Brésil surtout, depuis près de cinquante ans. Depuis 1848, Moncorvo, Silva Araujo, Vieira de Mello ont fait tous leurs efforts pour en vulgariser l'emploi et le temps n'a fait qu'accroître leur ferveur, si l'on en juge par les résultats qu'ils ont publiés, en 1881, en 1883, en 1884. C'est donc une méthode que l'on devra étudier avec soin et que l'on peut adjoindre à la compression.

On a essayé de lier l'artère principale du membre, pour diminuer l'apport du sang et restreindre, par conséquent, la rétention en amont de l'obstacle à la circulation en retour. Vers 1820, Labat a proposé cette opération à un malade qui l'a refusée. En 1851, Carnochan (de New-York) l'a pratiquée et a annoncé, de 1851 à 1857, 4 succès sur 4 cas. Mais ces beaux résultats n'ont pas été obtenus par les autres chirurgiens. Il est facile de s'en convaincre en examinant les observations et les statistiques publiées par G. Fischer en 1869, par Leisrink et par Rotter en 1874, par Leisrink en 1876 (¹). Il y a eu des améliorations, des guérisons même, mais le fait est rare, et de plus on n'en saurait rien conclure. Les opérations ont été dirigées contre les lésions les plus disparates, et le tout est réuni en un tableau unique. Peut-être y a-t-il certaines formes sporadiques, encore mal déterminées, où la ligature est utile. Mais pour l'éléphantiasis endémique, le jugement sévère de Fayrer semble justifié.

On en peut dire autant pour la compression digitale, tentée par Gosselin, par Vanzetti, pour la compression instrumentale, recommandée par Dufour.

Malgré ces tentatives, lorsque la méthode non sanglante n'est qu'un palliatif insuffisant, c'est à l'extirpation des parties malades qu'il faut s'adresser. Autrefois, Alard s'élevait contre cette pratique, car il redoutait que d'autres localisations, que des métastases ne se fissent. L'expérience clinique a bientôt réduit à néant ces craintes, et la théorie lui a donné raison plus tard.

Le manuel opératoire et les indications dépendent du siège du mal.

Aux membres, c'est la question d'amputation qui se pose, et dès lors il ne faut pas en être trop prodigue. Mais on n'hésitera pas à enlever une jambe ulcérée, douloureuse, fétide, infirme pour toujours. Pour l'éléphantiasis endémique, Mazaé-Azéma, Lherminier père, Brassac affirment que c'est souvent le meilleur traitement. Il en est peut-être de même pour certaines éléphantiasis sporadiques, variqueuses surtout, où l'on tend parfois à conserver quand même un membre qu'on ne réussira jamais à rendre réellement utile.

Aux organes génitaux, il n'y a pas de motifs pour hésiter, d'autant que la compression est difficile à appliquer si la tumeur n'est pas très grosse. C'est surtout l'extirpation du scrotum ou oschéotomie qui a été étudiée, et elle est préconisée à peu près par tous les auteurs qui ont observé dans les pays chauds, par Larrey père et fils, par Esdaile, par Fayrer, par Mohammed Ali Bey. Les procédés sont nombreux, dus encore à Delpech, à Partridge, à Clot Bey, etc., les uns avec et les autres sans anaplastie. Les décrire n'entre pas dans nos attributions, et nous n'avons pas à nous occuper ici de la médecine opératoire du scrotum. Mais les résultats nous intéressent. A part Fayrer, qui a perdu 6 opérés sur 28, tous les chirurgiens insistent sur la bénignité de cette intervention. En 1850, Esdaile (de Calcutta) ne comptait que 5 pour 100 de mortalité. Mohammed Ali Bey, bien avant l'antisepsie, n'avait qu'une mort sur 80 interventions. Si l'on veut agir avec sécurité, il ne faut pas laisser les

bourses acquérir un volume par trop monstrueux. Hashimoto a vu succomber dans les vingt-quatre heures un Japonais qu'il avait allégé de 94 kilogrammes de scrotum

La bénignité de l'intervention n'est pas le seul de ses avantages. Son efficacité n'est pas douteuse. On cite bien quelques récidives, mais elles sont l'exception, et la plupart des malades bénéficient d'une guérison radicale.

En terminant, je signalerai une particularité que la mode actuelle de l'hypnotisme rend intéressante. Déjà Esdaile se refusait à donner du chloroforme à ses malades; il les opérait sous l'influence du mesmérisme, auquel les Hindous sont, paraît-il, particulièrement sensibles.

DEUXIÈME PARTIE

PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

CHAPITRE PREMIER LÉSIONS TRAUMATIQUES

Il est d'usage, dans les traités de pathologie externe, de ne rien ajouter, à propos de la peau, à ce qui a été dit des lésions traumatiques en général. Cette coutume, justifiée pour les violences de quelque intensité, devient vicieuse pour les actions extérieures superficielles. On en vient, par exemple, à ranger les cors et les durillons parmi les « hypertrophies épidermiques et papillaires », sans souci de leur origine indiscutablement traumatique. Je crois donc devoir consacrer un court chapitre aux lésions traumatiques de la peau.

Ces lésions sont produites par des agents mécaniques, thermiques et chimiques. Les altérations superficielles causées par les agents thermiques sont suffisamment étudiées avec les brûlures et les gelures en général. Restent donc les actions mécaniques et les irritations chimiques.

Avant d'entrer dans la description des cas particuliers, il est utile d'affirmer l'influence considérable que l'état général du sujet et l'état local préalable à l'action extérieure exercent sur l'évolution de ces lésions.

Les localisations des manifestations diathésiques autour d'une injure traumatique ont une grande importance. Tous les chirurgiens y insistent pour la syphilis. Ils s'occupent moins de certaines déterminations cutanées qui semblent bien relever d'une prédisposition générale, de l'arthritisme probablement. C'est une discussion avant tout dermatologique, que de se demander quel est le rôle exact des causes externes et internes dans la production de l'eczéma, du psoriasis. Mais, quelle que soit l'opinion théorique à laquelle on se rallie, le chirurgien

⁽¹⁾ G. Fischer, Virchow's Arch., 1869, t. XLVI, p. 528. — Leisrink, Deutsche Zeitschr. für Chir., 1873, t. IV, p. 9 et 1876, t. VI, p. 345. — Rotter, Ibid., t. IV, p. 514.

doit être averti, et cela surtout pour l'eczéma, que, sur un sujet prédisposé et avec l'aide d'une infection locale encore mal déterminée, une irritation extérieure peut provoquer une éruption tenace.

Une excoriation de cause mécanique peut avoir ces conséquences. Mais c'est surtout pour les irritants chimiques que ces notions ont de l'intérêt, car la plupart des substances employées pour les pansements antiseptiques ont une action irritante manifeste. De là des accidents locaux, dont les principaux ont la peau pour siège. Je ne veux pas entrer dans le détail (¹), mais je crois utile de bien montrer que ces complications cutanées sont de deux ordres. Les unes, douées d'une sorte de spécificité, si l'on veut, sont des dermites d'une forme particulière; tout comme, par exemple, les frictions d'huile de cade provoquent une acné spéciale. Les autres sont, au contraire, des déterminations locales d'une cause générale, associées à plus ou moins de lésions d'ordre purement local. Parmi ces dernières dermatoses, l'eczéma est la plus importante, en raison de la facilité avec laquelle il est appelé par l'acide phénique, par le diachylon. Certains eczémateux sont incapables de supporter le contact de ces substances, atteints qu'ils sont, sans tarder, d'une éruption au point touché, éruption qui

même tend parfois à se généraliser.

Ce rapide aperçu est suffisant. La description des lésions cutanées en particulier appartient au dermatologiste, et le chirurgien doit se borner à avoir l'esprit en éveil sur les quelques points de pathologie générale que je viens de signaler. Pour de plus amples détails, je renverrai aux leçons si remarquables de Bazin, Sur les affections cutanées artificielles (Paris, 1862).

J'en arrive donc à l'influence de certaines prédispositions locales et, avant tout, à l'action du système nerveux. Ici encore, il sera assez de quelques mots : un simple rappel de ce qui a été dit des ulcères en général; une rapide préface à ce qui sera dit des complications des varices, des troubles consécutifs aux névrites, aux plaies des nerfs.

La division précédemment donnée pour les actions irritantes trouve encore son application. Sur les téguments qu'une innervation défectueuse transforme en lieux de moindre résistance, des éruptions diathésiques se localisent volontiers. Les jambes variqueuses en sont un excellent exemple, avec leurs eczémas, avec leurs syphilides. Mais ce n'est pas tout, et ces tissus infirmes sont prédisposés à des lésions locales où interviennent et des actions mécaniques et l'insuffisance de l'innervation. Sur ces membres, les durillons sont vulgaires, aux points qui supportent des pressions : c'est par un durillon que le mal perforant débute souvent, puis, par un procédé variable, une petite perte de substance a lieu qui, peu à peu, s'agrandit, parce que des micro-organismes pullulent sous ce derme et cet hypoderme à vitalité insuffisante. De même, sur un membre variqueux, la moindre solution de continuité tourne trop souvent en ulcère.

Pousser plus loin cette esquisse de pathologie générale serait sortir du cadre d'un traité de pathologie externe, et j'entrerai, sans plus tarder, dans l'étude des agents traumatiques principaux.

Des irritations chimiques il ne sera plus question : il suffit d'avoir signalé les deux variétés de lésions qu'elles peuvent engendrer.

Les actions mécaniques provoquent soit des contusions, soit des solutions de continuité.

(1) Pour les descriptions spéciales, voy. F. Brun, Thèse d'agrég. en chir. Paris, 1886.

CONTUSION

Il serait superflu de revenir sur l'état de la peau dans la contusion quelque peu accentuée, sur les ecchymoses, les épanchements sanguins, les gangrènes. Mais les pressions, les frottements répétés, qui sont certainement un mode de contusion, provoquent quelques modifications spéciales de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Celles du tissu sous-cutané sont même si spéciales qu'elles ont une pathologie propre : un chapitre est réservé aux maladies des bourses séreuses.

Les pressions et frottements répétés de la peau ont pour siège habituel la main et le pied : la main, en raison du maniement d'outils variés; le pied, en raison du port de chaussures souvent mal ajustées, souvent aussi volontairement trop étroites. Mais les points les plus divers du corps y sont parfois soumis, presque toujours alors dans des conditions professionnelles spéciales.

Les lésions provoquées par les frottements sont de deux espèces : les unes, aiguës, sont des phlyctènes, vulgairement appelées ampoules; les autres, chroniques, sont les durillons et les cors.

1º PHLYCTÈNES PAR FROTTEMENT OU AMPOULES

Étiologie. — Les frottements de quelque intensité, agissant sur une peau non habituée aux pressions, y font élever des phlyctènes dont le siège presque constant est le pied ou la paume de la main et des doigts. A la main, elles ont pour cause le maniement d'un outil tenu presque toujours entre le pouce et les autres doigts; aussi les voit-on surtout juste au-dessus du pli digito-palmaire, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité supérieure de la première phalange. Au pied, la localisation ordinaire n'est pas à la plante, dont l'épiderme, extrêmement épais, ne se laisse guère décoller, mais au talon et au cou-de-pied, où la peau est plus délicate, et, de plus, subit des frottements à chaque pas pour peu que la chaussure soit mal ajustée.

C'est donc à côté des épanchements traumatiques de sérosité qu'il faut ranger ces phlyctènes, véritables épanchements de ce genre entre l'épiderme et le corps papillaire, au niveau de la couche de Malpighi. Les épanchements classiquement décrits résultent des contusions où le corps contondant frappe très obliquement la surface atteinte : le va-et-vient du frottement n'est-il pas une série de contusions successives où l'instrument agit parallèlement à la surface touchée?

Symptômes. — Les ampoules se présentent à la main sous l'aspect de bosselures arrondies, assez régulières; moins régulières et beaucoup plus vastes au pied. Leur coloration est jaunâtre; leur contenu est une sérosité transparente, quelquefois hématique. Au pied, où les phlyctènes occupent surtout des régions à épiderme mince, il est assez rare de voir l'ampoule à sa période d'état. Elle se déchire le plus souvent pendant la marche et, lorsque le sujet se déchausse, c'est une excoriation qui apparaît, incomplètement recouverte de lambeaux

Tant que la bulle reste close, la douleur et les complications inflammatoires sont nulles. Mais que le derme dénudé soit mis au contact de l'air, et les souffrances s'éveillent, vives et cuisantes. De plus, si la région excoriée continue à subir le contact d'objets aussi malpropres que les chaussures ou les manches d'outils, l'inflammation peut se mettre de la partie, sous forme de tuméfaction rouge et douloureuse, de lymphangites, d'adénites, etc. Aussi ne faut-il pas oublier que, tant par les douleurs que par les complications septiques, les ampoules des pieds acquièrent une importance réelle chez les soldats en marche, surtout au début de la campagne.

Traitement. — On percera la lame épidermique au point le plus déclive de la phlyctène, en ayant soin de ne pas déchirer cette lame, qui se réapplique immédiatement sur les papilles dénudées et les met à l'abri des offenses extérieures, épargnant ainsi la douleur. Pour les soldats, le médecin doit se demander si les phlyctènes sont un obstacle absolu à la marche. En général, il n'en est rien, au prix de quelques légères précautions. La pratique la plus simple consiste à enduire les pieds blessés d'un corps gras qui atténue les frottements, ce qui, d'autre part, est un excellent prophylactique. C'est presque exclusivement au suif que les soldats ont recours. Cette substance n'est pas antiseptique; mais c'est la seule que l'on puisse avoir partout sous la main. A chaque étape, les pieds seront soigneusement lavés, et le sujet sera mis au repos.

L'immobilisation et les applications antiseptiques humides sont absolument indiquées dès la première alerte inflammatoire.

2º DURILLONS

Le durillon est un épaississement épidermique, caractérisé par une plaque jaunâtre plus ou moins saillante, arrondie, dont les bords se continuent souvent insensiblement avec l'épiderme voisin. Sa consistance est dure et sèche, mais offre d'assez grandes variétés.

Après l'avoir enlevé, on constate que sa face profonde est plane. Les recherches de Simon ont prouvé qu'il est formé simplement de couches épidermiques superposées. Il y a hypertrophie de la couche cornée. Le corps muqueux et le derme sont sains.

Le durillon a pour cause les pressions, les frottements répétés. Il se constitue peu à peu, mais d'emblée, lorsque la peau est déjà endurcie ou lorsque le frottement causal est minime. Dans les conditions inverses, il est précédé d'ampoules. Cette étiologie explique pourquoi les durillons s'observent presque toujours à la paume des mains et à la plante des pieds. La tendance à la formation des durillons est très grande sur les membres dont l'innervation est défectueuse.

Les durillons de la main sont souvent multiples; chacun connaît la main calleuse des manouvriers. Dans certaines professions, le maniement d'outils spéciaux fait que des durillons se forment en des régions particulières, et cette notion a de l'importance en médecine légale pour déterminer l'identité d'un individu.

Au pied, un siège fréquent est la partie postérieure du talon: ou bien encore

le côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Cet oignon est constant sur les sujets dont le gros orteil est dévié en dehors.

Les troubles fonctionnels sont ordinairement nuls. Cette petite excroissance épidermique est indolente. Au bout de peu de temps, elle a acquis son maximum et elle persiste tant que la région atteinte continue à subir des pressions. Si ces pressions cessent, elle disparaît peu à peu. Quelquefois cependant le sujet accuse de réelles douleurs. Le fait s'observe principalement pour les durillons de la plante du pied et du talon, pour l'oignon.

Le principal inconvénient du durillon est sa transformation en durillon forcé, par inflammation et suppuration d'une petite bourse séreuse qui se constitue au-dessous de lui en ce point soumis à des frottements continuels. C'est une variété importante des phlegmons de la main.

Le traitement est à l'ordinaire nul. Si le durillon est douloureux, ou simplement gênant, on en pratiquera l'abrasion couche par couche, au bistouri, après en avoir provoqué le ramollissement par l'immersion prolongée dans l'eau chaude. Sur deux malades dont le durillon plantaire, très douloureux, repullulait avec une grande rapidité, Dechambre a obtenu un succès définitif en faisant suivre l'abrasion d'une cautérisation à la pâte de Vienne. Ce moyen énergique ne sera que rarement indiqué.

A la plante du pied, W. Dubreuilh (1) distingue du durillon la verrue plantaire, très spéciale par un centre mollasse, blanchâtre, que recouvrent et entourent les lames cornées.

3° CORS (2)

Le cor est une excroissance épidermique qui diffère du durillon par la présence d'un prolongement central qui fait saillie à sa face profonde et s'enfonce plus ou moins dans le derme. Ce noyau central, plus dur que le reste, ce clou est la caractéristique anatomique du cor et, comprimant le derme, il est la cause des douleurs si vives dont le cor est le siège habituel. Il peut y avoir plusieurs de ces prolongements, encore appelés racines.

Le cor est une lésion des pieds. Il y occupe les orteils, le cinquième surtout, à la partie moyenne de son bord externe. Il surmonte l'articulation phalango-phalangettienne des orteils en marteau. Il existe souvent (sous le nom d'œil-deperdrix) dans les espaces interdigitaux. On le voit, mais plus rarement, aux points de pression de la plante, du talon.

Ces localisations s'expliquent par l'étiologie. Le cor est produit par les chaussures soit trop serrées, soit mal ajustées, soit en cuir trop dur. Le cor interdigital a la même cause; mais la chaussure trop étroite, au lieu d'agir directement sur la peau malade, comprime les deux orteils l'un contre l'autre. C'est donc bien souvent à vouloir faire petit pied que l'on gagne cette infirmité. Mais il ne faut pas exagérer et dire avec le peintre Eugène Delacroix: « Tant que j'ai eu un cordonnier j'ai aussi eu des cors ». Les chaussures larges et mal ajustées sont tout aussi nuisibles que les chaussures trop étroites.

Le cor est formé de deux parties: une périphérique, de largeur variable, simple durillon à lames épidermiques parallèles; un noyau central, bien plus

⁽¹⁾ W. Dubreuilh, Ann. de dermat. et syph. Paris, 1895, p. 441.
(2) GILLETTE, art. Cor du Dict. encycl. des sc. méd. Paris, 1877.

dur, autour duquel s'enchevêtrent les lames, bien plus tassées. Sous cette racine saillante, le derme est atrophié, ses papilles ont perdu de leur hauteur. Elles finissent par disparaître, et le degré extrême est un petit trou, formé par usure dans le derme.

L'aspect extérieur d'un cor est à peu près celui d'un durillon. La saillie est cependant plus haute, à bords plus limités. Les cors plantaires sont larges, rugueux, peu saillants. Les œils-de-perdrix, constamment macérés dans la sueur interdigitale, sont plats, ramollis, d'un blanc opaque. Leur centre est déprimé et on y voit, grisâtre, la tête du noyau central.

La douleur est le principal inconvénient des cors. Nulle au repos, provoquée par les pressions, parfois vive au point d'entraver la marche, elle est surtout intense pour les cors interdigitaux et plantaires. Elle est due à la compression exercée par le cône central sur le corps papillaire : le cor, en effet, est insensible par lui-même. Elle dépend pour beaucoup de la sensibilité individuelle du sujet Elle est plus marquée par les temps humides.

Le cor peut, comme le durillon, se compliquer d'une bourse séreuse et d'un hygroma.

Traitement. — On a beaucoup écrit sur le traitement des cors, ce qui tient à l'inefficacité fréquente de la plupart des moyens.

Avant tout, le malade portera des chaussures faites avec soin, fabriquées exactement sur le moule même du pied, disait Thierry. Quelquefois, le cor disparaît alors. Le fait est rare cependant, et par la réforme de la chaussure on se borne presque toujours à faire cesser les douleurs.

Des appareils divers ont été inventés pour éviter les pressions. Ils se réduisent, en somme, à un anneau qu'on dispose de façon que la tête du cor réponde

au vide du centre.

Les topiques les plus variés, pris surtout parmi les sucs végétaux, ont été employés empiriquement. Leur efficacité est, pour la plupart, médiocre.

Le moyen le plus vulgaire est le grattage après ramollissement par un pédiluve. Il faut le renouveler souvent, car il n'atteint pas le sommet de la racine. Mais, sauf très grande intensité des douleurs, c'est un excellent palliatif.

La guérison radicale s'obtient par les caustiques ou par l'extirpation.

Les caustiques ont parfois été appliqués avec trop d'énergie: A. Thierry a vu une femme à laquelle il dut amputer l'orteil; Fabrice de Hilden cite même une mort. Maniés avec prudence, les caustiques sont toutefois utiles. Les meilleurs sont l'acide nitrique et l'acide acétique; on trempe dans l'acide le bout d'une allumette, et on en frotte la surface du cor, en ayant soin de ne pas dépasser la région malade. Le cor imbibé tombe au bout de quelques jours. On ne traitera pas de la sorte les œil-de-perdrix, car on produit alors très souvent des brûlures interdigitales très pénibles.

A côté des caustiques, il faut signaler l'acide salicylique, dont l'action dékératinisante a été utilisée depuis quelques années. On badigeonne le cor avec une solution d'acide salicylique dans le collodion ou on applique sur lui,

pendant quelques jours, un emplâtre salicylé.

L'extirpation donne de très bons résultats à condition que l'on enlève bien la ou les racines. Elle se fait soit avec un bistouri, soit à l'aide d'aiguilles spéciales qui constituent l'outillage des pédicures. C'est, en effet, à ces artistes spéciaux qu'on s'adresse presque toujours. Ce qui n'est pas un motif pour que le chirur-

gien méprise trop ces opérations insignifiantes : Casper parle d'un homme qui, s'étant lui-même curé un cor, mourut du tétanos; A. Thierry relate un fait de gangrène mortelle, due à un garçon de bains.

Après ablation du cor, la récidive est constante si la région est de nouveau soumise à la compression.

II

PLAIES

Les plaies de la peau sont de deux espèces. Les unes divisent toute l'épaisseur de la membrane tégumentaire, les autres n'en traversent qu'une partie.

Sur les premières, tout a été dit à propos des lésions traumatiques en général, ou sera dit à propos des quelques régions (le scrotum, le cou, par exemple) où la disposition anatomique des parties, des muscles peauciers surtout, entraîne des conséquences chirurgicales importantes.

Les piqures, les plaies incomplètes, les excoriations par frottement, les dénudations papillaires consécutives aux ampoules, n'ont, par elles-mêmes, aucun intérêt, mais elles sont souvent le siège de contaminations microbiennes. Il en est de même pour ces petites rugosités épidermiques, pour ces « envies » que l'on porte si souvent autour des ongles, et souvent sont arrachées, volontairement ou involontairement. A leur base est arrachée en même temps la couche la plus profonde de l'épiderme et le corps papillaire; le derme, mis à nu, donne une gouttelette de sang, et par là peut se faire une inoculation.

Ces traumas insignifiants sont la source vulgaire de lésions chirurgicales sérieuses, graves même : tournioles et panaris, lymphangites et adénites, dermites circonscrites et phlegmon diffus. Là interviennent les micro-organismes de la suppuration. Mais ils ne sont pas seuls à entrer en jeu. A côté d'eux, j'aurai à parler, dans un instant, du rôle des portes d'entrée artificielles dans l'étiologie de maladies 'spécifiques telles que la tuberculose cutanée, le bouton d'Orient; il a déjà été insisté sur ce rôle à propos de la pustule maligne. Une mention, enfin, est due à la syphilis, pour signaler les chancres extra-génitaux et leur étiologie.

Certaines plaies incomplètes de la peau sont compliquées de corps étrangers, poussières diverses incrustées dans le derme. Le fait s'observe pour les plaies par coup de feu à bout portant, pour les brûlures par explosion de poudre. De là un vrai tatouage, tout à fait comparable au tatouage volontaire, si répandu chez les sauvages et, chez les peuples civilisés, dans les classes inférieures.

De temps en temps, le médecin est prié de faire disparaître un ornement de ce genre (¹). Si le tatouage est peu étendu, le procédé de choix consiste à l'enlever comme une tumeur et à pratiquer la réunion immédiate. Mais cela est impraticable pour les vastes tatouages, qui sont très fréquents. Pour obtenir la cicatrice minima, il faut alors, à la faveur d'un nouveau tatouage, faire pénétrer superficiellement dans le derme un escharotique : au bout de quelques jours, l'eschare,

⁽⁴⁾ Variot, Bull. de la Soc. de biol., p. 636. Paris, 1888. — М. Ваньот, Thèse de doct. Paris, 1895-1894, n° 166. — J. Brault, Ann. de dermat. et syph. Paris, 1895, p. 33.