Manuel opératoire de l'oncotomie. — Avant cette petite opération, que nos prédécesseurs avaient nommée l'*oncotomie*, il y a *toujours* à prendre les mêmes précautions antiseptiques que pour une opération plus importante : *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, au chloréthyle, par exemple, peut être 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.

a. *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. On arrive au même résultat avec la pointe d'une lancette à grain d'orge, maniée de même dans l'ouverture. La lancette est plus facile à dissimuler, se prête mieux à une ponction instantanée, de surprise, chez les malades craintifs ou peu dociles, comme certaines femmes et certains enfants.

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 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.

Ce dernier résultat n'est certes point tout à fait négligeable pour les abcès des parties découvertes, telles que la face, le cou, les mains, surtout chez la femme.

b. *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 presque toujours 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 progression 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 à son tour, si c'est nécessaire, mais avec des instruments mousses, tels que le doigt lui-même, une forte sonde cannelée, une pince à forcipressure, manche du bistouri, etc., diversement combinés. On termine l'opération par le drainage, ou mieux par un léger bourrage 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.

L'abcès chaud sous-cutané est, en somme, une infection presque constamment bénigne, surtout si son ouverture est précoce et complétée par une antisepsie exacte. On sait qu'il est généralement dû au staphylocoque.

II. — Le pronostic est autrement grave dans le phlegmon diffus sous-cutané, qui nous servira également de prototype du phlegmou diffus en général, et qui est la forme plus commune. La méthode thérapeutique est, au fond, la même que pour l'abcès circonscrit : *incision* et *désinfection;* mais elle est beaucoup plus compliquée en raison même de la marche envahissante et de la nature gangréneuse, destructive du processus infectieux, processus qui s'explique par la virulence spéciale du microbe générateur, le streptocoque pyogène, et souvent aussi par le mauvais état, par la faiblesse générale de l'organisme.

Au point de vue pratique, nous distinguerons seulement *deux périodes* dans le phlegmon diffus : l'une d'*œdème;* l'autre de *suppuration gangréneuse* et d'*ulcération éliminatrice*, cette dernière caractérisée par la mortification en nappe du tissu cellulaire et par l'issue de ses eschares.

a. *Traitement dans la période d'œdème.* — 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; on a ainsi des plaies vives qui se prêtent à une transsudation néosanguine des plus favorables, à une guérison plus rapide, à une cicatrisation plus régulière; quant aux risques d'auto-inoculation traumatique dans une plaie ouverte, ils nous paraissent des plus contestables. L'hémorragie seule,

selon nous, pourrait justifier l'emploi du thermo chez lesi ndividus anémiques et profondément débilités.

Après les incisions, on garnit les plaies de bandelettes de gaze humide au sublimé, on enveloppe la région de compresses de gaze également humide au sublimé, 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.

Pendant le traitement local, on ne négligera pas, s'il y a lieu, le traitement général : toniques, stimulants, antipyrétiques, alimentation substantielle, enfin hypnotiques.

Les incisions précoces que nous venons de recommander réussissent souvent, sinon à enrayer le processus infectieux, du moins à diminuer sa gravité, sa durée, et à favoriser l'élimination des pertes mortifiées, ainsi qu'à limiter la suppuration.

b. *Traitement dans la période de suppuration et d'ulcération.* — Le chirurgien qui est appelé en ce moment, en pleine affection, ne doit avoir d'autre souci que de créer de larges ouvertures à la suppuration, aux lambeaux et flocons de tissu conjonctif mortifié, de débrider, au besoin, dans le même but, les ouvertures naturelles qui ont pu s'établir déjà par le mécanisme de l'ulcération, d'évacuer toute la matière infectieuse, d'irriguer largement tous les espaces décollés, de les drainer avec soin, et toujours de continuer le pansement humide au sublimé.

Grâce à toutes ces mesures, imposées par l'application de l'antisepsie directe, le phlegmon diffus guérit aujourd'hui le plus souvent avec conser-

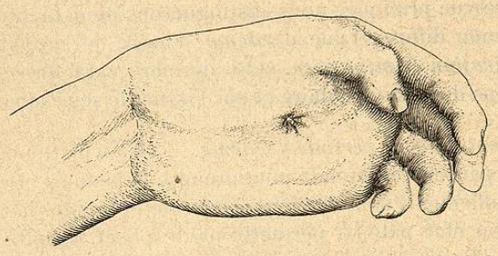

Fig. 127. — Phlegmon chronique des gaines synoviales carpo-phalangiennes.
Trois mois après le début des accidents aigus. Fistule séro-purulente à la base de l'éminence thénar.

vation de la partie affectée, mais la conservation peut n'être, alors, parfois, qu'une illusion, qu'une pure satisfaction de forme, les fonctions étant complètement abolies ou à peu près, ce qu'on observe particulièrement à la main (fig. 127). D'autres fois, le traitement antiseptique reste impuissant contre l'infection locale, et impose le sacrifice du membre pour sauver la vie. D'autres fois, enfin, soit suppuration abondante et intarissable, soit malignité de l'infection, soit mauvais état général, la mort devient inévitable.

FURONCLE-ANTHRAX

I. — Le furoncle est le résultat d'une infection staphylococcique limitée à un bulbe pileux et à son appareil sébacé ; il a une tendance à peu près fatale vers la formation d'un abcès particulier, l'*abcès furonculeux*, caractérisé par l'élimination d'un *bourbillon*, c'est-à-dire d'une eschare qu'ont formée le petit appareil pilo-sébacé et son entourage conjonctif. Qu'on puisse le faire avorter tout à fait au début, par des injections phéniquées interstitielles ou par une pointe de feu bien dirigée, l'expérience l'a montré ; mais cette terminaison *ab ovo* est rare. Dans la pratique, on se trouve presque toujours en face du fait accompli, inéluctable en ses conséquences immédiates.

Que faire alors ? Mettre au repos la partie atteinte ; la désinfecter largement au savon et à l'alcool ; calmer la douleur et favoriser la formation du bourbillon, puis son cratère d'élimination, en couvrant le furoncle d'un cataplasme au sublimé ou d'une compresse au sublimé qu'on couvre à son tour d'un imperméable ; ce pansement est changé le plus souvent possible, et avec des solutions fraîches de sublimé 1 p. 1000. Sous son action le bourbillon fait, en quelque huit jours, sa sortie intégrale ; il n'y a plus alors qu'à continuer le pansement humide pendant deux ou trois jours, puis à le remplacer par le pansement sec, au dermatol ou diiodoforme par exemple. Il reste, en dernier lieu, une cicatrice arrondie, gaufrée, toujours déprimée, plus ou moins grande suivant le volume du bourbillon, c'est-à-dire la part de substance qui l'a suivi.

C'est seulement lorsque le furoncle est très tendu, très douloureux, qu'il est nécessaire de l'inciser ; on le fait au plus tôt et largement, après une petite pulvérisation de chloréthyle ; puis on continue le pansement humide.

On incisera de même si le furoncle se complique d'une phlébite ou d'une angioleucite.

Tel est le traitement du furoncle. Mais l'observation journalière nous apprend qu'il s'agit souvent en lui d'une maladie *à poussées*, *à récidives ;* celles-ci sont dues à des inoculations multiples du staphylocoque, contemporaines ou successives, de telle sorte que le meilleur moyen de les prévenir est l'antisepsie soignée de la peau, surtout l'*antisepsie directe.* Cette dernière comprend : avant tout, la stérilisation, à l'étuve ou autrement, de tous les vêtements qui ont pu toucher un furoncle (chemise, gilet de flanelle, pantalon, etc.) ; puis les bains savonneux, suivis de bains au sublimé, de bains sulfureux, à maintes reprises. On peut y joindre l'usage intérieur des eaux alcalines, des eaux sulfureuses et parfois les bains de vapeur.

II. — L'anthrax n'est autre chose qu'une agglomération plus ou moins considérable de furoncles : même agent pathogène, même siège cutané, même évolution des foyers contigus, c'est-à-dire formation et élimination

d'autant de *bourbillons*, d'*eschares*. Il est simple ou compliqué de *phlébite*, de *cellulite diffuse*.

Anthrax simple. — Quel que soit son volume, petit ou considérable, les chirurgiens tendent aujourd'hui à lui appliquer le même traitement qu'au furoncle : *pas d'incision, au moins à la période d'induration ; pansement humide permanent*. Tout au plus, au moment où la tumeur s'ouvre en écumoire pour l'issue des bourbillons, se décide-t-on quelquefois à débrider les orifices avec le bistouri, — sous le chloréthyle ou sous la narcose, — pour rendre cette issue plus prompte et plus facile. On se borne à extraire doucement, au moyen de pinces, les tissus sphacélés qui viennent, ou à les exciser peu à peu dans le mort, à chaque pansement. Lorsque tous les produits de la mortification ont été enlevés ou éliminés, on a une plaie bourgeonnante, irrégulière et anfractueuse, qui finit par se combler entièrement en huit, quinze, vingt jours, suivant le volume primitif de l'anthrax.

Anthrax compliqué. — Quand l'anthrax s'accompagne d'une *phlébite* plus ou moins étendue au delà de son périmètre, — à n'importe quelle période, — le parti le plus sage consiste à l'ouvrir largement, l'incision créant ainsi une vraie soupape de sûreté. Le thermo nous paraît alors préférable au bistouri, et l'anesthésie générale peut être absolument nécessaire. Peut-être même, quelquefois, ne sera-t-il pas inutile d'inciser les veines trombosées, de les cautériser au chlorure de zinc ou de les lier comme on le fait depuis plusieurs années pour les trombo-phlébites d'origine otitique.

La tâche du chirurgien est encore plus lourde lorsque l'anthrax se présente avec les caractères d'un phlegmon diffus, gangréneux et suppurant, qui rayonne plus ou moins au-dessous de lui et dans ses environs, même à distance. On a affaire généralement, alors, à des malades âgés, très affaiblis, usés, profondément diabétiques. Le chloroforme ayant été donné, après les précautions antiseptiques d'usage, on ouvre largement l'anthrax au thermo, dans tous les sens ; on poursuit les mêmes débridements dans le voisinage, ou à distance ; on enlève aux ciseaux et à la cuiller tranchante toutes les parties sphacélées ; on irrigue les cavités de décollement avec de l'eau sublimée chaude ; on fait partout des drainages ou des bourrages humides antiseptiques. L'opération, parfois longue et des plus pénibles, se termine par l'application d'un pansement humide. Mais ce n'est point tout : il faut encore soigner l'état général du malade, ordinairement l'adynamie, par les stimulants et les toniques généraux de tout ordre. La mort est, cependant, la règle dans cette catégorie d'anthrax malins : *pychémie, septicémie, coma diabétique, épuisement de suppuration*.

ABCÈS FROID

L'abcès froid sous-cutané, idiopathique, que nous avons seul en vue, est une collection séro-purulente consécutive à la fonte d'une *gomme tuberculeuse*, d'un *tuberculome* du tissu cellulaire ; il a pour paroi une membrane de formation nouvelle, purement conjonctive à sa surface externe, formé de follicules tuberculeux à sa surface interne ; c'est grâce à cette membrane, bien étudiée par Lannelongue, que se fait l'accroissement de l'abcès froid, la zone folliculaire interne inoculant excentriquement, de proche en proche, la zone conjonctive externe et se liquéfiant elle-même sans cesse du côté de la caverne tuberculeuse. Ces notions ont un intérêt capital en thérapeutique opératoire.

Il en résulte que l'évacuation seule du contenu ne guérit pas l'abcès froid comme il guérit l'abcès chaud, et qu'il *faut faire porter sur sa membrane d'extension tout l'effort thérapeutique*. Celui-ci, dès lors, consistera soit à la supprimer *par l'extirpation de l'abcès*, soit à enlever ou détruire sa couche tuberculogène, soit à annihiler cette couche par des substances chimiques qui agissent sur le bacille de Koch, générateur de la tuberculose, et sur ses produits.

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.

Procédé. — Soit un abcès froid comme celui représenté à la partie externe du pli du coude (fig. 128) d'après un de nos opérés, et qui avait le

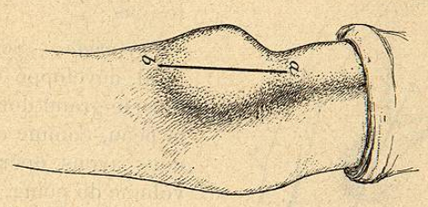

Fig. 128. — Abcès froid sis à la partie externe et un peu au-dessus du pli du coude droit, dans l'épaisseur du muscle long supinateur.

volume d'un gros marron. Après anesthésie générale, toutes précautions antiseptiques prises, l'ischémie étant faite par un simple tube de caoutchouc au-dessus de la partie moyenne du bras, 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 par des crins de Florence et pansement sec. La réunion a lieu par première intention.

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.

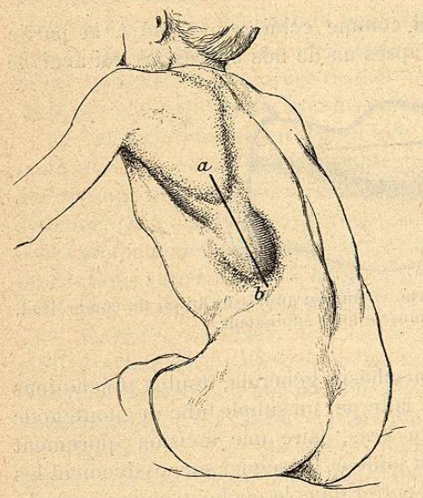

Fig. 129. — Abcès froid sous-scapulaire. Incision et grattage.

Procédé. — Soit encore un abcès froid, développé en partie sous le muscle grand dorsal, en partie sous la peau, comme celui (fig. 128) que nous avons opéré et qui avait le volume du poing.

Après désinfection du champ opératoire — le malade étant couché sur le côté droit et endormi à l'éther pendant que son bras gauche est relevé par un aide, — faire une incision verticale de la peau *ab* qui commence au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate et dépasse un peu en bas le pôle inférieur de la tumeur.

A partir de l'omoplate, dans la même direction, fendre en haut le tissu cellulaire et le muscle grand dorsal, 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 forme après un temps variable. Les récidives sont très rares.

Injections modificatrices a demeure : *éther iodoformé, naphtol camphré.* — 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 5-10 p. 100 ; en se volatilisant, l'éther porte l'iodoforme sur toute l'étendue de la membrane tuberculogène. Les autres, comme Ménard (de Berck-sur-Mer), se servent de naphtol camphré 10/20. 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° *Evacuation.* — Après désinfection de la peau, avec le plus gros numéro Potain ou Dieulafoy, on ponctionne la poche : la ponction se fait au centre ou de côté, suivant un trajet oblique. Selon que la peau est encore épaisse ou déjà amincie au milieu de la tumeur. Quand le contenu est fluide, séropurulent, 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, qui est évacuée chaque fois après une douce malaxation.

3° *Injection médicamenteuse.* — Lorsque l'eau de lavage revient transparente, on injecte soit le naphtol camphré (10 à 20 grammes), soit l'éther iodoformé (10 à 20 grammes de la solution forte) avec la pompe Dieulafoy, par exemple. 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 une certaine quantité des 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 ordinairement plusieurs, qu'on renouvelle à trois ou quatre semaines d'intervalle.