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.

Après les incisions, on garnit les plaies de bandelettes de gaze imbibée d'un antiseptique ou d'eau oxygénée, on enveloppe la région de compresses de gaze également humide, et l'on enveloppe le tout, en position élevée, d'un imperméable et d'un bandage roulé. Ce pansement est changé le plus souvent possible.

Thiriar (de Bruxelles) a récemment insisté sur les bons effets de la *méthode oxygénée*. On la réalise pratiquement : 1° en injectant de l'oxygène pur dans les tissus au niveau et autour du foyer malade, à l'aide d'une aiguille-trocat montée sur un tube aboutissant à un réservoir d'oxygène sous pression ; 2° en disposant dans la plaie et dans le pansement un ou plusieurs drains très longs, dont l'extrémité, laissée hors du pansement, s'adapte par un tube de verre à un tuyau de caoutchouc aboutissant lui-même à un réservoir d'oxygène sous pression (obus ou ballon de caoutchouc). Plusieurs fois par jour on fait ainsi passer un courant d'oxygène dans la plaie et dans le pansement.

## II. — ANTHRAX

Nombre de chirurgiens tendent aujourd'hui, pour l'anthrax comme pour le furoncle, à conseiller seulement un pansement humide pendant la période d'induration. Tout au plus, au moment de l'issue des bourbillons, peut-on la faciliter en débridant au bistouri sous anesthésie locale ou générale au chlorure d'éthyle. Avec les pinces, on extirpe doucement les tissus sphacélés et on panse à l'eau oxygénée.

**1° Incision**. — Anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline, ou générale au chlorure d'éthyle. Antisepsie de la région. Avec le thermocautère de préférence, par une série de débridements rayonnés, ouvrir largement l'anthrax en tous sens, en allant en profondeur jusqu'à la couche sous-anthracoïde, jusqu'à l'aponévrose et en poursuivant tous les décollements. Avec les ciseaux ou la curette tranchante, enlever toutes les parties sphacélées et anthracoïdes. Seringuer à l'eau oxygénée ; drainer ; bourrer lâchement avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée ou de la gaze au peroxyde de zinc.

La méthode oxygénée de Thiriar (voir plus haut) est ici particulièrement indiquée.

Soigner l'état général du malade : stimulants et toniques de tout ordre.

**2° Extirpation**[1]. — Proposée par Broca en 1865, par Léon Labbé en 1881, elle a été tout récemment chaudement préconisée par Reboul et Delaunay, dont nous résumerons la technique.

*a*. **Anthrax ligneux**. — Incision longitudinale, cruciale ou elliptique très large. Disséquer les lambeaux cutanés et les récliner jusqu'à la limite de la partie infectée et lardacée. Exciser très minutieusement et très complètement les masses anthracoïdes en emportant la zone de tissu cellulaire et l'aponévrose qui entourent l'anthrax. Laver à l'eau oxygénée. Drainer. Réunir les lambeaux par des sutures profondes et superficielles. On obtient souvent la réunion immédiate. En tout cas, la tension douloureuse et les souffrances cessent aussitôt.

[1] Reboul, *Arch. prov. de chir.*, 1er octobre 1904, p. 608. Delaunay, *Soc. de l'internat des Hôp. de Paris*, 23 mars 1905.



*b*. **Anthrax ordinaires**. — Pour les petits et les moyens, l'extirpation sera très simplement pratiquée à l'aide d'une incision longitudinale ou elliptique. Pour les anthrax très étendus, on fera une longue incision suivant leur grand axe. A l'aide d'autres incisions transversales perpendiculaires à la précédente, on relèvera des lambeaux cutanés pour découvrir et extirper à l'aise les masses anthracoïdes. Lavage à l'eau oxygénée ; hémostase. Les lambeaux cutanés sont alors rabattus sur la plaie et maintenus à l'aide d'un pansement compressif à l'eau oxygénée ou au peroxyde de zinc. En ce cas aussi, la méthode oxygénée de Thiriar trouve son application.

## III. — ABCÈS FROID

**Extirpation de l'abcès**. — Ce moyen curatif, spécialement recommandé par Lannelongue, est certainement le meilleur : il guérit d'une façon sûre et en une seule séance.

Après anesthésie générale, toutes précautions antiseptiques prises, l'ischémie étant faite par un simple tube de caoutchouc, faire une incision purement cutanée et qui suive le grand axe de la tumeur, disséquer successivement les deux lèvres de l'incision, en évitant d'entrer dans la poche avec la pointe du bistouri.

Puis, quand on est arrivé circulairement à la base d'implantation, circonscrire celle-ci toujours au bistouri, même en entamant l'aponévrose. Décoller celle-ci ; diviser, au besoin, quelques travées fibreuses allant dans les muscles ou leurs interstices.

La dissection finie et la poche, par conséquent, enlevée en bloc sans effraction, comprimer la plaie avec des tampons de gaze, mettre le membre en élévation verticale, faire enlever le tube ischémique ; au bout d'une minute ou deux, cesser la compression, et lier à la soie très fine les quelques vaisseaux qui donnent. Toilette de la plaie. Enfin, réunion totale de ses lèvres et pansement sec. La réunion a lieu par première intention.

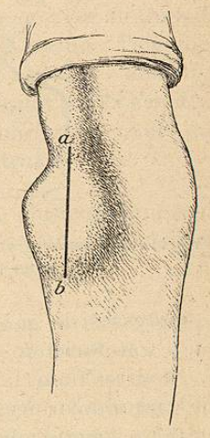

Fig. 118. — Extirpation d'un abcès froid.
*ab*, ligne d'incision.

Telle est l'opération idéale. Mais on sait par expérience qu'il n'est pas toujours possible d'éviter l'ouverture accidentelle de la poche, ni de la disséquer en une seule pièce. Parfois même, quand la peau est très amincie par la distension ou la tendance ulcérative de la poche sous-jacente, on se voit

obligé de l'exciser sur une étendue variable en même temps que la poche. Dans tous ces cas, — pour prévenir, autant que possible, les inoculations nouvelles des tissus cruentés par la matière tuberculeuse, — il est nécessaire d'absterger soigneusement la plaie, avant de la fermer, avec des compresses de gaze trempées dans la solution faible de Lister ou dans la liqueur de van Swieten.

Malgré sa valeur supérieure, l'extirpation n'est, cependant, applicable qu'à un petit nombre d'abcès, aux abcès peu volumineux et réguliers du tronc et des membres.

**Incision et curage.** — Associés, l'incision et le curage représentent le moyen le plus général de traitement sanglant; on peut même l'employer systématiquement dans tous les cas.

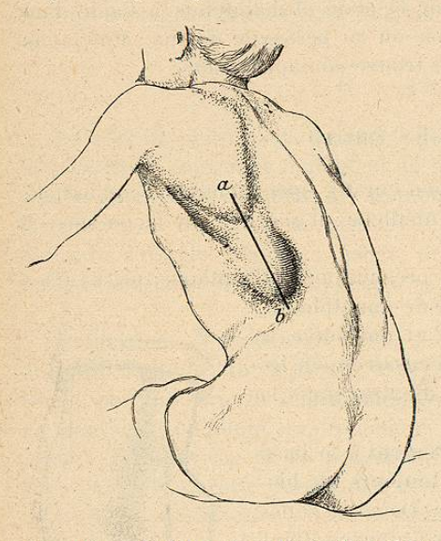

Fig. 119. — Incision et grattage d'un abcès froid sous-scapulaire.

Après désinfection du champ opératoire, faire une incision de la peau *ab*.

Dans la même direction, fendre en haut le tissu cellulaire et les muscles, en bas le tissu cellulaire sortant. On est aussitôt en pleine cavité de l'abcès.

Pendant que les bords de l'incision sont fortement réclinés et soulevés à droite et à gauche vers le milieu au moyen de deux érignes de Museux, curer *régulièrement*, jusqu'au vif, toute la paroi limitante, sans négliger la moindre plaque de membrane tuberculogène, sans omettre le moindre diverticule ou recoin de la cavité. Absterger cette dernière avec des compresses de gaze, libres ou montées sur pince, trempées dans le Lister ou le van Swieten.

Bourrer toute la cavité de haut en bas, avec une longue et large mèche de gaze iodoformée, dont le chef terminal est amené au dehors, en guise de drain, à l'angle inférieur de la plaie cutanée; puis, au-dessus du bout sortant, réunir toute la plaie par des points de crin. On peut aussi, après le curage, faire directement la réunion totale, et se contenter d'un pansement compressif, avec ou sans drain déclive. Nous préférons le bourrage iodoformé, en cas d'autre inoculation opératoire.

On enlève la mèche, au bout de huit jours environ. Reste une fistule qui se ferme après un temps variable. Les récidives sont très rares.



**Injections modificatrices à demeure.** — (*Ether iodoformé, naphtol camphré, eau oxygénée*). — Aux procédés sanglants, plusieurs chirurgiens préfèrent ceux qui ont pour but de stériliser les abcès froids au moyen de substances bactéricides qu'on abandonne dans leur intérieur.

Les uns, à l'exemple de Verneuil, emploient l'*éther iodoformé* à 5-10 p. 100; en se volatilisant, l'éther porte l'iodoforme sur toute l'étendue de la membrane tuberculogène.

D'autres, ont employé le *naphtol camphré* (Reboul, Calot), aujourd'hui rejeté presque complètement, car on compte actuellement douze cas de morts, à la suite de son emploi même à dose prudente (Guinard[1]). Calot[2] prétend que le naphtol « véritable curette chimique » ne peut être remplacé par aucun autre médicament et qu'on évitera tout accident : 1° en ne l'injectant jamais en tissu sain ni dans les synoviales; 2° en ne se servant que de naphtol camphré fraîchement préparé, mélangé à de la glycérine; 3° en ne dépassant jamais II à XV gouttes chez l'enfant et XV à XXX gouttes chez l'adulte. Désesquelle[3] réduit même la dose à IV gouttes chez l'enfant et VIII gouttes chez l'adulte.

Luton injecte dans la poche 5 grammes d'un mélange de une partie d'eau oxygénée à 12 volumes pour trois parties d'une solution de phosphate de soude à 1 p. 10.

Quelle que soit la substance préférée, la petite opération comprend trois temps : l'*évacuation de la poche*, le *lavage*, enfin l'*injection elle-même*.

1° **Évacuation.** — Après désinfection soigneuse de la peau, avec un trocart gros ou moyen de Potain ou Dieulafoy, on ponctionne la poche : l'aiguille doit piquer en peau saine et arriver à l'abcès, suivant un trajet très oblique. Quand le contenu est fluide, séro-purulent, il s'écoule aussitôt par la canule; dans le cas contraire, pour faciliter son issue, on débouche la canule au moyen d'un stylet mousse qui refoule les grumeaux obstruants.

2° **Lavage.** — La poche une fois vidée, on y pousse, à plusieurs reprises, de l'eau stérilisée ou de l'eau phéniquée à 1 p. 100, qui est évacuée chaque fois après une douce malaxation.

3° **Injection médicamenteuse.** — Lorsque l'eau de lavage revient transparente, on injecte le mélange antiseptique choisi. Si l'on emploie l'éther iodoformé, on injecte de 10 à 20 grammes. L'éther se volatilise presque aussitôt dans la poche et la distend au plus haut degré; on bouche la canule pendant quelques minutes, puis on laisse échapper les vapeurs d'éther, avant de retirer la canule. On couvre la piqûre de l'abcès avec du collodion iodoformé.

Une seule injection est rarement suffisante pour la guérison. Il en faut

[1] Guinard. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 mai 1904.
[2] Calot, *Ibid.* 14 décembre 1904. — Cazin et Hallion, *Sem. médic.*, 28 décemb. 1904. p. 417.
[3] Désesquelle *Soc. de Thérap.*, 11 janvier 1905.

ordinairement plusieurs, qu'on renouvelle aussitôt que la poche est de nouveau remplie. On doit éviter soigneusement toute distension de la peau. C'est ainsi qu'on évitera la fistulisation de l'abcès.

## V

## AFFECTIONS DIVERSES

### I. — ANGIOMES, TACHES ET TUMEURS ÉRECTILES

La cure radicale des taches, tumeurs érectiles et angiomes comporte les mêmes méthodes de traitement : l'*extirpation*, l'*ignipuncture*, les *injections sclérogènes* de Lannelongue, l'*électrolyse*. Le choix entre ces méthodes varie suivant la forme et l'étendue des angiomes et, aussi dans une certains mesure, suivant les préférences personnelles du chirurgien.

#### § 1. — Taches érectiles

*a*. C'est l'*électrolyse* qui constitue incontestablement leur traitement par excellence ; elle est même à peu près le seul moyen applicable aux taches qui ont de très grandes dimensions. C'est généralement l'action du pôle positif qu'on utilise pour la cure des angiomes sous le nom de *monopuncture positive*.

**Manuel opératoire de l'électrolyse**. — On se sert : 1° de fines aiguilles en acier ou en or, recouvertes de vernis à quelques millimètres au-dessus de leur pointe ; 2° d'une pile au bioxyde de manganèse ou chlorure d'argent, pourvue d'un galvanomètre qui indique le nombre d'éléments ou milliampères employé. Le rhéophore négatif porte à son extrémité une plaque d'étain recouverte de peau de chamois, ou une poignée qu'on fait tenir au malade.

Soit, par exemple, un nævus de la face à traiter. Le nævus ayant été désinfecté à la manière usuelle, l'aiguille du galvanomètre étant mise à zéro, appliquer la plaque de l'électrode négative sur le ventre ou sur une cuisse après avoir mouillé la peau de chamois ; enfoncer dans le nævus les aiguilles stérilisées au préalable, et les mettre en communication avec le fil du pôle positif à l'aide de petites serre-fines. Donner le courant et tourner la manette à partir du 0 jusqu'à ce que la déviation de l'aiguille du galvanomètre indique le nombre voulu de milliampères. Boudet ne dépasse point 20 à 25 milliampères, s'il y a moins de trois aiguilles ; Redard se contente ordinairement de 10 à 18 milliampères. Il n'est, du reste, point nécessaire de mesurer le courant, si l'on observe ce qui se passe au bout des aiguilles : dès que la collerette blanche qui s'est formée autour d'elles, après vingt ou trente secondes, atteint un rayon de 3-4 millimètres, on les retire ou bien on les change de place. Avant d'interrompre le courant, on le diminue peu à peu afin d'éviter les syncopes, tout comme on l'avait augmenté progressivement avant de l'établir au plein. Les aiguilles retirées, appliquer sur les piqûres quelques couches de collodion iodoformé.

Chaque séance dure cinq à dix minutes. On la renouvelle au bout de huit à douze jours. Chaque piqûre laisse un petit noyau d'induration qui finit par



s'effacer complètement ou à peu près. Il en résulte que l'électrolyse nous donne, en dernier ressort, des cicatrices insignifiantes ou même nullement apparentes.

Les seules objections que l'on pourrait adresser à l'électrolyse sont : la douleur produite par le courant, surtout lorsqu'on l'établit ou qu'on l'interrompt ; et la lenteur de son action. On peut remédier à la douleur par la cocaïne ou mieux par l'anesthésie générale, au chlorure d'éthyle par exemple ; le meilleur moyen serait encore, d'après Bergonié (de Bordeaux), la substitution de l'électropuncture bipolaire à la monopuncture usuelle. Quant à la longueur de temps qui est parfois nécessaire, il ne peut en être, en vérité, autrement dans des cas comme celui de Schwartz où une tumeur érectile énorme occupait la moitié gauche de la face et où il a fallu 80 séances d'électrolyse réparties en deux ans et demi. Ici encore, lorsqu'on demande autre chose qu'une modification peu profonde d'une simple tache érectile, il y aurait tout avantage, d'après Bergonié, à employer de préférence l'électropuncture bipolaire : « Grâce à de plus hautes intensités, on aurait une destruction plus rapide, avec des séances très courtes et peu nombreuses. »

*b*. Lorsqu'on n'a point sous la main l'outillage nécessaire pour traiter une tache érectile par l'électrolyse, on peut recourir aux autres méthodes de traitement : *l'extirpation, l'ignipuncture*.

L'extirpation est pour nous la seconde méthode de choix ; si elle est aseptique avec une réunion bien faite ; la cicatrice linéaire qui reste est toujours préférable aux nombreuses cicatrices punctiformes en plaques, que laisse l'ignipuncture. Mais elle n'est pas toujours possible, soit étendue nécessaire de l'exérèse, soit toute autre raison.

C'est alors à l'ignipuncture qu'on s'adresse : on la fait avec une fine pointe de Paquelin, en une ou plusieurs séances selon l'étendue de la tache, en ayant soin de rapprocher assez et pas trop les ponctuations. Bien appliquée, elle donne ordinairement des résultats très satisfaisants. Parfois des retouches sont nécessaires, à cause de la récidive du néoplasme.

#### § 2. — Tumeurs érectiles. — Angiomes

Les tumeurs érectiles, caverneuses ou non, sont plus ou moins pédiculées ou largement sessiles. Il n'y a aujourd'hui pour les angiomes pédiculés qu'un traitement qui soit absolument correct : l'*extirpation au bistouri ;* l'antisepsie, la forcipressure, la ligature perdue aseptique nous permettent d'éviter les inconvénients et les périls de l'infection, de l'hémorragie ; nous pouvons, à volonté, réaliser la réunion immédiate ; nous pouvons aussi, à loisir, prendre les précautions suffisantes contre la récidive en cernant le pédicule et en disséquant les tissus aussi loin qu'il paraît nécessaire. Quant aux détails de la technique, ils sont des plus variables, on le conçoit, avec chaque cas particulier.

Pour les angiomes sessiles on doit encore, de préférence, recourir à l'exérèse sanglante quand ils siègent sur des parties non découvertes, ou bien quand, siégeant à la face, par exemple, ils ne sont pas trop étendus. En ce dernier cas, au contraire, s'ils occupent de larges surfaces, le bistouri cède son rôle à l'*électrolyse* ou, à défaut d'électrolyse, à l'une des deux autres méthodes de traitement : l'*ignipuncture*, les *injections sclérogènes*.

*a*. **Électrolyse**. — Elle a été décrite à propos des taches érectiles, son manuel est ici exactement le même.

*b*. **Ignipuncture**. — Elle peut se faire avec le galvano-cautère ou le cautère Paquelin ; celui-ci est préférable dans la pratique journalière. On emploie la