§ 2. — Autoplasties incomplètes

Elles sont représentées dans la pratique courante par deux méthodes : celle *à petites greffes épidermiques de J.-L. Reverdin* (1869), et celle *à grandes greffes dermo-épidermiques de Thierch* (1885).

1° Petites greffes épidermiques de Reverdin[1]. — Cette méthode consiste essentiellement à transplanter sur une surface bourgeonnante une série de lambeaux libres qui comprennent seulement l'épiderme et la couche la plus superficielle du derme, et qui ne mesurent pas plus de 4 à 5 millimètres en tous sens.

Elle est indiquée, notamment chez les gens pusillanimes, pour hâter la cicatrisation des plaies et des ulcères. Les greffes elles-mêmes sont caduques, elles n'agissent qu'en provoquant et stimulant l'épidermisation des cellules embryonnaires superficielles des bourgeons charnus. Elles ne constituent donc pas une autoplastie véritable ; et il n'est pas démontré, contrairement à l'opinion de Reverdin et de Johnston, qu'elles préviennent la rétractilité des cicatrices nouvelles, peut-être la diminuent-elles, du moins dans certaines limites. En tout cas, et c'est là une condition de succès fort importante, il ne faut appliquer les greffes épidermiques que sur des bourgeons de bon aloi, que sur des surfaces qui sécrètent simplement une lymphe plastique peu abondante ; ce qui suppose une préparation préalable par l'emploi convenable de la curette tranchante, de la méthode antiseptique, des tropiques excitants (camphre, etc.).

Technique. — Les greffes peuvent être empruntées à une région quelconque de la peau ; Reverdin préfère la face interne de la jambe. Après avoir bien tendu la peau entre le pouce et l'index gauches, engager la pointe d'une lancette à grain d'orge dans une profondeur de un demi-millimètre environ, en la couchant presque parallèlement à la surface cutanée. La pousser en travers, et la faire sortir à 3, 4 et 5 millimètres de la ligne d'entrée. Achever de détacher le petit lambeau en continuant à faire sortir la pointe et en coupant légèrement les extrémités du lambeau l'une après l'autre. — Une petite rosée sanguine couvre aussitôt la plaie. — Porter le lambeau avec la lancette ou une pince fine sur la perte de substance à cicatriser, près de son bord, et l'y étaler avec un stylet mousse par toute la face vive. Faire la même opération une série de fois jusqu'à ce que tout le pourtour ou parfois même tout le plan de la perte de substance soit recouvert par les greffes, celles-ci distantes entre elles de 2 à 3 millimètres. Appliquer sur la partie greffée un pansement antiseptique : soit une lame de gaze iodoformée, puis une feuille de gutta-percha, une bonne couche de coton hydrophile. Enfin, panser les petites plaies d'emprunt, qui se cicatrisent très rapidement.

Le pansement n'est levé qu'au bout de six ou huit jours ; on trouve alors autour de chaque greffe un halo cicatriciel gris ou bleuâtre, pâle, quand l'opération a réussi.

[1] Reverdin, *Arch. gén. de méd.*, 1872. t. I, p. 276.

Pour la taille des petits lambeaux, Heineke se sert d'une pince fine à dents de souris et de petits ciseaux courbes sur plat ; Pollock, de ciseaux particuliers, Ollier, d'un couteau à cataracte. La lancette, recommandée par Reverdin lui-même, nous a toujours paru l'instrument le plus commode. Lorsque la perte de substance à combler est considérable, on procède par séances successives et plus ou moins espacées.

2° Grandes greffes dermo-épidermiques de Thiersch[1]. — Au premier abord, il y aurait une analogie complète entre les greffes de Thiersch et celles d'Ollier ; mais il importe de remarquer que les premières comprennent seulement une partie minime du derme, et surtout qu'elles ont été uniquement prônées pour les pertes de substance fraîches ou avivées, et non pour les plaies granuleuses.

Technique. — S'il s'agit d'une plaie granuleuse ou d'un ulcère, on abrase tout d'abord les bourgeons avec une curette tranchante jusqu'au tissu *ferme* immédiatement sous-jacent aux bourgeons, et l'on fait une hémostase com-

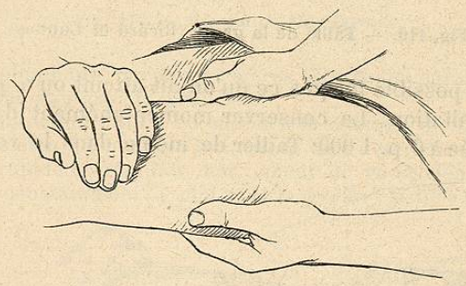

Fig. 109. — Étalement de la peau (Ricard et Launay).

plète en comprimant la surface saignante, pendant cinq à dix minutes, avec un gâteau de coton qu'on a trempé dans de l'eau bouillie salée à 6 p. 1 000 (Thiersch).

On emprunte les lambeaux de préférence sur la face antérieure de la cuisse, du bras, de l'avant-bras ; ils doivent comprendre l'épiderme, la couche papillaire et la couche lisse immédiatement sous-jacente du stroma dermique.

La peau ayant été largement désinfectée suivant les règles ordinaires, la faire tendre, s'il s'agit de la cuisse, par les mains d'un aide, étendues de chaque côté et effacées autant que possible, et la tendre soi-même de la main gauche en embrassant la demi-circonférence postérieure du membre. Prendre de la main droite un rasoir long, large, à face plane, à tranchant rectiligne comme celui qui sert de microtome histologique à main levée ; tracer avec lui deux lignes parallèles suivant le grand axe du membre,

[1] Cf. Thiersch, *Arch. f. klin. Chir.*, 1874. — Plessing, *Ibid.*, 1888. — Juvara, *Presse médic.*, 1898, t. II, p. 323. — Forgue, *Sem. médic.*, 1899, p. 233.

lignes distantes entre elles de 2 à 4 centimètres et qui délimitent nettement chaque lanière; puis faire mordre le rasoir dans la peau, sur la ligne interne, *presque à plat* suivant la longueur du membre, de dehors en dedans, et tailler la lanière par un mouvement de va-et-vient sur la plus

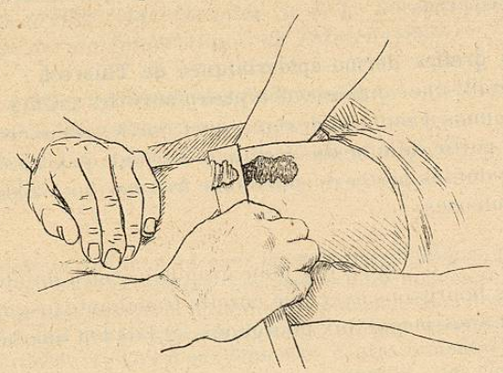

Fig. 110. — Taille de la greffe (Ricard et Launay).

grande longueur possible jusqu'à ce qu'on ait atteint ou à peu près la ligne interne de délimitation. La conserver momentanément dans un plateau rempli d'eau salée à 6 p. 1 000. Tailler de même dans le voisinage d'autres

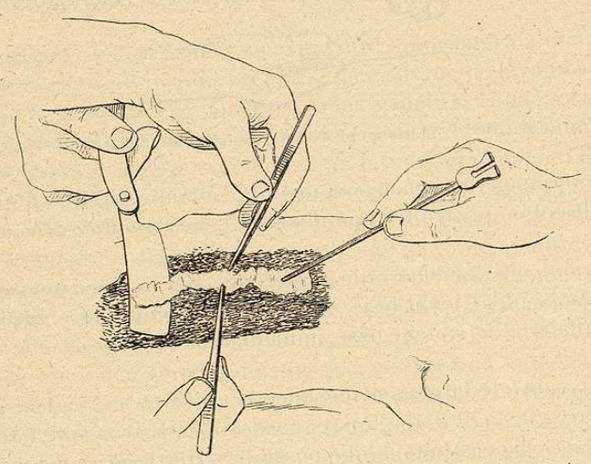

Fig. 111. — Mise en place de la greffe (Ricard et Launay).

lanières, et les immerger dans le susdit bain provisoire. Lorsqu'on croit avoir un nombre suffisant de lanières, les retirer l'une après l'autre du bain, les transporter sur la plaie à couvrir et les y étaler avec soin au moyen d'instruments mousses (stylet, sonde cannelée), en imbriquant leurs bords. Au besoin, tailler d'autres lanières de la même façon, et les transporter sur la

plaie. Pansement humide de la plaie ainsi greffée et bien immobilisée par un bandage compressif. Pansement sec des plaies d'emprunt.

La taille des lambeaux peut se faire d'autres manières. Ainsi, pour Heydenreich, le procédé le plus commode, c'est d'appuyer le plat du rasoir sur la peau préalablement tendue et d'imprimer à l'instrument le mouvement de scie, sans que son plat abandonne le contact de la peau. « Il est vrai qu'il trouve préférable des lambeaux plus minces que ceux de Thiersch, ne comprenant autant que possible que l'épiderme et le corps muqueux de Malpighi. On taille facilement ainsi des lanières ayant une longueur de 10 centimètres et davantage encore et une largeur de 1 à 2 centimètres. »

Mac Burney, après avoir tendu ou fait tendre la peau au moyen de râteaux spéciaux (fig. 112 et 113), et après avoir délimité la largeur de la lanière, comme

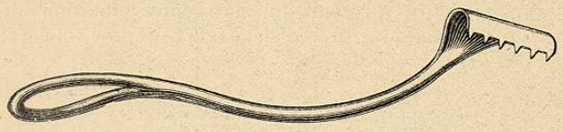

Fig. 112. — Râteau de Mac Burney.

nous l'avons dit plus haut, par deux légères estafilades parallèles, la taille de bas en haut comme en *pelant* la peau.

Forgue (de Montpellier), qui a vu opérer à la clinique de Thiersch, taille, au contraire, les lanières de haut en bas, sur la face antérieure et externe de la cuisse, « par un rapide et régulier mouvement de va-et-vient, *en archet*, de la lame maintenue constamment à plat ». Si la greffe est bien taillée, un ruban

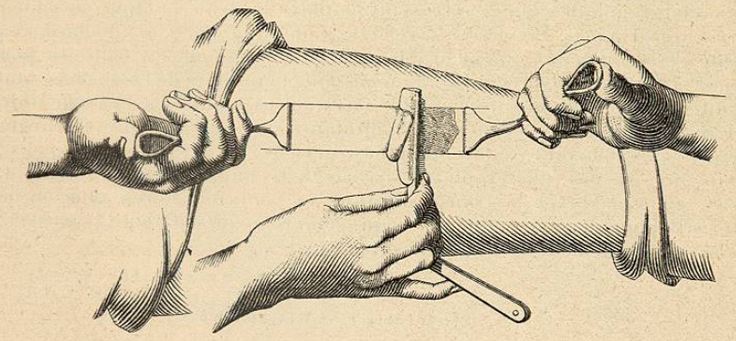

Fig. 113. — Procédé de Mac Burney pour la taille des lambeaux dermo-épidermiques.

ayant partout la même longueur — un travers de doigt environ — finement dentelé, non opaque, blanc rosé, se ramasse par plis réguliers sur la lame; au fur et à mesure la main gauche qui tend la peau (du côté de la rotule) se recule pour maintenir une tension égale, devant la marche du rasoir; on arrête le lambeau à la longueur convenable, en relevant d'un coup net le tranchant appuyé sur le pouce. On peut arriver à tailler des lanières, d'une belle régularité, de 15 à 25 centimètres.

Thiersch n'emploie comme antiseptique que de l'eau bouillie, salée à 6 p. 1 000, afin de ne pas compromettre la vitalité des greffes; Tillmanns agit de même, et

M. GUILLOT
LIBRERIA - MEXICO

couvre la plaie, non avec des bandelettes de protective, comme Thiersch, mais avec un papier d'étain trempé dans l'huile d'olive et préalablement désinfecté dans le sublimé. D'autres chirurgiens, au contraire (Socin, Monod, Delagénière, Eiselsberg, etc.), ont fait usage sans inconvénient des antiseptiques ordinaires. La question du pansement semble donc indifférente, pourvu que la plaie soit suffisamment immobilisée et maintenue aseptique.

Les résultats obtenus par Thiersch lui-même jusqu'en 1888 (Mém, de Plessing) étaient les suivants : sur 78 greffages, 58 succès immédiatement à peu près complets, 12 succès partiels, 8 insuccès qui ont nécessité une nouvelle opération. Aujourd'hui, la méthode a fait partout ses preuves et est considérée comme une précieuse ressource.

Il est pourtant juste d'ajouter que Socin et Ch. Monod sont arrivés à d'aussi beaux résultats, en employant de larges greffes purement épidermiques. Nous en conclurions avec Heydenreich « que le point capital de l'opération de Thiersch consiste, non dans la nature du lambeau, mais dans l'ablation totale des bourgeons charnus et dans l'application de la greffe sur une surface saignante et unie ».

II. — HÉTÉROPLASTIE

Quelques lignes seulement seront consacrées à l'hétéroplastie, ne fût-ce que pour donner une idée générale du cadre de l'anaplastie tégumentaire.

Pour la pratiquer, tantôt on emprunte l'étoffe réparatrice à un autre homme, vivant ou récemment mort (Prudhomme, Girdner, Ollier), au membre frais d'un amputé (B. Anger, Esmarch, etc.), c'est l'*hétéroplastie inter-humaine*, la meilleure de toutes ; tantôt on utilise la peau de certains animaux, l'hétéroplastie peut être alors qualifiée d'*interzoo-humaine*. C'est ainsi que Petersen, Baratoux et Dubousquet-Laborderie, Tédenat, Grange, ont obtenu d'heureux résultats avec la peau de grenouille ; que d'autres ont employé la peau de lapin, de chien, de cobaye ; que Thomas Raven a essayé celle d'un jeune porc ; que Redard a expérimenté et recommandé la peau fine qui est au-dessous de l'aile du poulet ; qu'Amat a récemment préconisé la membrane coquillière de l'œuf. Mais, malgré leur intérêt incontestable, il ne semble pas que ces tentatives de greffe animale aient rencontré encore beaucoup d'imitateurs dans la pratique chirurgicale. Elles peuvent, pourtant, rendre quelques services.

Dans tous les cas, l'hétéroplastie n'a pas de technique propre, ou plutôt elle consiste simplement en la transplantation de lambeaux libres, plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus, et qui comprennent soit toute l'épaisseur de la peau, soit seulement ses couches superficielles.

III. — CICATRICES VICIEUSES

Ces cicatrices sont presque toujours consécutives à des traumatismes accidentels, et le plus souvent, alors, à des brûlures. Elles sont vicieuses : 1° par leur forme (*cicatrices déprimées, cicatrices saillantes*) ; 2° par leurs connexions (*cicatrices adhérentes*) ; 3° par les difformités qu'elles ont entraînées (*difformités cicatricielles*). Ces difformités comprennent, à leur tour, un grand nombre de lésions qu'on pourrait d'abord classer ainsi qu'il suit : 1° *déviations* d'organes ou d'orifices naturels : pieds bots, mains botes, torticolis, ectropion palpébral, ectropion labial, fente palpébrale, bouche, etc. ; 2° *sténoses ou atrésies* des orifices naturels : constriction des mâchoires, blépharophimosis, ankyloblépharon, microstomie, etc. ; 3° *soudures* membraniformes ou complètes, telles que celles des doigts entre eux, ou des doigts avec la paume ou même le dos de la main ; celle du

bras avec le tronc ; de l'avant-bras avec le bras, du menton avec le sternum, etc. Mais, à un point de vue général, il nous paraît préférable de distinguer simplement : les *difformités par bride ou palmature cicatricielle* et les *difformités par rétrécissement cicatriciel*.

1° Cicatrices déprimées. — On les trouve sur tous les points du corps, généralement à la suite de pertes de substance traumatiques ou inflammatoires. Mais c'est uniquement sur les points découverts (mains, cou, face) qu'elles peuvent devenir un sujet d'intervention opératoire quand elles sont trop disgracieuses, c'est-à-dire trop apparentes.

Il ne sert de rien de les détacher avec un fin ténotome passé sous elles, ce qu'on nommait jadis la *kiotomie sous-cutanée* ; fatale est la récidive. Le moyen curatif le plus sûr, mais naturellement toujours au prix d'une cicatrice linéaire plus ou moins longue, est l'excision régulière de toute la cicatrice, suivie de la réunion à double étage des parois de la plaie, lorsque la cicatrice siège sur des parties molles.

On peut utiliser souvent avec avantage les injections sous-cutanées de paraffine, suivant la technique qui sera décrite page 678, pour la restauration du nez.

Lorsque la cicatrice est enfoncée dans du tissu osseux (évidements pour ostéomyélites), Delangre (de Tournai), a recommandé le plombage à l'aide d'un mélange de trois parties de paraffine pour une partie d'iodoforme. Chaput[1] a, pareillement et avec succès, comblé les cavités osseuses avec un lambeau graisseux, emprunté à la fesse ou à la paroi abdominale.

2° Cicatrices saillantes. — Que les saillies de ces cicatrices soient de l'hypertrophie simple ou chéloïdale — la distinction n'est pas toujours aisée d'avance, — il n'y a lieu d'opérer, comme dans les cas précédents, que les cicatrices découvertes, vraiment désagréables ; avant l'opération, si on l'a jugé utile, on a régulièrement essayé le traitement général et les topiques résolutifs (emplâtres de Vigo, compression, etc.).

L'opération consiste en l'exérèse sanglante, soit de toute la cicatrice, soit seulement de ses parties les plus exubérantes ; on la complète, dans la même séance, par la réunion immédiate, ou, si la plaie est trop étendue, par les lambeaux de Thiersch.

3° Cicatrices adhérentes. — Ces cicatrices ne donnent quelquefois lieu à l'intervention que lorsqu'elles sont très douloureuses, névralgiques, qu'elles sont le siège d'ulcères rebelles ou à répétition, qu'elles gênent sensiblement les fonctions de muscles ou de tendons. Dans les deux premiers cas, on traite les névralgies et ulcères comme les lésions analogues des moignons d'amputation. Dans le dernier cas, on pourrait songer tout d'abord à libérer les muscles ou tendons par la kiotomie sous-cicatricielle ; mais cet affranchissement, quand il est praticable, n'a qu'une durée des plus éphémères. Il vaut mieux enlever la cicatrice, la remplacer aseptiquement par de la peau normale, d'après la méthode autoplastique la plus commode, et soumettre les muscles et tendons à des mouvements aussi précoces que possible, pour être encore plus sûr d'éviter leur ressoudure.

4° Difformités par brides ou palmures cicatricielles. — Soit une bride plus ou moins courte et épaisse qui renverse la paupière inférieure vers la joue, ou la lèvre inférieure vers le menton, ou qui maintienne un doigt fléchi dans la paume de la main ; ces exemples suffisent pour faire comprendre le traitement

[1] Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 2 mars 1904, p. 274.

qui convient aux cas analogues de tout siège. L'organe dévié ne peut évidemment reprendre sa direction que si l'on coupe sur un ou plusieurs points la bride qui le sous-tend. Mais on sait que les sections de tissu cicatriciel sont toujours suivies, quoi qu'on fasse, d'une cicatrice au moins aussi *rétractile* que ce tissu, de sorte que la récidive est inévitable, parfois pire que la lésion primitive. Il s'agit d'arriver au même résultat, le redressement permanent de l'organe, en éludant cette fatalité. Pour cela, on opérera suivant l'une des deux méthodes suivantes : 1° *la dissection d'une ou des deux extrémités de la bride;* 2° *l'excision totale de la bride, suivie du comblement de la perte de substance par l'autoplastie.*

Le procédé que Warthon-Jones a introduit dans la pratique pour l'ectropion cicatriciel (fig. 114) est un type de la première méthode. On limite l'extrémité inférieure de la bride par deux incisions convergentes en pleine peau saine ; on

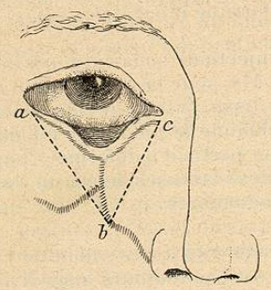

Fig. 114. — Méthode de Wharton Jones.

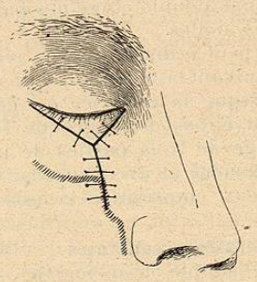

Fig. 115. — Même opération ; suture au-dessous du lambeau disséqué.

la détache du tissu conjonctif sous-jacent le plus haut possible, puis on réunit au-dessous de sa pointe rétractée les lèvres des incisions convergentes (fig. 115). Nous avons appliqué le même procédé pour la lèvre inférieure, pour les doigts; on peut l'appliquer avec le même succès pour d'autres organes. Lorsque la région le permet, la dissection des deux extrémités de la bride donne naturellement plus de garantie contre la récidive. Mais celle-ci est encore à craindre, quoique à un degré très faible, quand on conserve le tissu cicatriciel. Ce tissu continue parfois, en outre, à faire un relief plus ou moins gênant ou disgracieux.

Somme toute, quand on a le choix, c'est la seconde méthode qui mérite la préférence. C'est la seule qui assure la cure radicale.

Pour les palmures ou symphyses membraniformes qui se sont faites, par exemple, entre deux doigts, entre le bras et la poitrine (fig. 116), entre les divers segments d'un bras, entre l'abdomen et les deux cuisses (fig. 117), il n'y a qu'une méthode générale : *la division médiane des palmures à fond ou leur excision triangulaire à fond, toujours suivie de la réunion immédiate au sommet de la plaie* ; cette réunion immédiate est, en quelque sorte, la clé de voûte de l'opération : lorsqu'on l'a omise ou qu'elle a échoué, la récidive a lieu constamment, et constamment elle se produit du sommet à la partie inférieure de la plaie. Quant aux procédés afférents à cette méthode, ils varient nécessairement, d'abord, suivant la manière dont on pourra réaliser la réunion du *sommet de la plaie;* pour l'obtenir — qu'on le sache bien d'avance — il n'y a point à compter sur la coaptation, lèvre à lèvre, des angles, ceux-ci étant trop écartés; on n'y réussira que par l'interposition soit d'un lambeau cutané voisin ou distant, soit de lambeaux libres de Thiersch, et encore faudra-t-il que les tissus de

la palmure *sous lesquels* se feront ces greffes soient suffisamment vasculaires, saignants, vivaces : s'ils sont formés de tissu cicatriciel calleux, il sera nécessaire de les exciser préalablement, jusqu'à ce qu'on ait trouvé des tissus aptes à vivre et, par conséquent, à se réunir aux transplants. Le choix entre ces derniers dépendra des rapports topographiques de la palmure; cependant, nous

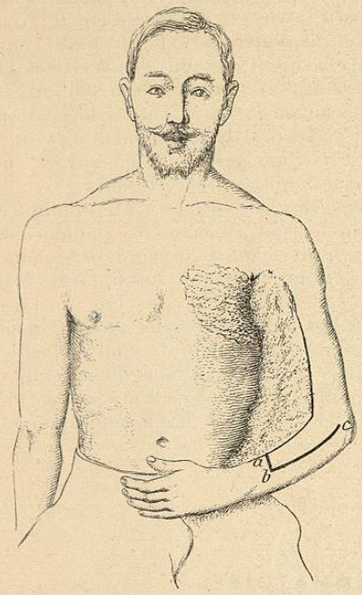

Fig. 116. — Symphyse cicatricielle, suite de brûlure, entre le bras et l'avant-bras (Chalot).

Le lambeau *a*, *b*, *c*, après incision totale de la palmure, a été mobilisé en travers au-devant du pli du coude.

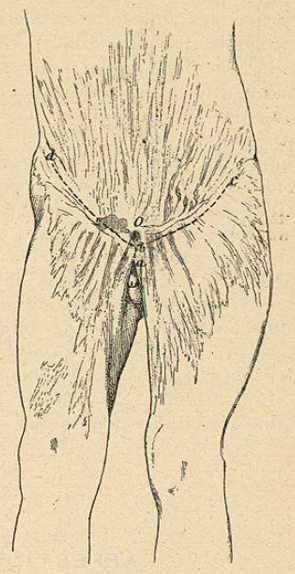

Fig. 117. — Symphyse cicatricielle, suite de brûlure, entre l'abdomen et les deux cuisses (Chalot).

Les lignes *ab*, *bc*, *bd* indiquent la diérèse initiale de la double palmure. Cicatrice ombilicale O.

estimons qu'en principe les lambeaux de Thiersch doivent être employés de préférence, à cause de la simplicité technique aussi bien que de la liberté entière de l'opéré : avantages considérables sur lesquels avait déjà insisté également le professeur Heydenreich (de Nancy) [1].

Les procédés varieront encore, en second lieu, suivant la manière dont on traitera les *pans mêmes de la plaie*. Ceux-ci pourraient être abandonnés au bourgeonnement. Mais il est infiniment préférable de les couvrir par l'autoplastie, notamment par les lambeaux de Thiersch.

Quelquefois les brides ou palmures cicatricielles sont telles, ou les troubles fonctionnels qui en résultent sont si considérables, que la mutilation doit prendre la place de la chirurgie réparatrice.

5° Difformités par rétrécissements cicatriciels. — Lorsqu'une ouverture naturelle est plus ou moins rétrécie par du tissu cicatriciel, la simple section de son pourtour ne donne qu'un agrandissement temporaire ; la dilatation mécanique

[1] Heydenreich, *Congrès fr. de chir.*, 1888, p. 43.

qu'on emploie pour maintenir cet agrandissement devient elle-même, bientôt, absolument impuissante. Ces faits ont été bien connus de tout temps ; mais, ce qu'on n'a guère connu jusque vers le milieu de ce siècle, « c'est la méthode opératoire qui permet d'obtenir une ouverture plus large et *permanente*. On la doit à Werneck.

« Ce chirurgien, nous dit J. Rochard, fut appelé à traiter un homme de trente-cinq ans chez lequel l'ouverture buccale avait été convertie en un *trou calleux* par des adhérences cicatricielles résultant d'ulcères syphilitiques. Tous les efforts tentés pour dilater cette ouverture avaient été inutiles. Werneck la débrida des deux côtés pour introduire le doigt et abaisser la mâchoire ; il coupa ensuite la peau à droite et à gauche en forme d'ellipse, enleva la portion circonscrite, en ménageant avec soin la muqueuse qu'il disséqua ensuite et qu'il rabattit sur les bords de la division où il la fixa par des points de suture ; la réunion se fit très bien, et la guérison fut parfaite au bout de dix jours. »

L'idée qui a dirigé ce procédé de *stomatoplastie par ourlage* a été appliquée maintes fois, depuis lors, soit encore à la bouche, soit à l'ouverture palpébrale, aux narines, au méat urinaire, à l'anus, à la vulve, au col utérin. On a même imaginé des anaplasties où l'ouverture est maintenue béante aussi large que possible, par un ou par deux lambeaux qui sont intercalés dans une ou dans les deux commissures de cette ouverture. C'est ainsi que nous avons recommandé nous-même la taille d'un lambeau commissural pour la canthoplastie. Des opérations analogues ont été faites par S. Pozzi, par nous-même et par d'autres chirurgiens, en gynécologie. Nous n'insistons pas davantage, le principe du traitement opératoire des sténoses cicatricielles étant suffisamment posé dans les lignes précédentes.

IV

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

I. — ABCÈS CHAUD, PHLEGMON DIFFUS

Manuel opératoire de l'oncotomie. — Avant cette petite opération, que nos prédécesseurs avaient nommée l'*oncotomie*, il y a *toujours* à prendre les précautions antiseptiques ordinaires : *propreté de l'instrument choisi* (lancette, bistouri), *propreté de nos mains*, *désinfection large de la peau* qui recouvre l'abcès et ses alentours. L'anesthésie locale à la cocaïne ou au chloréthyle est toujours utile et devient nécessaire, si l'abcès est étendu, si la peau est encore épaisse à son niveau, si une incision régulière paraît mieux indiquée qu'une simple ponction.

1. **Ponction.** — Un coup de pointe de bistouri, légèrement relevée en sortant sur le point le plus saillant et le plus mince, donne immédiatement issue au contenu de l'abcès.

Avant la ponction, il ne faut jamais négliger de constater qu'elle va bien porter sur l'abcès, non sur une veine ou une artère sous-cutanée. Après la ponction, on exprime doucement le pus par l'ouverture, sans chercher à l'évacuer complètement par des pressions répétées et plus ou moins douloureuses, qui déterminent, en outre, l'hémorragie de nombreux petits vaisseaux ; *on ne fait point de lavage* dans la cavité suppurante ; on y installe un petit drain ou une fine mèche de gaze, et l'on applique un nouveau pansement humide, qui reste vingt-quatre à quarante-huit heures, à moins de complication révélée par la douleur locale et la fièvre. La mèche se supprime le *plus tôt possible*, à l'un des pansements suivants, selon le retrait de la cavité et la quantité décroissante de séro-pus qui en émane. Il ne reste bientôt qu'une masse d'induration, de jour en jour plus restreinte et plus ferme, et enfin qu'une cicatrice linéaire, peu apparente ; analogue à celle de la saignée.

2. **Incision.** — L'incision, dont la longueur varie de 3 à 6 centimètres, quelquefois plus, mais qu'il est préférable, pour la cicatrisation, de faire le moins longue possible, — se pratique avec le bistouri. Elle convient aux abcès chauds volumineux, à ceux qui sont recouverts d'une peau épaisse, à ceux qui peuvent s'être prolongés sous l'aponévrose générale d'enveloppe ou provenir, en bouton de chemise, des parties sous-aponévrotiques.

On divise la peau selon le grand axe de la collection purulente, d'un bout à l'autre, en son milieu, et aussi, autant que possible, selon le grand axe du membre, si l'on opère sur un membre. L'incision, sur toute sa longueur, est suivie d'une hémorragie abondante ; on réprime cette hémorragie par la compression directe et par l'élévation verticale. Puis on divise le tissu graisseux sous-cutané, avec ou sans le concours d'une sonde cannelée, jusqu'à ce que l'abcès soit largement ouvert. Au besoin, on jette des pinces à forcipressure sur quelques grosses veines qui donnent. Lorsque le pus est évacué, on vérifie au moyen de l'index s'il existe ou non une perforation qui conduira plus ou moins profondément sous l'aponévrose, et on la débride à son tour, si c'est nécessaire, mais avec des instruments mousses, tels que une forte sonde cannelée ou une pince à forcipressure. On termine l'opération par le drainage, avec léger tamponnement antiseptique, puis par un pansement humide. La plaie qui reste est ensuite conduite jusqu'à la cicatrisation complète suivant les règles ordinaires. Au bout de quelques jours, il est permis de tenter l'abréviation du processus cicatriciel par la suture progressive des commissures.

Le pronostic est autrement grave dans le phlegmon diffus. La méthode thérapeutique est, au fond, la même que pour l'abcès circonscrit : *incision* et *désinfection*.

Qu'on n'attende point la fluctuation sous le pansement humide pour prendre le bistouri. Dès que la forme allongée du gonflement, son extension continue et rapide, la rougeur foncée de la peau, son état pâteux, permettront de poser définitivement le diagnostic — au plus tard, le troisième jour, — il faut débrider largement la peau *jusqu'à l'aponévrose*, soit par quelques longues incisions (8-12 à 15 centimètres), soit mieux par un nombre plus considérable d'incisions moyennes, placées au-dessus et à côté les unes des autres ; seulement, ces dernières ne doivent pas être trop rapprochées, de peur de sphacèle des ponts de peau intermédiaires.

Nous pensons qu'il vaut mieux faire les incisions au bistouri qu'au thermocautère.