par M. le Dr Doumer, l'électrolyse sur des tumeurs érectiles étendues et grosses, toujours avec succès. Entre autres, j'ai vu guérir ainsi une tumeur de la lèvre, grosse comme une noix, tumeur qui se prolongeait un peu du côté de la gencive. Au bout de huit mois de traitement, la tumeur avait totalement disparu sans laisser de traces.

L'inconvénient de l'électrolyse est d'être un traitement de longue haleine, de nécessiter un grand nombre de séances, qui, malheureusement, sont douloureuses et difficiles à supporter par les petits enfants.

Ce n'est pas ici le lieu de développer et de décrire cette méthode, qui doit être pratiquée par un spécialiste pour être efficace.

En résumé : le médecin doit extirper les tumeurs érectiles petites et limitées, quand elles grossissent.

Traiter par l'ignipuncture avec le thermo ou le galvanocautère celles qui ne sont pas justiciables d'une ablation sanglante.

Faire faire de l'électrolyse pour les tumeurs larges étalées et situées sur la face et surtout autour des orifices naturels.

Il me reste encore à parler d'une méthode que le médecin sera souvent prié d'employer, car elle est dans les habitudes : je veux parler de *la vaccination*. On ne doit pas refuser de vacciner un enfant non vacciné sur sa tumeur érectile. C'est une pratique inoffensive, qui, à la rigueur, pourrait donner de bons résultats. J'ajoute que je n'ai pas encore vu ces résultats, bien que j'aie vacciné plusieurs tumeurs.

Les piqûres doivent être pratiquées autour de la tumeur, de manière à ne pas provoquer une hémorrhagie qui entraînerait le vaccin.

VARICES

Parmi les variqueux, les uns ont des varices apparentes qui ne gênent pas. Généralement ils ne consultent pas le médecin. D'autres ont des varices gênantes avec œdème, douleurs, crampes, surtout le soir.

Dans une troisième catégorie, les varices sont *compliquées*, et, parmi ces complications, la *rupture avec hémorrhagie* et les *ulcères* sont les accidents les plus graves.

Rémy[1] distingue trois catégories de variqueux : 1° ceux qui ont des paquets variqueux circonscrits; 2° ceux qui présentent un envahissement capillaire de tous les vaisseaux, une sorte de cyanose variqueuse; 3° enfin les variqueux à reflux cardiaque. Il est plus simple de diviser les variqueux en deux catégories, selon que les varices sont tolérées ou non.

Varices tolérées. — Dans ce cas, le traitement est surtout préventif. Il se résume en trois termes : *repos*, *hygiène*, *compression*.

Le *repos* sera relatif, à moins d'accident (tel que l'ulcère), le repos absolu au lit sera exigé.

L'*hygiène* consistera à éviter toute fatigue exagérée, surtout la position debout, les marches prolongées, les vêtements trop serrés, les professions fatigantes. La propreté la plus minutieuse sera recommandée (eau froide, eau blanche, etc.).

La *compression* peut se faire avec une bande de flanelle, qui se prête le mieux à cet usage. Mieux vaut recourir à un bas à varices. Le *bas élastique* se fait en tissu plus ou moins fort et en soie. Suivant la hauteur des varices, on prescrit la molletière, le bas ou le bas cuissard, quand les varices ont envahi la cuisse. Le *bas lacé* est préférable. Il embrasse en entier le membre inférieur, en laissant à découvert le talon et les orteils. Le *bas lacé*, en peau de chien, est à conseiller quand il faut faire des pansements sur la jambe. Si l'on prescrit le bas lacé, il faut indiquer le côté de la jambe où le laçage doit se faire (côté opposé à l'ulcère).

Pour placer le bas, il faut d'abord laisser reposer le malade, faire des lotions froides, soigner la peau, si elle est altérée.

Le bas demande à être surveillé.

Traitement opératoire des varices. — Indications opératoires. — Trendelenburg nous a appris à reconnaître l'*insuf-*

1. Rémy, *Traité des membres inférieurs et leur traitement chirurgical*. In-8°, Vigot frères, éditeurs.

fisance valvulaire sur certains variqueux. Voici en quoi consiste ce phénomène : tant qu'il existe des valvules, le sang veineux coule de la périphérie au cœur. Au contraire, quand les valvules sont forcées, le sang peut couler indifféremment du cœur aux capillaires et des capillaires au cœur. Dans la saphène, le sang subit alors toutes les pressions de la cavité abdominale ou thoracique.

Cliniquement, voici le signe de Trendelenburg : lorsque le malade est couché, la veine paraît vide; quand on élève la jambe au-dessus du lit, la veine se vide complètement. Mais, si on prie le malade de s'asseoir dans son lit, la veine se gonfle. Elle se gonfle davantage si le malade se met debout. Le malade est couché, la veine est vide; on place le pouce sur l'embouchure de la saphène à la fémorale et on fait lever le malade ; la saphène reste vide. Dès que le pouce est enlevé, la veine se remplit.

Dernier signe donné par Schwartz : la veine étant remplie, on la percute légèrement et on voit l'onde formée par le choc se transmettre régulièrement des deux côtés.

Ces signes sont importants à connaître, car ils fournissent les meilleures indications opératoires.

D'autres indications opératoires sont fournies par les complications, dont les plus importantes sont l'*hémorrhagie* et l'*ulcère*.

Opérations faites pour les varices. — L'opération fondamentale est dirigée contre l'insuffisance valvulaire. Il s'agit de mettre un barrage à la colonne sanguine, qui pèse de tout son poids sur le membre inférieur. Pour cela, on pratique la ligature et l'excision de la saphène. Trendelenburg, qui a repris la vieille opération d'Everard Home, liait primitivement la saphène interne à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse, et sectionnait la veine entre deux ligatures. Il pose maintenant trois ligatures : l'une au-dessus, l'autre au-dessous du condyle interne, et la troisième, au milieu de la cuisse. Schwartz fait quatre ligatures : immédiatement au-dessous de l'abouchement de la veine fémorale, au milieu de la cuisse, au-dessus du condyle

Fig. 20. — Opération des varices d'après Rémy.

interne du fémur et au-dessous du condyle interne du tibia. La cocaïne suffit toujours pour obtenir l'anesthésie. Lucas Championnière, Schwartz, Ricard, Quénu, Delbet et d'autres ont pratiqué ces opérations.

La *ligature étagée* donne ce qu'elle peut donner. Elle transforme les varices à *grande tension* en varices à *faible tension*. Elle rend les varices supportables, et c'est déjà très beau (Delbet). Elle ne guérit pas radicalement les varices. L'opération, grâce à l'asepsie, est inoffensive.

Lorsqu'il existe des paquets variqueux, on peut faire l'*excision*.

On a même pratiqué l'excision des grands lambeaux cutanés quand la peau de la jambe est flasque, sans tonicité, de manière à faire une sorte de *bas naturel* (Schwartz).

L'*ulcère variqueux* est heureusement modifié par ces opérations. En effet, souvent l'ulcère est sous la dépendance de l'insuffisance valvulaire.

Dans les *sciatiques variqueuses rebelles*, on peut faire l'opération de Quénu, c'est-à-dire l'excision des veines variqueuses qui sortent du tronc du sciatique au niveau de l'espace ischio-trochantérien.

Enfin les *phlébites variqueuses* doivent être excisées.

Contre-indications. — Elles sont fournies : 1° par l'état général (âge, maladies); 2° par l'état local (*la cyanose du membre*.

ULCÈRES VARIQUEUX

La pathogénie est très discutée. On a accusé les artères (athérome), les veines (varices), les nerfs (névrite interstitielle de Quénu, provenant des varices des nerfs). L'arthritisme, qui expliquerait toutes les lésions (Reclus et Broca). Enfin l'insuffisance valvulaire de la saphène rend compte d'un grand nombre de faits (Trendelenburg, Delbet).

D'après la pathogénie qu'on a adoptée, on a institué un traitement spécial.

Indications thérapeutiques. — Les indications tirées de la *stase veineuse*, de la pathogénie la plus ancienne, ont conduit aux traitements par le *repos* et la *compression*. On a voulu aussi de tout temps *modifier* la surface de l'ulcère en *excitant* la surface granuleuse, ou en la *modérant*.

Le *repos* doit être absolu, dans le décubitus dorsal, ou, si le malade marche, le repos est réalisé en partie par l'*appareil silicaté*.

La *compression* se fait soit avec des bandelettes de diachylon (Baynton et Ph. Boyer) ou avec la bande élastique (Martin). Les bandelettes de diachylon doivent être larges de 2 à 3 centimètres. Elles doivent s'imbriquer et dépasser la surface de l'ulcère. La bande élastique doit être mise sur toute la jambe, le malade étant couché, après avoir protégé l'ulcère par un pansement. Elle ne doit pas être serrée, mais seulement appliquée. On l'enlève, le soir, en se couchant.

Pour *modifier la surface de l'ulcère*, les anciens se servaient des excitants (styrax, etc.) ou du nitrate d'argent. Actuellement on a recours au thermo-cautère, aux bains chauds à 50 à 55° (Reclus), à la pulvérisation phéniquée (L. Championnière) et surtout aux *pansements antiseptiques humides*.

La *pathogénie par insuffisance valvulaire* a suggéré à Trendelenburg la ligature et la résection de la saphène. Ce traitement a donné d'excellents résultats.

La *lenteur de la cicatrisation* a pu être combattue par les greffes de Thiersch (que nous avons décrites) ou par l'autoplastie suivant la méthode italienne.

Les *sections circonférentielles de la peau* de Dolbeau agiraient, suivant Quénu, en supprimant l'action des nerfs enflammés. L'élongation des nerfs (Chipault) et la dissociation du sciatique (Delbet) ont été récemment préconisées.

En résumé, parmi les *méthodes non opératoires*, on doit mettre en pratique le *repos*, la *compression*, la *balnéation* et l'*antisepsie* de l'ulcère.

Parmi les *méthodes opératoires*, l'*excision de la saphène*, les *greffes* sont à retenir.

Enfin on a préconisé l'*électricité* (Spencer, Wells, Onimus).

C'est par les méthodes non opératoires qu'on doit commencer le traitement. On doit soumettre le malade au repos, exercer la compression, modifier l'ulcère à l'aide des antiseptiques et surtout de la pulvérisation phéniquée, de la balnéation chaude et du thermo-cautère.

Quand l'ulcère a pris un bon aspect, on peut pratiquer des greffes de Thiersch et avoir recours à la résection de la saphène, s'il existe des signes d'*insuffisance valvulaire* (Voyez *Varices*).

Les ulcères annulaires avec lésions profondes du membre nécessitent quelquefois l'*amputation*.

Traitement électrique. — M. Doumer (de Lille) a montré que l'effluvation statique exerce une action thérapeutique très manifeste sur les ulcères variqueux. Le traitement est des plus simples : Il consiste dans l'effluvation de la région à l'aide d'une pointe, le malade étant placé sur un tabouret isolant relié à l'un des pôles de la machine statique. Les séances sont quotidiennes ou tri-hebdomadaires. Elles durent de douze à quinze minutes. Les résultats sont excellents, dans tous les cas où il existe un certain état inflammatoire ; ils sont alors souvent très rapides; moins bons dans les ulcères torpides, scléreux.

LYMPHANGITES AIGUES

Une écorchure ou une plaie au doigt n'est pas bien soignée, elle devient douloureuse, la peau avoisinante devient rouge ou rose pâle. Très rapidement on voit se dessiner sur l'avant-bras des traînées onduleuses rouges, douloureuses à la pression. La douleur s'étend jusqu'à l'aisselle, où l'on peut bientôt distinguer l'engorgement des ganglions. Sous l'influence du traitement, tout cela disparaît, ou bien la tuméfaction de l'avant-bras s'accuse davantage, les phénomènes généraux s'aggravent, et la suppuration s'établit.

Telle est l'histoire banale de la lymphangite qu'on a l'occasion de voir tous les jours. Cette histoire résume d'ailleurs les principales notions de cette maladie; la *porte d'entrée* (écorchure ou plaie), qui donne accès aux microorganismes et surtout au streptocoque. L'inflammation du réseau superficiel (lymphangite réticulaire), à laquelle succède l'inflammation des troncs (tronculaire), superficiels ou profonds. Tout cela aboutissant aux ganglions (à l'adénite) et se terminant par résolution ou par un phlegmon du bras, phlegmon circonscrit ou même diffus.

Si l'on ajoute à cela que la lymphangite peut devenir quelquefois très grave, par suite du mauvais état du sujet ou de la virulence des microorganismes, qu'elle peut même se terminer par gangrène, on aura une idée à peu près complète de la maladie.

La notion qui domine l'histoire de la lymphangite est la notion des microorganismes pénétrant à travers une porte d'entrée. Le *traitement prophylactique* sera donc facile à déduire. Une bonne asepsie de la plaie sera la seule garantie contre la lymphangite.

Mais la lymphangite est constituée. Elle est réticulaire ou tronculaire, elle est superficielle ou profonde. Dès qu'on est appelé, il faut instituer un *traitement curatif double :* 1° du *côté de la plaie ;* 2° du *côté de la lymphangite.*

La plaie sera débridée s'il y a lieu, lavée et aseptisée, avec de l'eau et du savon d'abord, de l'alcool, du sublimé à 1/1.000 ou de l'eau oxygénée. Le fond de la plaie sera touché à l'eau phéniquée forte (5 0/0). Du côté de la lymphangite, on aura recours à la *balnéation antiseptique chaude.* On donnera des bains locaux chauds à la température de 45°-48° pendant une heure matin et soir. Dans le bain préparé avec de l'eau bouillie, on dissoudra une faible quantité de sublimé de manière à ne pas produire d'intoxication (1 p. 4.000). Le membre supérieur ainsi que les pieds ou les jambes seront faciles à plonger dans un récipient *ad hoc.* Pour la cuisse, il n'en sera pas de même. On sera donc privé de ce moyen pour ces régions, et on ne pourra avoir recours qu'à la *pulvérisation* de substances antiseptiques avec un pulvérisateur à vapeur.

Dans l'intervalle des bains, la région sera enveloppée d'un grand pansement humide formé de compresses bouillies, épaisses de seize à vingt doubles, assez larges pour envelopper tout un segment du membre et recouvertes d'un morceau de

taffetas imperméable (gutta percha laminée, ou toile cirée). Le tout sera enveloppé d'ouate et assujetti par une bande.

Ce traitement viendra à bout de la plupart des lymphangites au début.

Grâce à ce traitement, les piqûres anatomiques suivies de lymphangite ont été arrêtées si souvent dans leur développement que les accidents sont devenus rares dans ces dernières années.

On a conseillé l'eau phéniquée. Mais, quand il s'agit des doigts, il faut se méfier de cet agent, qui, mal appliqué, a donné lieu à des gangrènes (*gangrènes phéniquées*).

La *lymphangite profonde avec œdème du membre et mauvais état général* nécessite un traitement plus énergique. Il ne faut pas attendre la suppuration pour intervenir. Dès qu'on est appelé, il y a lieu d'instituer le traitement par la balnéation, et si, au bout de vingt-quatre heures, les accidents ne sont pas amendés, il faut intervenir sous le chloroforme. Parfois l'intervention est encore plus précoce. Endormez le malade, lavez, savonnez la région et, antiseptiquement, faites de longues incisions profondes. Ces incisions ne vous conduiront pas toujours sur un foyer purulent. Elles ouvriront du moins des portes d'entrée aux antiseptiques, feront une saignée locale et calmeront ainsi la douleur. Les incisions seront faites au bistouri pour la peau et l'aponévrose. C'est à la sonde cannelée qu'il faut poursuivre le décollement des tissus plus profonds. Les incisions seront faites sur les régions non dangereuses parallèlement aux vaisseaux. Un pansement aseptique humide complètera l'opération.

Quand l'état général montre une altération profonde, quand on voit qu'on se trouve devant un malade profondément infecté, quand il existe des phlyctènes ou des plaques gangrénées, c'est au *thermo-cautère* qu'il faut avoir recours. C'est à l'aide du thermo qu'on fera les incisions et on les prolongera aussi loin que possible, de manière à dépasser la zone malade.

Une bonne précaution est de circonscrire cette zone avec des pointes de feu profondes, de manière à opposer une barrière à l'envahissement de l'infection.

La balnéation et les compresses humides feront le reste. Mais ici le *traitement général* ne sera pas négligé.

Il faut relever l'état adynamique, donner de la caféine, de l'alcool et surtout faire des injections de *sérum artificiel*.

Dans ces cas on peut aussi essayer les injections de sérum antistreptococcique, sans fonder sur son action de grandes espérances, parce que l'infection étant, en général, mixte, l'action du sérum est peu prononcée.

A la fin d'une lymphangite, on voit parfois apparaître des abcès plus ou moins volumineux ou des petits abcès étagés le long des troncs lymphatiques.

Leur traitement est connu. C'est le traitement des abcès chauds.