MALADIES DES TISSUS

LES BRULURES

Le traitement des brûlures a bénéficié de l'antisepsie. Grâce à nos pansements actuels, on peut dire que toute brûlure qui n'a pas enlevé le malade dans les premiers jours par son étendue et ses phénomènes généraux est destinée à guérir.

Sans doute, la cicatrisation sera parfois lente à se faire, et les plaies atones ne sont pas rares. Le spécifique des brûlures n'est pas trouvé. Tous les antiseptiques ne sont pas bons, et quelques-uns ont de gros inconvénients. Mais, en dépit de ses imperfections, le traitement antiseptique des brûlures est le traitement de choix, car il permet une évolution presque aseptique et évite les dangers de la septicémie et de la suppuration, accidents fréquemment observés dans les anciens traitements.

Ce qu'il faut savoir, c'est que, parmi les antiseptiques, certains sont défavorables, parce qu'ils ne favorisent pas la formation de l'épiderme. Tels sont le phénol, l'acide salicylique, le sublimé, le thymol, le chlore, le brome, le permanganate de potasse. Ce sont des substances *kératolitiques*.

Parmi les substances indifférentes, au point de vue de la formation de l'épiderme ou favorables à cette formation (substances *kératroplastiques*), il faut citer l'*acide borique*, le sous-nitrate de bismuth, le thiol, l'ichthyol, l'*acide picrique* (solution saturée) préconisée par Thiéry. Relativement à l'acide picrique, il résulte des observations de Latouche, Walther Berger qu'il faut renoncer à son emploi chez l'enfant, à cause de sa toxicité. Chez l'adulte le pansement picrique ne paraît pas supérieur aux antiseptiques.

Il faut ajouter que les corps gras et les solutions aqueuses sont nuisibles.

D'après cela, voici ma manière de traiter les brûlures :

Brûlures étendues et superficielles. — Pour calmer les douleurs, il n'y a pas de moyen plus héroïque que le bain chaud, qu'on réchauffe progressivement.

Une autre indication est de relever l'état général (injections de sérum. Caféine).

Brûlures superficielles et limitées. — 1° Aseptiser la région; 2° calmer la douleur; 3° panser.

1° Pour *aseptiser la région*, il est nécessaire de savonner et de brosser doucement, avec une solution boriquée chaude et du savon, toute la région. Pour cela, le brûlé sera chloroformé, s'il est en état de supporter le chloroforme;

2° Pour *calmer la douleur*, on peut appliquer une solution d'acide borique laudanisée (20 grammes de laudanum pour 1 litre de solution boriquée), ou toucher la plaie avec une solution de cocaïne (chlorhydrate de cocaïne, 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau);

3° Pour *panser la brûlure*, rien ne vaut, selon nous, la gaze iodoformée souple, peu chargée (5 ou 10 0/0), aseptisée par son passage à l'étuve humide à 100° plusieurs fois. La *ouate*, l'*immobilisation* et une *compression douce* sont les meilleurs moyens de calmer les souffrances.

Une piqûre de morphine peut être administrée.

La brûlure est profonde. — Il existe une eschare. La douleur est peu considérable. Se contenter de faire l'antiseptie régulière de la région par un savonnage de cinq minutes, brossage, lavage à l'alcool et au sublimé. « Embaumer » ensuite l'eschare avec de la poudre d'iodoforme et de tannin. Attendre une élimination aseptique.

La brûlure est dans la période de réparation. — Que ce soit une plaie superficielle et profonde, elle doit être traitée de même par les pansements antiseptiques, la gaze iodoformée et l'ouate.

Si la plaie s'enflamme, recourir immédiatement au pansement humide à la gaze trempée dans une solution d'acide phénique à 1 0/0, aux bains locaux. Cesser la balnéation dès que la plaie revient à un meilleur état pour reprendre le pansement sec. Si la peau est très irritable, recourir aux poudres (sous-nitrate de bismuth, acide borique) ou à l'eau stérilisée pure et simple.

Enfin, si la cicatrisation est lente à se faire, si la plaie est atone, on peut avoir recours au crayon de nitrate d'argent, aux poudres de quinquina, de charbon et d'iodoforme mélangées.

Dans certains cas, il ne faut pas hésiter à curer les bourgeons charnus ou à pratiquer la *greffe*.

Amputation. — Il est bien rare que la perte de substance de la peau soit tellement grande que l'*amputation* soit devenue nécessaire.

Il n'y a guère que la carbonisation complète d'un membre qui réclame l'amputation primitive.

Dans tous les autres cas, l'amputation n'est jamais une mesure urgente dans les brûlures. Elle ne doit se faire qu'à tête reposée, quand il est démontré que la perte de substance ne pourra jamais se cicatriser par la greffe ou par la méthode italienne (greffe par approche).

LA GREFFE

On décrit une grande quantité de greffes. On peut retenir un seul procédé, l'unique procédé facile et efficace, la greffe de Thiersch, que j'ai décrite un des premiers, en France, grâce à l'obligeance de M. Witzel, ancien assistant de Trendelerburg, qui m'a appris le procédé.

Instruments. — Une curette de Volkmann, un rasoir large et bien effilé.

Solution à avoir : eau stérilisée ou bouillie additionnée

de 7 p. 1.000 de chlorure de sodium. Solution de sublimé Pansement iodoformé.

Le malade est endormi. La région où on doit prendre la greffe est de préférence la cuisse (face externe), le bras (face externe).

Opération. — On découvre la plaie, on la nettoie et on gratte les bourgeons charnus avec une curette, de manière à séparer le mou du dur. La plaie saigne. On tamponne, on comprime et on se reporte à la cuisse.

Là, on prend les mesures nécessaires pour aseptiser le champ opératoire. On essuie avec une compresse de manière à enlever toute trace d'antiseptique (sublimé); on mouille avec la solution aseptique de sérum, et on se met en mesure de tailler la greffe.

Pour cela, le rasoir trempé dans l'eau chemine de haut en bas ou de bas en haut, parallèlement à la peau, de manière à enlever sur la peau une pellicule très fine, mais continue, large de 3 ou 4 centimètres, longue de 5, 6 centimètres, ou davantage. Pour cela, il faut imprimer au rasoir des petits mouvements de scie, rapides et peu amples, pendant que l'aide attire la peau et comprime en haut, et que la main de l'opérateur comprime et attire la peau de l'autre côté.

Le lambeau qui n'a intéressé que les couches superficielles du derme est si mince qu'il se recroqueville et nage sur la lame mouillée du rasoir.

Le lambeau est coupé. Il s'agit de le greffer. Pour cela, on enlève la compression de la plaie (qui ne saigne plus) et on pose le lambeau de manière à l'y étaler en le faisant basculer par une extrémité avec le bout d'une sonde cannelée.

Les mêmes temps opératoires se répètent autant de fois qu'il est nécessaire pour recouvrir la presque totalité de la plaie.

On ne s'arrête que devant l'impossibilité d'avoir suffisamment de peau pour greffer.

Pansement. — Du côté de la cuisse, où l'on a pris les greffes, gaze iodoformée et ouate.

Du côté de la plaie greffée, recouvrir les greffes avec des

lanières de taffetas gommé, stérilisées et trempées dans la solution aseptique. Par dessus, compresses humides d'acide borique. Ouate.

Dans certains cas, pour des brûlures anciennes, on peut employer la *greffe par approche* (méthode italienne) que Berger a vulgarisée dans ces derniers temps et que j'ai employée aussi chez l'enfant.

KYSTES SÉBACÉS ET DERMOIDES

Les *kystes sébacés*, ou *loupes*, sont des tumeurs bénignes provenant de l'oblitération du canal excréteur d'une glande sébacée. Ils sont situés primitivement dans l'épaisseur de la peau, à laquelle ils restent adhérents, quand même ils ont acquis un développement qui les met en contact avec le tissu sous-cutané. Ils sont fréquents au niveau du cuir chevelu, où on peut les rencontrer en grand nombre sur le même individu. Ils peuvent occuper n'importe quelle région. Souvent le diagnostic est hésitant entre le kyste sébacé et le *kyste dermoïde;* ce dernier kyste est congénital : mais il peut ne pas apparaître dès la naissance. Il est sous-cutané et souvent sous-musculaire (queue du sourcil).

Kystes sébacés. — Le kyste sébacé réclame une thérapeutique différente suivant son volume, son siège, la période de son évolution.

1° Voici d'abord un kyste sébacé situé dans la région sus-hyoïdienne médiane; il est gros comme une noix, il est mobile; la peau elle-même, distendue, peut être plissée sur la tumeur profonde.

Il dure depuis plusieurs années; mais il augmente peu à peu et finit par gêner. Le seul parti à prendre est de l'extirper. Dans un cas récent, voici comment j'ai procédé : Anesthésie locale au chlorure d'éthyle, précautions antiseptiques. Incision de la peau longitudinale dépassant la tumeur. Les deux lèvres de la plaie ont été disséquées. Le kyste a pu être mobilisé avec les doigts et par la rétraction forcée de la peau il a pu être totalement énucléé sans être ouvert. C'est le procédé le plus simple, le plus facile et le plus élégant. La séparation de la *boule* kystique doit se faire par *expression*, par *rotation de la poche*, par *dissection mousse* des tissus péri-kystiques. Il faut se garder de piquer une aiguille et un fil, ou une pince à griffes dans le kyste. On l'ouvrirait infailliblement. Petit malheur sans doute, mais inconvénient incontestable au point de vue de l'asepsie de la plaie. La peau est suturée.

Pour que ce procédé soit applicable, le kyste doit être mobile et assez gros.

2° Voici un autre kyste situé au niveau de la joue; il est petit, et la peau à sa surface est adhérente. Il est en train de s'enflammer; mais il n'est pas ouvert. Nous sommes dans une région où une cicatrice est à éviter. La réunion, par première intention, doit être obtenue. Faut-il suivre le procédé précédent? Non, car on n'arriverait pas à séparer le kyste de la peau, et l'on se trouverait, après l'extirpation partielle, en présence d'une plaie incapable de se réunir par première intention. On aurait une cicatrice. Il est plus simple de circonscrire le kyste par deux incisions cutanées elliptiques, taillées en pleine peau saine, et de l'enlever au bistouri, comme une tumeur maligne, avec la peau adhérente et le tissu cellulaire avoisinant.

Il reste une plaie nette, propre à la réunion.

3° Au cours d'une dissection, le kyste est crevé, la matière sébacée se répand dans la plaie, les parois du kyste s'affaissent. On ne les retrouve pas facilement. Ouvrez largement le kyste dans toute sa hauteur, et cherchez sur la tranche de la peau sectionnée la tranche de la paroi kystique, saisissez-la avec une pince hémostatique, et tâchez de l'arracher. Elle viendra, si elle est résistante, par deux moitiés.

Une variante de ce procédé est la suivante : Transfixez le kyste (il ne doit pas être volumineux), de la base à la superficie; saisissez avec des pinces chaque tranche, décollez-la de la peau et énucléez.

4° Le kyste est suppuré. Il est fermé ou il est ouvert. S'il est petit, l'ablation complète avec les téguments voisins est indi-

quée. S'il est volumineux, il suffit de l'ouvrir plus largement et de cautériser largement ses parois avec le crayon de nitrate, de tamponner ensuite à la gaze iodoformée.

Les gros kystes du cuir chevelu suppurés nécessitent une autre intervention. J'en ai vu qui, mal traités, répandaient une odeur infecte. Dans ces cas, il est indispensable de pratiquer une véritable opération après avoir pris des précautions et rasé le cuir chevelu. L'opération consistera dans la désinfection des poches, dans le râclage et le tamponnement iodoformé.

5° Je suis d'avis que *les loupes du cuir chevelu* doivent être extirpées au bistouri, quand elles sont volumineuses et quand il est possible de préparer autour d'elles une portion de peau aseptique en rasant les cheveux. Mais il ne faut pas oublier que ce traitement exige la désinfection du cuir chevelu, le sacrifice d'une portion de la chevelure, et aussi des soins consécutifs qui dureront sept à huit jours. Souvent les conditions précédentes ne se trouvent pas remplies. Dans ces cas, je repousse l'extirpation au bistouri, qui, mal faite, expose à l'érisypèle.

Voici une femme qui a sur le cuir chevelu plusieurs loupes petites disséminées. S'il fallait lui enlever toutes ces loupes au bistouri, il faudrait commencer par lui raser la tête, chose qu'elle refusera infailliblement. Mais ces loupes la gênent et la préoccupent. Il y a alors un procédé ancien qu'il faut connaître, parce qu'il est simple, commode, inoffensif et ne réclame aucun soin consécutif.

Sans couper les cheveux, on découvre un kyste, on nettoie la peau et on prépare avec de l'alcool et de la poudre de Vienne de la pâte de Vienne. La pâte doit avoir une consistance assez grande pour pouvoir être étalée. On taille ensuite, sur un morceau de diachylon une ouverture de quelques millimètres, et on place le morceau de diachylon sur le kyste, et on étale la pâte sur l'ouverture. Au bout de dix minutes, on enlève tout. On essuie la peau avec de l'alcool et on recouvre avec un autre morceau de diachylon. La portion de la peau qui a été en contact avec le caustique devient noire.

L'opéré peut vaquer à ses occupations et ne souffre nullement de cette eschare. Au bout de quinze jours à trois semaines, on procède à l'ablation du kyste. Avec une pince, on mobilise l'eschare et on tire sur elle ; le kyste sort tout entier sous forme d'une boule blanchâtre, sans douleur. Il reste une petite plaie déjà granuleuse, qu'on recouvre avec un peu de poudre de salol et qu'on protège avec un morceau de taffetas.

Il faut connaître ce procédé, qui permet d'enlever les loupes chez des personnes qui n'ont pas le temps de se condamner au repos pendant sept à huit jours, qui ne veulent pas faire les frais d'une véritable opération, ou qui ne se soucient pas de se faire couper les cheveux et raser une partie du cuir chevelu pour être débarrassées de leur kyste.

Une variante de ce procédé est la cautérisation avec l'acide nitrique monohydraté, procédé recommandé par Malgaigne et Lefort. On fait sur le sommet de la tumeur une cautérisation linéaire avec cet acide ; une allumette suffit pour cela.

On obtient ainsi une eschare jaunâtre et molle, qui doit être proportionnelle au volume du kyste. Après avoir tracé l'eschare linéaire, on enfonce dans son centre l'extrémité effilée d'une allumette, trempée également dans l'acide nitrique, de manière à pénétrer jusque dans le kyste. Le travail inflammatoire amené par l'élimination de l'eschare suffit pour détacher le kyste de son enveloppe et, lorsque l'eschare est devenue libre sur ses bords, il suffit de la saisir avec une pince pour entraîner avec elle le kyste (Malgaigne et Lefort, *Méd. opér.*).

Pour mon compte personnel, j'ai pratiqué très souvent cette petite opération, toujours avec succès.

Kystes dermoïdes. — Les kystes dermoïdes les plus fréquents dans la pratique sont ceux de la queue du sourcil. C'est, en général, vers la puberté que les malades se présentent pour les faire traiter. Cela tient souvent à la coquetterie de cet âge ou bien au développement plus grand que la puberté imprime à tout le système cutané et pileux en général, et aux kystes dermoïdes en particulier, qui ne sont que des annexes de ce système.

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

Traitement. — Le seul traitement est l'ablation au bistouri. Il faut être prévenu que ces kystes siègent sous le muscle orbiculaire qu'il faut diviser, qu'ils ne sont pas souvent très résistants et que leur énucléation demande des précautions et une certaine habitude. Si on les a crevés pendant la dissection, il faut poursuivre leur ablation complète et gratter l'os frontal avec lequel ils contractent parfois des adhérences. Il m'est arrivé de voir à ce niveau une cupule profonde creusée par le kyste. L'ablation de la membrane doit être complète sous peine de récidive.

La réunion de la peau doit être exacte. Dans les cas de ce genre, la suture intra-dermique est à conseiller. C'est dans un but orthomorphique que le patient réclame l'intervention. Il ne faut pas qu'une cicatrice difforme remplace la tumeur.

ONGLE INCARNÉ

Affection de l'adolescence, s'observant plus souvent chez les garçons que chez les filles, l'ongle incarné ou onyxis latéral ulcéreux se voit au niveau du gros orteil, le plus souvent sur le bord externe de l'ongle. Il peut être bilatéral. Dans tous les cas, il se présente sous forme d'une masse bourgeonnante, au-dessous de laquelle l'ongle s'insinue dans un sillon de pus. L'affection est douloureuse. Elle reconnaît pour cause les mauvaises chaussures et la malpropreté.

Si **l'incarnation est au début**, on peut la guérir sans opération. Après avoir antiseptisé la région, on pratique l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle et on coupe le bord externe de l'ongle, aux ciseaux. Le sillon est mis à découvert et peut être pansé à plat, à l'aide de quelques brins de gaze iodoformée. Si l'ulcération existe, on peut la modifier à l'aide de cautérisations à la teinture d'iode.

Chez les individus qui peuvent se soigner, il n'y a pas d'autre intervention à proposer; il suffit de continuer le pansement et de surveiller l'ongle qui pousse, en insinuant sous son bord libre de la gaze iodoformée en très petite quantité.

Mais je crois qu'il est toujours bon de commencer par tailler le bord incarné de l'ongle et de continuer ensuite les pansements à la gaze enduite de vaseline (procédé de Fabrice d'Aquapendente et de Malgaigne).

Le port de chaussures larges et les soins de propreté compléteront le traitement.

Si **l'incarnation est très prononcée** chez un homme qui ne peut se soigner pendant longtemps, il y a lieu de faire une opération. Les procédés ne manquent pas. J'en décrirai deux.

Procédé de Follin. — On trace deux incisions parallèles et antéro-postérieures, l'une en dehors du bourrelet fongueux, l'autre en plein ongle; aux points où s'arrêtent et où commencent ces deux incisions, on fait deux incisions transversales, l'une à 5 millimètres en arrière du repli qui recouvre la racine de l'ongle, l'autre à la partie libre de l'ongle. Il en résulte un lambeau quadrilatère, qui comprend les chairs fongueuses et une languette plus ou moins large de l'ongle et du derme sous-unguéal. Il ne faut pas exagérer la largeur du lambeau, mais il faut le disséquer profondément, pour ne pas laisser dans la plaie des fragments du derme sous-unguéal.

La plaie est pansée antiseptiquement et à plat.

Pour faire cette petite opération, il est de tradition de faire l'anesthésie locale avec le mélange réfrigérant de glace ou de sel marin, maintenus pendant une ou deux minutes, et de lier la racine de l'ongle à l'aide d'une ficelle, qu'on enlève une fois le pansement installé. A l'heure actuelle, il est absolument inutile d'avoir recours à la glace, on peut faire l'anesthésie au chlorure d'éthyle, ou même à la cocaïne. Quant à l'hémostase à la ficelle, que certains auteurs étrangers ont découvert de nouveau tout récemment, je la crois parfaitement inutile. On peut opérer sans aucune hémostase, étant donné que l'opération dure deux à trois minutes.

L'inconvénient de ce procédé est qu'il laisse une plaie qui doit guérir par bourgeonnement, ce qui demande au moins

trois semaines. On a donc cherché à combler immédiatement la perte de substance par un lambeau.

Cette idée a guidé les *procédés de Guyon* et de *Th. Anger*.

Je décrirai *celui d'Anger*. On taille par transfixion un petit lambeau, en introduisant un bistouri en dehors du bourrelet fongueux, au niveau de sa base. Ce lambeau, taillé au-dessus des parties saines sur une étendue en longueur de 8 à 10 millimètres, doit se prolonger en avant, un peu au-delà du bord antérieur du bourrelet cutané latéral, en vue de la rétraction. Une fois ce lambeau taillé, on détache, comme un copeau, avec un bistouri, le bourrelet fongueux, la portion de l'ongle correspondante et le derme sous-jacent; on applique le lambeau sur le derme dénudé de la phalange et on l'attache à l'aide d'une bandelette de diachylon. Une bandelette de gaze aseptique serait préférée aujourd'hui.

On décrit encore le procédé de *Quénu* (arrachement complet de la lunule onguéale et réunion) et celui tout récent de *Dardignac*.

FURONCLE ET ANTHRAX

Le furoncle et l'anthrax — ce dernier n'étant qu'une accumulation de furoncles — se développent dans l'appareil pilo-sébacé de la peau, à la faveur du staphylocoque blanc. Cette notion, que nous devons à Pasteur (1880), est une première application de la bactériologie à l'étude des maladies humaines.

Le furoncle et l'anthrax sont souvent l'indice d'un mauvais état diathésique, d'un terrain propice au développement du staphylocoque; il est classique de soupçonner le diabète et de rechercher le sucre dans les urines des personnes qui ont un anthrax.

Ces deux notions de la nature microbienne et du terrain défectueux ont la base du traitement de ces maladies, et elles expliquent leur gravité et leurs dangers (abcès, lymphangites, phlébites, affections générales, etc.).

Peut-on faire avorter les furoncles? Oui, dans certains cas, en pratiquant des attouchements à la teinture d'iode, des injections d'une goutte d'eau phéniquée, en recouvrant la

région d'ouate trempée dans l'alcool saturé d'acide borique, en recourant aux pulvérisations phéniquées de Verneuil, à la ponction au galvano ou au thermo-cautère.

Le furoncle est constitué. — Appliquer un *cataplasme antiseptique* formé par de la gaze bouillie, imprégnée de sublimé au millième et recouverte d'un taffetas imperméable.

On peut aussi faire des pulvérisations à l'eau phéniquée.

Surveiller l'état général du malade et donner la *levure de bière*, qui paraît avoir une action très manifeste sur la furonculose.

Pour l'anthrax, le même traitement sera suivi dans les cas ordinaires : enveloppements humides, pulvérisations (vaporisateur à 30 centimètres de la zone enflammée). Trois pulvérisations par jour, d'une demi-heure de durée chacune. Employer l'eau phéniquée à 2 0/0 pour ces pulvérisations.

Les indications d'intervenir chirurgicalement dans l'anthrax et le furoncle sont les suivantes :

1° Quand il existe des douleurs intolérables. Une bonne incision au bistouri calme les douleurs. Elle sera faite sous l'anesthésie locale (chlorure d'éthyle);

2° Quand le furoncle et l'anthrax siègent au niveau de la région cervico-faciale. Étant donné les accidents qui ont été signalés (phlébite), il est bon de traiter tous ces anthrax énergiquement dès le début et, si le furoncle s'étend, l'ouvrir au thermo-cautère ou même au bistouri en faisant des pansements antiseptiques;

3° Quand le furoncle ou l'anthrax s'accompagnent de phénomènes généraux graves, l'hésitation n'est pas permise. Il faut donner le chloroforme et creuser dans l'anthrax des sillons divergents et profonds jusqu'à la périphérie. Circonscrire la périphérie à l'aide de pointes de feu en pleins tissus sains ;

4° Les mêmes incisions sont à préconiser dans l'anthrax fibreux à phénomènes généraux graves.