

§ III.

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

cicatriser par granulation, on doit éviter autant que possible la suppuration. Plusieurs substances donnent de bons résultats; les onctions de *vaseline phéniquée* calment la douleur et agissent antiseptiquement; un pansement humide avec des compresses de gaze imbibées de solution faible, 1/3000 de sublimé, ou d'acide borique, recouvertes d'un imperméable. Nous préférons l'acide borique au sublimé dans ces cas, car nous avons encore tout dernièrement remarqué que les applications de sublimé rendaient les bourgeons charnus saignants et douloureux au moment du renouvellement des pansements.

M. le professeur Verneuil recommande les pulvérisations phéniquées dans le traitement des brûlures étendues; on obtient ainsi une déterision parfaite des surfaces surtout quand il se détache des parties escharifiées.

Le bain antiseptique a aussi de très grands avantages; quand on pourra l'installer d'une façon permanente pour les très grandes brûlures, on pourra sauver un grand nombre de malheureux qui succombent à l'étendue de ces vastes surfaces de suppuration.

Nous n'avons rien à dire des brûlures très profondes qui réclament des interventions radicales.

Ulcères.

La chirurgie antiseptique n'a de manœuvres spéciales à faire dans le traitement des ulcères que dans les cas où ces sortes de plaies sont sanieuses, recouvertes de produits pultacés et fétides; quand ils ont une tendance marquée à s'étendre par un processus gangréneux moléculaire.

On peut alors, avec avantage, faire une énergique cautérisation avec le chlorure de zinc à 8 0/0 ou avec le perchlore de fer.

M. Verneuil met en pratique, depuis plusieurs années, la

pulvérisation antiseptique dans ces cas, il a remarqué qu'on obtenait ainsi une déterision assez rapide des surfaces sanieuses et que, cette déterision faite, la cicatrisation marchait avec une grande rapidité.

Tous les jours, matin et soir, pendant une heure et demie à deux heures, on expose l'ulcère à la vapeur envoyée par un pulvérisateur rempli d'eau phéniquée à 3, 5 et même 10 0/0 suivant que l'ulcère est plus ou moins sanieux et atonique. Généralement, dès les premières séances les douleurs dont l'ulcère était le siège, disparaissaient. Dans l'intervalle des vaporisations, on recouvrira l'ulcère de compresses imbibées de vaseline boriquée à 10 0/0.

Pustule maligne.

Le traitement de cette affection comportera toujours les vastes cautérisations dont nous n'avons pas à parler ici. Mais à côté un certain nombre de chirurgiens ont employé, non sans succès, des *injections interstitielles* de substances antiseptiques.

Davaine ayant montré que l'iode détruit la bactérie charbonneuse, on a fait dans le bourrelet oedémateux et sous l'eschare centrale, des injections de solutions de teinture d'iode à 10 et 15 0/0; on rapproche les piqûres de 15 à 20 millimètres de façon à infiltrer les tissus avec le liquide antiseptique, ce qui peut quelquefois établir une barrière entre le virus et les parties voisines non encore atteintes.

Des injections d'eau phéniquée à 2 et 3 0/0 ont aussi été pratiquées, mais elles semblent moins avantageuses que les injections iodiques.

Abscess froids.

Sans nous inquiéter de savoir si tous les abscess froids sont

ou non tuberculeux, nous rappellerons que l'antisepsie a permis au chirurgien de traiter, avec succès, ces affections beaucoup plus souvent qu'autrefois. Sans compter tous les autres moyens adjuvants, il y a aujourd'hui deux grandes méthodes de traitement de l'abcès froid, applicables suivant les divers cas qui se présentent; ces méthodes sont l'évacuation par ponction suivie d'injection modificatrice dans la cavité de l'abcès, l'ouverture large suivie du râclage et du drainage de la poche.

a. — Ponction aspiratrice et injections modificatrices.

— On ne doit jamais ponctionner un abcès froid sans avoir auparavant parfaitement nettoyé la peau avec du savon, de l'eau chaude, et une solution antiseptique forte, eau phéniquée à 5 0/0 ou liqueur de Van Swieten. Le trocart (n° 3) de l'appareil aspirateur aura été flambé soigneusement et passé à l'alcool absolu, puis trempé dans de la vaseline ou de l'huile phéniquée à 10 0/0.

Après l'évacuation du pus, on fait l'injection modificatrice. Boinet injectait de la teinture d'iode comme dans l'hydrocèle. Aujourd'hui on conseille quelquefois le chlorure de zinc au 1/12 (Lucas-Championnière).

Dans ces dernières années, M. le professeur Verneuil, inaugura une méthode nouvelle, les injections d'éther iodoformé. Considérant que l'iodoforme est un agent destructeur des bacilles tuberculeux et qu'il semble jusqu'ici être le meilleur modificateur des tissus infiltrés par ceux-ci, le professeur de la Pitié, s'est proposé de modifier le plus possible toutes les régions de la paroi de l'abcès tuberculeux.

La cavité est souvent anfractueuse, aussi il a choisi l'éther qui en se vaporisant à la température du corps, distend les parois et dépose dans leurs moindres recoins, une couche fine d'iodoforme pur. Cette substance agit comme topique local et aussi comme modificateur général de l'économie.

On se sert de deux solutions à titres différents, la solution

faible à 5 0/0 et la forte à 10 0/0. On pratique d'abord la ponction aspiratrice avec le trocart n° 3 de l'appareil Dieulafoy, puis avec l'aspirateur; sans déplacer le trocart on injecte la quantité voulue de solution iodoformique de façon à ne pas dépasser 3 à 4 grammes d'iodoforme pour les grands abcès.

La poche se tend aussitôt, on retire le trocart et on ferme l'orifice avec un peu de collodion iodoformé. Si la tension de la poche devenait trop douloureuse, on pourrait y faire une piqûre avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, le gaz en excès s'échapperait aussitôt tandis que tout l'iodoforme resterait dans la cavité.

Une seule injection ne suffit pas toujours, dans les grands abcès ossifluents, à diverticules étendus, il faut revenir à la charge plusieurs fois, mais jamais sans laisser un mois s'écouler entre deux injections successives.

Les injections d'éther iodoformé n'amènent pas toujours la guérison, il faut parfois recourir à d'autres méthodes, l'incision antiseptique suivie ou non du grattage de la poche et du drainage. MM. Lucas-Championnière, Bœckel, Volkmann, Lannelongue, Trélat, ont adopté depuis quelques années cette méthode.

Quand l'abcès est petit on l'incise, on gratte sa cavité avec la curette tranchante de Volkmann, on décortique la paroi tuberculeuse de l'abcès, puis on touche au chlorure de zinc à 1/12 et on referme en plaçant un drain et un bon pansement antiseptique. La poche se recolle, se ferme, l'abcès a été enlevé comme une véritable tumeur et ordinairement il ne se reproduit pas.

Nous avons depuis quelques mois employé une méthode mixte; huit jours avant l'incision, nous faisons l'aspiration et l'injection iodoformique. Au moment où nous incisons, nous trouvons la poche modifiée, la paroi est rapidement cruentée et toute la couche de tissu tuberculeux s'enlève

avec la plus grande facilité. Nous faisons ensuite la suture, un drainage modéré et nous appliquons un pansement compressif absorbant. La réunion immédiate se fait, il nous semble, beaucoup plus régulièrement que lorsque l'on n'a pas fait cette modification préalable, et au total la cure de l'abcès tuberculeux est beaucoup plus rapide que par la méthode des injections seules.

J'ajouterai aussi que mon but est de stériliser le contenu de l'abcès avant d'attaquer sa paroi et ainsi je suis à l'abri des accidents d'auto-inoculation tuberculeuse que l'on observe quelquefois après le grattage des abcès non modifiés.

Les grands abcès froids fémoro-abdominaux consécutifs aux lésions tuberculeuses de la colonne vertébrale doivent d'après Lister, Lucas-Championnière, Terrier, Bœckel être traités par l'incision et le drainage. L'ouverture se fait assez large pour avoir un facile écoulement du pus, on lave aussitôt la poche à l'eau phéniquée et on porte le plus haut possible un gros drain percé de nombreux trous. Au besoin, on fait, à l'exemple de Bœckel une courte ouverture dans la région lombaire et on y place un second tube. Un vaste pansement antiseptique entoure la cuisse et l'abdomen du malade, et on le renouvelle toutes les fois qu'il est traversé, en ayant soin de nettoyer les tubes qui sont peu à peu chassés par le travail de cicatrisation et demandent à être raccourcis à mesure.

Dans un cas récent de gros abcès ossifluent de la fosse iliaque ouvert spontanément au niveau de la crête, nous avons porté au fond de la poche un gros drain, nous l'avons lavé au sublimé à 1/2000 puis tous les jours d'abord, tous les 2 ou 3 jours ensuite, nous instillons par le drain environ 10 à 15 gr. d'éther iodoformé à 5 0/0; la cicatrisation de la vaste poche s'est faite très vite et le malade n'a jamais eu de fièvre. Peut-être cette pratique serait-elle bonne à suivre et pourrait-on modifier ainsi la paroi des abcès traités par le drainage antiseptique. Somme toute, la mé-

thode des *injections iodoformiques* que tout médecin peut appliquer sera préférée pour le traitement des abcès des parties découvertes; et une piqûre qui ne laisse pas de trace plaira mieux que l'incision linéaire.

Dans les autres régions, l'incision et le grattage après la préparation que nous avons indiquée plus haut nous semble guérir plus vite et plus radicalement les malades.

Enfin il est des cas d'abcès énorme à diverticules nombreux chez des sujets âgés dont la constitution est profondément altérée; on hésitera à y porter le bistouri, l'injection d'éther les améliorera. On en connaît plusieurs exemples remarquables; nous en avons observé un tout à fait frappant dans le service de notre maître, M. Trélat, dans le courant de cette année.

Le malade, vieillard de 68 ans, entra dans le service très émacié, terreux, avec de gros abcès des deux fosses iliaques; à droite existait un prolongement fémoro-inguinal et un long prolongement dorsal. On pratiqua des injections d'éther, et peu à peu l'état général devint meilleur, le malade engraisa, et les poches se rétractèrent. Aujourd'hui il n'est pas encore guéri, mais il est au moins très notablement amélioré.