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.

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 : 1º de fines aiguilles en acier ou en or, recouvertes de vernis à quelques millimètres au-dessus de leur pointe; 2º 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 : des 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 piqures quelques couches de collodion iodoformé.

Chaque séance dure cinq à dix minutes. On la renouvelle au bout de huit à douze jours. Chaque piqure 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 cocaine 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 trai-

tement: 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'exerèse, 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. Electrolyse. 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

courte pointe fine ou la longue pointe ordinaire. Il ne faut point craindre d'ouvrir au besoin les ampoules gorgées de sang; on arrête facilement l'hémorragie par la compression avec des boules de gaze aseptique. Les cicatrices que laisse le thermocautère n'ont certes pas la valeur esthétique de celles consécutives à l'électrolyse; mais elles sont toujours beaucoup moins disgracieuses que la lésion primitive.

c. Injections sclérogènes. — Ces injections telles que les recommande le professeur Lannelongue, ont pour but non pas de coaguler le sang comme les anciennes injections intra-vasculaires au perchlorure de fer, mais de créer autour des vaisseaux dilatés une masse plus ou moins considérable de tissu cicatriel, rétractile, qui les enserre de plus en plus et les réduise à un état d'atrophie complète. On se sert de la solution de chlorure de zinc au 1/40. On la pousse dans le tissu conjonctif immédiatement adjacent aux vaisseaux, à la dose de IV à V gouttes par piqure; si l'injection se fait dans les vaisseaux, comme il arrive quelquefois, il n'en résulte guère d'accident; on peut, toutefois, par excès de précaution, en cas d'embolie, exercer une compression circulaire aux confins de la tumeur pendant une demi-heure environ, à chaque séance. Le nombre de séances varie, comme pour l'électrolyse et l'ignipuncture, selon l'étendue de l'angiome. La guérison a lieu sans cicatrice, s'il n'y a pas eu d'eschare cutanée, eschare qu'on évite, autant que possible, en ne faisant pas l'injection immédiatement sous la peau.

II. — KYSTES SÉBACÉS

Au point de vue opératoire, il importe surtout de noter que les kystes sébacés sont tous limités par une membrane épithéliale, sécrétante, qui doit être entièrement enlevée sous peine de récidive, et qu'ils sont tantôt sous-cutanés, tantôt intradermiques, ces derniers toujours de petites dimensions.

Les deux méthodes curatives, aujourd'hui seules acceptables, sont : l'énucléation et l'extirpation au bistouri.

- 1º Énucléation des kystes sous-cutanés. C'est au cuir chevelu qu'on a le plus souvent l'occasion de la pratiquer. Les kystes sont entourés d'une mince couche de tissu cellulaire très làche qui permet de disséquer facilement la surface externe de leur membrane limitante. Deux procédés s'imposent selon que la peau recouvrante est encore assez épaisse, assez tendue pour être incisée isolément, ou qu'elle est extrêmement amincie, impossible à tendre suffisamment à cause de la flaccidité du kyste : l'énucléation en bloc, l'énucléation en deux moitiés.
- a. Énucléation en bloc. Après avoir rasé et désinfecté le cuir chevelu à la surface et autour de la loupe, sous l'anesthésie locale, diviser la peau d'une main légère, suivant le grand axe de la tumeur en dépassant un peu ses deux extrémités; un seul trait de bistouri peut suffire. Dès que la membrane du kyste apparaît opaque, blanchâtre, soulever successivement chaque lèvre de la section cutanée et la disséquer aussi loin que possible avec le bec d'une sonde cannelée ou un autre instrument mousse, en conti-

nuant à éviter toute effraction de la poche. Lorsque la dissection a porté jusqu'à l'équateur du kyste ou à son voisinage, avec l'index et le pouce droits, par exemple, chercher à expulser le kyste à travers l'incision cutanée, comme on le ferait d'un noyau de cerise; cette manœuvre réussit aussitôt à peu près toujours; au besoin, pousser la dissection périphérique un peu plus profondément.

Le kyste une fois énucléé, il reste une cavité saignante sphérique : faire alors l'hémostase définitive, et exciser aux ciseaux en demi-ellipse les lèvres plus ou moins flottantes et débordantes de l'incision cutanée, puis les réunir complètement. Pansement sec et bandage compressif.

Au bout de huit jours, la cicatrice est parfaite. Quelquefois un hématome s'est fait sous la ligne de réunion : s'il est peu considérable, on l'abandonne à la résorption spontanée sous la compression aseptique; dans le cas contraire, on accélère cette résorption en faisant sauter un ou deux points, la cicatrisation totale est retardée d'une huitaine de jours.

- b. Énucléation en deux moitiés. On divise la tumeur, sur son milieu, d'un bout à l'autre, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux; le contenu s'échappe, il est recueilli sur les pièces de gaze qui garnissent le champ opératoire. On saisit alors avec des pinces à dents de souris chaque moitié de la membrane limitante et on l'enlève par décollement. Le reste de l'opération s'exécute comme dans l'énucléation en bloc.
- 2º Extirpation des kystes intradermiques. On cerne la tumeur par deux incisions semi-lunaires, qui divisent la peau au delà de son aire d'adhérence ou de fusion avec le kyste. On la saisit avec des pinces à griffes, on décolle sa partie profonde, ou bien, au besoin, on la sculpte, en quelque sorte, dans sa gangue conjonctive, comme cela peut être pour certains kystes enflammés. Après l'hémostase, on fait la réunion complète de la plaie

Les procédés qui précèdent n'épuisent pas toute la série des éventualités cliniques : ils ne concernent que les kystes clos, primitifs ou récidivés, qui, à la vérité, sont les plus communs. Il y a des kystes qui se présentent à nous sous forme de fistule ou de masses bourgeonnantes, le plus souvent à la suite de mauvaise application de la vieille méthode des caustiques. Si l'on a affaire à un kyste fistulisé, on fend d'abord le trajet à fond sur la sonde cannelée; on essaie de disséquer la membrane; mais celle-ci peut être trop friable ou méconnaissable, ce qui nécessite l'emploi de la curette tranchante, passée énergiquement sur tous les points de la cavité résiduelle; puis la plaie est pansée à ciel ouvert

Si c'est une masse bourgeonnante qui a poussé sur le culot d'un kyste, on le traite également par la curette tranchante.

Mais, dans les deux cas, si l'extirpation est possible, elle est plus rapide et plus sûre dans son action.

AFFECTIONS DIVERSES conscrit, peuvent être considérés en principe comme des raisons suffisantes

III. - ÉPITHÉLIOMA

1º La radiothérapie tend à devenir le traitement de choix des épithéliomas cutanés. Mais elle est parfois inefficace et souvent impraticable, faute du matériel nécessaire.

2º La méthode de Cerny-Trunecek peut donner d'excellents résultats. Elle consiste à nettoyer l'épithélioma, à le faire légèrement saigner par frottement avec une compresse, puis le saignement sanguin arrêté par compression, à le badigeonner matin et soir avec la solution suivante, dont on augmente peu à peu la concentration:

Acide arsénieux	ââ 4 gr.
Orthoforme	
Ron distillee	âà 60 gr. d'abord, puis 50 et 40 ensuite.

Après chaque badigeonnage, on laisse sécher à l'air. Une croûte se forme qu'on laisse s'épaissir à chaque badigeonnage, et qui se détache spontanément quelques jours après, laissant une plaie recouverte de bourgeons de bonne nature et se cicatrisant rapidement.

3° La thermocautérisation a été récemment prônée par Milian J. Après nettoyage soigneux de la région, anesthésie à l'aide de la cocaïne, on promène le couteau ordinaire du thermo porté au rouge sombre sur toute la surface, en appuyant particulièrement sur les bords de la zone malade, jusqu'à ce que l'ulcère épithélial soit transformé en une surface noire d'aspect escharotique. Pansement aseptique. Renouveler chaque semaine, pendant cinq à six séances. L'eschare se détache; la plaie se transforme et se cicatrise.

4º Tous ces traitements et d'autres encore (chlorate de potasse, acide chromique, violet de méthyle, etc.), peuvent réussir pour des épithéliomas limités et superficiels. Mais dans les formes ordinaires destructives et végétantes de l'épithélioma, il n'y a qu'une méthode de traitement rationnelle et efficace : l'extirpation sanglante ; ajoutons, cependant, que si le mal siège sur un membre et que l'extirpation soit impossible, on a une autre ressource curative, l'amputation plus ou moins élevée de ce membre ou du segment correspondant.

5° Extirpation sanglante. — L'extirpation a ses limites objectives ou raisonnables. Aussi on ne doit pas opérer un épithélioma diffus, sans périmètre arrêté; un épithélioma trop étendu en surface ou en profondeur; un épithélioma qui s'accompagne de ganglions en chapelet à l'entrée du tronc (ganglions sus-claviculaires, ganglions carotidiens, ganglions iliaques externes); un épithélioma qui coexiste avec d'autres productions de même nature en divers points de la peau. La cachexie est une autre contre-indication formelle. D'un autre côté, l'âge très avancé (au delà de soixante-quinze ans) et la marche très lente de l'épithélioma, même quand celui-ci est bien cirpour ne point procéder à l'extirpation.

Voici maintenant les règles générales de l'extirpation appliquée aux épithéliomas de la peau, règles dont plusieurs sont également communes à l'extirpation des autres épithéliomas : 1º désinfecter non seulement les alentours, à la manière ordinaire, mais aussi le néoplasme lui-même par le curage, par la cautérisation, par les couteaux droits et courbes de Paquelin, par le chalumeau de Félizet; 2º faire passer l'incision limitante au moins à 1 centimètre en dehors du néoplasme; si le fond du néoplasme repose sur un plan osseux, on abrase ce dernier; s'il a envahi l'os lui-même, on le résèque sur une largeur et dans une épaisseur convenables; 3º pendant les manœuvres d'exérèse, éviter avec le plus grand soin les inoculations de la plaie au moyen des instruments piquants et des instruments tranchants; 4º si les ganglions correspondant au néoplasme (ganglions péri-maxillaires, ganglions sous-mastoïdiens, ganglions sous-occipitaux, pour les épithéliomas de la face et du cuir chevelu; ganglions sus-épitrochléen et axillaires pour les épithéliomas du membre supérieur, etc.) sont manifestement augmentés de volume, engorgés, les enlever en bloc, sans effraction de leurs tissus propres, en réséquant au besoin la grosse veine et même l'artère principale qui leur adhèrent de manière trop intime; 5° faire toujours, autant que possible, la réunion immédiate des plaies, soit par l'affrontement direct des lèvres, soit par les divers procédés d'autoplastie que nous exposons plus loin; 6° plus tard, après la cicatrisation, surveiller la région des ganglions tributaires qui n'ont pas été enlevés en même temps que le néoplasme de la peau, et, s'ils sont pris à leur tour, même seulement suspects, les enlever à leur tour. — On tend de plus en plus, pour éviter les interventions secondaires, à présèrer l'évidement ganglionnaire systématique d'emblée dans toute ablation d'épithélioma, alors même que les ganglions paraissent sains, ces ganglions pouvant recéler déjà des cellules cancéreuses.

⁴ Milian, anal. in Presse médic., 47 déc. 4904, p. 806.