

La *vaseline* et la *glycérine phéniquée* à 3 0/0 sont utiles dans ces cas ; il en est de même de la *glycérine borique*. Ces topiques sont surtout très bons pour l'érysipèle de la face. On a aussi employé non sans succès dans quelques cas des substances destinées à limiter l'envahissement de la plaque. M. Verneuil conseille les applications répétées de *teinture d'iode*, Higginbottom les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 25.

Fraipont (de Liège) et Von Winiwarter ont récemment préconisé un traitement qui semble très efficace dans l'érysipèle des membres. On commence par plonger le membre malade dans un bain tiède au sublimé à 1 pour 3000 pendant 10 minutes. La plaie qui est le point de départ de l'érysipèle est soigneusement irriguée et désinfectée avec la même solution, puis on la recouvre avec de la gaze iodoformée. On badigeonne ensuite toute la partie malade en la dépassant de trois travers de doigt sur ses limites avec du goudron liquide, puis on enveloppe le tout dans un pansement humide imprégné du liquide de Burow, et légèrement compressif. Le lendemain l'épiderme macéré se détache ; on applique alors des compresses humides trempées dans le sublimé à 1 p. 2000.

D'autres auteurs ont conseillé l'usage des injections antiseptiques hypodermiques. Wilde en a fait avec du sulfophénate de soude à 1/12, Hüter et Tillmanns avec la solution phéniquée à 3 0/0. On les pratique au centre même des plaques erysipélateuses et sur les limites en les espaçant de 6 à 8 centimètres.

Enfin on a repris dans ces derniers temps une méthode déjà proposée par Dobson en 1828 et suivie par Bryant et Schützenberger ; la méthode des *scarifications*. Elle a pour but de faire pénétrer dans l'intérieur du derme et de l'épiderme les solutions antiseptiques d'une façon plus directe encore que par l'absorption des applications topiques. Kraske

fait des ponctions et de petites incisions de 1 centimètre de long sur toute la surface de l'érysipèle, il y en a 15 à 20 par pouce carré. Riedel fait à la limite des plaques des scarifications longues de 6 à 8 centimètres, espacées l'une de l'autre de 1 demi centimètre environ et se croisant à angle aigu sur les limites de la plaque. Elles sont disposées de façon que la moitié de la scarification soit sur la partie malade, l'autre moitié sur la peau saine. On recouvre ensuite les régions scarifiées avec des compresses de sublimé à 1 pour 4000.

Une fois l'érysipèle éteint il faut faire subir au malade une désinfection rigoureuse, on lui donnera de grands bains, on coupera les cheveux et la barbe dans l'érysipèle de la face, on lavera les régions qui viennent d'être malades avec des solutions de sublimé ; on aura soin surtout de bien nettoyer les cavités comme le conduit auditif. Enfin la literie et le local d'isolement seront désinfectés par les moyens appropriés.

Lymphangite.

Tous les chirurgiens admettent aujourd'hui que la lymphangite est une inflammation septique des vaisseaux lymphatiques prenant son origine dans des érosions, des plaies plus ou moins étendues du tégument externe, en contact avec des substances organiques putréfiées. On sait combien sont fréquentes les lymphangites qui succèdent aux crevasses des mains, aux érosions des pieds chez les sujets mal tenus.

La lymphangite a des formes très variées, mais dans tous les cas, l'indication capitale est la même, désinfecter le foyer où elle prend son origine et arrêter ses progrès. On obtient d'excellents résultats au moyen des bains antiseptiques permanents ou fréquemment répétés. La pulvérisation phéniquée est aussi très utile. Nous avons aussi très souvent et toujours avec succès employé le pansement humide, en entourant toute la région malade, et même tout le membre au

moyen de compresses de tarlatane imbibées d'eau phéniquée à 2 1/2 0/0; ou de solution de sublimé à 1 0/00; et entourées du gutta percha. Par dessus on met une couche d'ouate et une bande; le membre se trouve à une température constante, dans une sorte de bain antiseptique permanent.

Quand des abcès multiples, ou des plaques gangréneuses succèdent à la lymphangite, on les traitera comme il sera indiqué plus loin. L'état général sera surveillé et combattu par une médication interne sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

Pourriture d'hôpital.

Cette complication des plaies a pour ainsi dire déserté nos hôpitaux depuis l'application de l'antisepsie, cependant on peut encore observer des formes atténuées quand un service se trouve encombré, soumis à une mauvaise hygiène; dans les encombrements de blessés à la suite de faits de guerre, on est aussi très exposé à la rencontrer.

Quand il n'y a sur la plaie qu'un léger exsudat grisâtre, habituellement on arrive à le faire disparaître, soit en touchant la plaie avec le *jus de citron pur*, tous les matins; ou bien avec une solution de *chlorure de zinc* à 1/10. M. Reclus recommande tout spécialement des irrigations avec l'eau très chaude à 50 ou 55 degrés.

Quand l'exsudat est abondant, répandu sur toute la plaie, quand il est épais et tenace, il faut l'attaquer par des moyens plus violents. On pratiquera alors le *raclage* des surfaces malades à la cuiller tranchante, après quoi on les badigeonne avec une solution concentrée de perchlorure de fer. D'autres préfèrent détruire les tissus infectés avec le fer rouge ou le thermo-cautère; il faut dans ce cas, avoir soin de faire pénétrer profondément la pointe de l'instrument surtout dans les parties œdémateuses qui sont au voisinage des por-

tions déjà sphacélées. Après la cautérisation comme après le grattage et l'application du perchlorure de fer, on placera un pansement antiseptique humide sur la région malade, et on aura soin de surveiller celle-ci, afin de poursuivre par les mêmes manœuvres la lésion gangréneuse, si elle n'a pas été enrayée dès le début.

Septicémie et pyohémie.

Il est absolument incontestable que ces complications des plaies ont notablement diminué depuis l'extension de la méthode antiseptique. Sans nous étendre sur la distinction de toutes les formes cliniques, qu'il nous suffise de rappeler les trois grands termes qui divisent cette question.

On peut facilement classer les accidents septiques d'après leur évolution et leurs caractères, en pyohémie franche, septico-pyohémie ou septicémie vulgaire, et en septicémie foudroyante ou gangréneuse. Malheureusement, quelles que soient les formes cliniques, quel que soit le microbe générateur, l'état est toujours grave et relève de plusieurs facteurs qui ne sont pas toujours facilement modifiables. Le milieu où vit le blessé a été le plus souvent la source de la contagion septique, la blessure est le foyer de culture des organismes infectieux, tout l'organisme du blessé est infecté par les produits du foyer de septicité et suivant la façon dont cet organisme va réagir, suivant que l'élimination des produits septiques par ses viscères va être facile ou difficile, il va résister ou succomber (1). Mais devons-nous en tous points accepter la doctrine décourageante émise par l'auteur du savant article « Septicémie du Dictionnaire encyclopédique », quand il dit : « Une fois le poison dans le sang, les moyens d'action les plus énergiques sont presque sans valeur... —

(1) Voir : in *Revue de chirurgie*, août 1887. — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales infectieuses.

Dès que l'infection générale est un fait accompli, aucun agent ne peut arrêter les progrès de la septicémie, etc., etc. » Nous ne le croyons pas ; il y a des septicémies qui guérissent par le traitement ; il y en a qui peuvent être enrayées quand on a pu saisir le début à temps.

Dans tous les cas qui commencent par des phénomènes locaux, quand les tissus s'altèrent de proche en proche, l'infection générale de l'organisme se fait progressivement, à doses répétées pour ainsi dire, elle n'est pas maximum d'emblée. Au contraire, il est des cas où cette infection se fait avec la plus extrême rapidité, c'est la septicémie suraigüe, la gangrène septique foudroyante qui s'accompagne cliniquement d'hypothermie et de coma, de plaques gangréneuses disséminées et qui tue presque fatalement. Et encore, dans ces cas désespérés, le chirurgien ne doit point courber la tête et se croiser les bras, il doit lutter avec l'énergie du désespoir ; il existe en effet, des observations encore récentes (1) de Verneuil, Humbert, Hüter qui témoignent du succès d'interventions presque féroces. Voyons maintenant quelles règles doivent guider le chirurgien dans ces graves circonstances. Elles peuvent se condenser en trois préceptes. Il va de soi que si le sujet n'est pas infecté, il faut empêcher l'accès des germes au niveau de la plaie ; si surtout il est placé dans un milieu septique, dans des conditions d'hygiène mauvaises, il faut l'entourer de toutes les précautions recommandées par une antiseptie bien comprise ; c'est le traitement prophylactique des accidents septiques et c'est sans contredit le meilleur et le plus sûr.

Si le malade est infecté, s'il présente des signes certains ou probables de septicémie ou de pyohémie, si l'œdème gangréneux envahit les tissus autour de la plaie, il faut suivre les indications suivantes :

(1) Voir : Thèse d'agrégation de Forgue : *Des septicémies gangréneuses*, Paris, 1886.

1° Détruire les germes de putréfaction dans la plaie et autour de celle-ci ; désinfecter les produits de sécrétion et faciliter leur écoulement.

2° On s'efforcera de détruire l'élément septique dans l'économie elle-même.

3° On favorisera l'élimination des produits septiques par les émonctoires naturels.

I. — *Désinfection de la plaie et des tissus qui l'entourent.* — *Suppression du foyer de septicité.* — Quand la plaie est superficielle, peu anfractueuse, quand la position permet d'assurer l'écoulement facile des produits, au niveau des extrémités par exemple, la méthode de choix est le *bain antiseptique* répété deux, trois et quatre fois dans les 24 heures et la *pulvérisation antiseptique* intermittente. Dans l'intervalle de ces manœuvres, la plaie est recouverte d'un pansement antiseptique humide.

Si l'aspect de la plaie devient plus mauvais, on ajoutera les attouchements de la surface avec le chlorure de zinc au 1/12. Ce traitement local suffit aux cas bénins.

Dans les formes graves, quand les tissus qui avoisinent la plaie s'œdématisent, s'infiltrent de pus ; quand, dans les cas plus graves encore un œdème rapide avec lividité ou teinte bronzée de la peau s'étend plus ou moins vite au loin, l'indication est pressante et l'action doit être rapide et énergique. Il faut d'abord pratiquer de *grandes incisions débridantes* dépassant notablement les limites de l'œdème et de l'infiltration gazeuse des tissus ; elles seront faites de préférence avec le thermo-cautère, car on sait que la haute température de cet instrument agit comme un microbicide des plus puissants. Les surfaces de section seront aussitôt irriguées avec l'eau phéniquée forte, et touchées au chlorure de zinc à 1/8. Dans l'intervalle des débridements, sur les tranches de section, il sera bon de faire avec une longue pointe de thermo-

cautère, des ponctions multiples, rapprochées surtout au niveau des limites de l'œdème et de l'emphysème.

Mais il peut arriver que ces moyens énergiques ne suffisent pas, ou bien la marche du mal n'est pas arrêtée, ou bien elle est d'emblée tellement rapide que l'on ne peut logiquement s'arrêter à ces demi-mesures. La suppression totale du foyer de septicémie s'impose, mais encore elle est d'exécution très variable suivant les cas ; si la lésion siège aux extrémités, l'amputation pratiquée le plus loin possible du foyer morbide est indiquée ; elle ne sauve pas toujours le malade, les lésions peuvent continuer dans le moignon ; mais c'est une chance sérieuse à courir, et on sait qu'il est des cas (Trélat, Polaillon, Verneuil) où une amputation pratiquée dans des tissus déjà emphysémateux a néanmoins sauvé les malades. Une fois l'amputation faite, il faut désinfecter soigneusement le moignon, irriguer tous ses tissus avec des solutions fortes, faire même dans leur épaisseur des injections interstitielles d'eau phéniquée ; puis appliquer un pansement humide qu'on soulèvera toutes les trois ou quatre heures pour pulvériser la plaie.

Mais si la plaie septicémique, gangréneuse, siège à la racine des membres, sur le tronc, les fesses, on ne peut songer à l'amputation. Faut-il se croiser les bras ? non, Hueler a conseillé de faire de larges débridements pour découvrir les limites du mal, puis de pratiquer largement l'extirpation des parties sphacélées, après quoi il imbibe toute la surface avec du chlorure de zinc à 1/10. Il complète le traitement en faisant dans le tissu cellulaire œdématié des *injections hypodermiques* d'une solution d'acide salicylique à 1 0/0 ; on peut aller jusqu'à 10 par jour. Il a aussi essayé les injections d'eau phéniquée.

II. — *Destruction des matériaux septiques dans l'organisme.* — Si nous avons les moyens de détruire dans le torrent circulatoire les agents infectieux puisés au niveau du

foyer traumatique, nous serions arrivés à l'idéal de la thérapeutique des états infectieux. Malheureusement, nous en sommes encore réduits à l'empirisme relativement à cette question. Un certain nombre de médicaments ont donné des résultats incomplets : l'*aconit* a été vanté par Tessier, le *sulfate de quinine* à la dose d'un à deux grammes par jour (A. Guérin) a donné quelquefois de bons résultats dans les formes lentes de septicémie ; il est toujours utile de le prescrire.

On a essayé avec beaucoup moins d'avantages, les potions et les lavements à l'acide phénique à la dose de 50 centigrammes ou 1 gramme deux à trois fois par jour.

Peut-être trouvera-t-on un autre agent thérapeutique donnant de meilleurs effets ; le salol, qui n'est pas toxique, pourrait être expérimenté dans ce but.

III. — *Élimination des produits septiques par les émonctoires naturels.* — Nous sommes convaincus par les faits cliniques et les constatations expérimentales que beaucoup de sujets, sinon tous, succombent aux complications septiques, parce que leurs viscères altérés ne se prêtent pas suffisamment à l'élimination des poisons qui circulent dans l'économie. Les altérations d'origine infectieuse du foie, des reins, de la rate, des poumons, en sont la preuve. C'est pourquoi nous croyons que le chirurgien ne doit pas négliger ces voies d'élimination. Il favorisera au moyen des diurétiques et surtout du lait, le fonctionnement du filtre rénal ; il accélérera la transpiration cutanée en maintenant autour du malade une température chaude ; il augmentera l'écoulement de la bile au moyen de purgatifs salins légers, répétés, et de lavements quotidiens.

Nous ne pouvons entrer dans tous ces détails d'ordre un peu médical mais qu'il est bon de ne pas oublier quand bien même on aurait une confiance raisonnable et justifiée dans la médication tonique stimulante qui sera toujours faite concurremment.

§ III.

SOMMAIRE. — Traitement de quelques affections communes à tous les tissus. — Abscès chauds. — Brûlures. — Ulcères. — Pustule maligne. — Abscès froids.

Sans entrer dans de longs développements sur chacune de ces affections, nous nous proposons d'indiquer seulement les moyens spéciaux que la méthode antiseptique peut employer dans des cas particuliers. Nous compléterons, de cette façon, toutes les généralités que nous avons exposées jusqu'ici.

Phlegmon circonscrit. — Abscès chauds.

Le traitement antiseptique des abscesses chauds a de beaucoup raccourci la durée de la suppuration. Voici comment on peut le conduire. La peau de la région étant purifiée par les procédés connus, on pratique une incision proportionnée avec le volume et l'étendue de l'abcès, elle doit passer par le point le plus déclive.

Si l'abcès est petit, on se contente, par des pressions bien ménagées, de faire sortir le pus. S'il est grand on peut avec le doigt bien aseptique explorer la cavité, voir si elle présente des fusées de voisinage ou des parties profondes peu accessibles ; dans ces cas on pratique immédiatement avec la sonde cannelée ou avec le trocart de Chassaignac les contre ouvertures nécessaires. Après quoi, on irrigue la cavité à l'aide d'eau phéniquée à 5 0/0 jusqu'à ce qu'elle ressorte propre ; on place des drains debout, non en anse, dans les points favorables, en rétrécissant l'incision si elle est trop grande et on applique le pansement. Il se composera d'une couche de gaze iodoformée, chiffonnée, ou de toute autre substance antiseptique, étoupe, coton ; par dessus, si la cavité est grande

on fera bien de placer une ou deux éponges antiseptiques ; pour établir une bonne compression, on mettra au-dessus une bonne couche de coton hydrophile et une bande.

Le lendemain, au lever de ce premier pansement, il ne s'écoule plus habituellement qu'un liquide séro-purulent ; on raccourcit les tubes de moitié, on les replace et on applique le même pansement.

Le second pansement se fera deux à trois jours après ; si l'écoulement est séreux et peu abondant, on supprimera les tubes, sinon on les raccourcira pour les replacer encore. Ordinairement il suffit de quatre ou cinq pansements pour effectuer une guérison complète. A moins d'indications spéciales, on ne doit point laver la cavité dans les pansements qui succèdent à celui fait après l'opération.

Ce traitement a l'avantage de diminuer la longueur de la maladie, de faire disparaître rapidement les fusées purulentes secondaires quand il en existe, et d'éviter les rétractions cicatricielles profondes dues à la suppuration prolongée et abondante des foyers.

Brûlures.

On doit se proposer de mettre la surface plus ou moins grande de la brûlure (2^e et 3^e degré) à l'abri des germes de l'air ; on doit aussi s'efforcer d'éviter la suppuration profuse des surfaces dénudées, suppuration qui est pleine de dangers pour le malade.

Si l'épiderme n'est point tombé, on le respecte en se contentant de faire écouler la sérosité des phlyctènes, puis on recouvre toute la région d'une épaisse couche d'ouate que l'on maintient au moyen de bandes assez serrées et fermant bien exactement le pansement à ses extrémités.

Quand la lésion plus profonde a détruit l'épiderme, qu'il existe des eschares superficielles et des surfaces devant se