasmes superficiels. — Dans les cas de néoplasmes plongeants ou profonds, il est préférable de s'adresser à un chirurgien de profession.

CAUTÉRISATION.

Elle est à la portée de tous et s'emploie surtout comme l'ont indiqué Cerny et Trunecek (avec modification de Darier).

*Préparatifs.*I. — *Avant l'opération.**Instruments.*

Curette fine de Volkmann.

Pinceau fin ordinaire.

Liquides.

Solution arsenicale saturée.

Acide arsénieux	1 gramme.
Eau distillée	} à 50 grammes.
Alcool à 90°	

Récipient.

Une casserole à mettre au feu (pour la stérilisation de la curette).

II. — *De l'opération.*

Stériliser la curette (p. 24).

Opération.

Commencer par mettre à nu et *cruenter* superficiellement la surface malade avec la curette. (À défaut de curette, on peut se servir du galvanocautère.)

Lorsque le néoplasme est volumineux, étendu en pro-

fondeur, il convient de favoriser la pénétration du caustique en faisant, au couteau du galvano-cautère, des tranchées dans la tumeur.

Badigeonner la surface cruentée au pinceau, avec la solution arsenicale.

Laisser sécher et n'appliquer *aucun pansement*.

Suites.

Ces badigeonnages seront renouvelés *tous les deux jours*.

Entre le cinquième et le huitième jour, la croûte se détache aisément, et on trouve dessous une surface blanche, si tout le tissu morbide a été détruit ; ou une surface marbrée de rouge et de gris jaunâtre, s'il reste de l'épithélioma. Dans ce dernier cas, il faut recommencer des séries de badigeonnages comme précédemment.

Lorsque la *douleur* est vive — ce qui est rare — on peut saupoudrer la surface avec de la poudre d'orthoforme.

Dans certains cas, une forte *réaction inflammatoire*, rappelant l'érysipèle, se produit au voisinage de la lésion. On recourt dans ce cas aux pulvérisations chaudes de boricine, et aux applications de compresses trempées dans cette solution.

Cette réaction paraît avantageuse au point de vue de la sûreté des résultats.

AFFECTIONS RÉGIONALES

CRANE

PLAIES

PLAIE DU CUIR CHEVELU.

Le cuir chevelu divisé est plus ou moins décollé, saignant.

Pronostic. — A réserver (infection, érysipèle, hémorragies secondaires).

Traitement.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Catgut fin n° 0.

Drain de calibre moyen].

Opération.

Position.

Blessé dans le décubitus dorsal, la tête reposant sur un coussin et maintenue en position favorable.

Exécution.

En cas d'*hémorragie*, faire l'hémostase en serrant une bande de caoutchouc ou de toile autour de la tête, au-dessus des oreilles.

Raser le cuir chevelu, sur une large surface autour de plaie.

Brosser et savonner énergiquement, puis laver à l'alcool tous les *environs* de la plaie.