LUPUS VULGAIRE

Le lupus est une forme atténuée de tuberculose de la peau, caractérisée par des nodules de cellules embryonnaires, ronds ou ovoïdes, rouges ou rouge jaunâtre, transparents, qui sont surtout remarquables par leur tendance ulcérative et atrophique. C'est une affection des plus tenaces, à récidives très fréquentes et à évolution très lente. Le lupus s'observe le plus souvent à la face, surtout au nez, aux joues, aux paupières, où il peut déterminer des déformations hideuses ; on le voit aussi quelquefois aux membres. La santé générale reste presque toujours bonne, quelquefois même excellente, au moins durant de longues années.

Le traitement local, conduit avec patience et énergie, est, pour ainsi dire, le seul qui soit capable de guérir le lupus. Les divers moyens sont : l'*ablation*, le *curage*, l'*ignipuncture*.

Ablation. — Enlever au bistouri toute l'aire de peau lupique, et combler immédiatement la perte de substance par la méthode française ou les lambeaux de Thiersch, c'est évidemment le procédé le plus radical et le plus rapide ; on doit y recourir de préférence. Mais ce procédé n'est pas souvent applicable, du moins à la face, soit trop grande étendue du lupus cutané, soit propagation du côté de la bouche et des fosses nasales. En tout cas, lorsqu'on s'est décidé à l'ablation, — pour éviter autant que possible la récidive, il faut reporter la limite de l'exérèse en tissus sains, au moins à un demi-centimètre ou 1 centimètre de la partie ulcérée ou hypertrophique, comme s'il s'agissait d'un épithélioma ; il faut, en outre, enlever toute l'épaisseur de la peau affectée, en empiétant, au besoin, sur les muscles sous-jacents.

Curage. — Si l'ablation est impossible, on gratte à fond les ulcérations et on évide les nodosités avec la cuiller tranchante (fig. 130) sous l'anesthésie

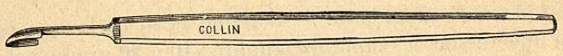

Fig. 130. — Curette tranchante.

générale ; par surcroît de précaution, on peut rôtir au Paquelin les surfaces ainsi mises à nu. Puis on applique un pansement à l'iodoforme, substance qui nous a paru la plus efficace. On attend la chute des eschares : si les petites plaies qui restent présentent un bourgeonnement de bon aloi, on se borne à cautériser légèrement au nitrate d'argent jusqu'à cicatrisation parfaite ; si elles sont encore envahies par de nouvelles ulcérations, on gratte et on thermo-cautérise ces dernières.

Ignipuncture. — L'ignipuncture, soit au thermo (fig. 131), soit au galvano-

cautère, surtout préconisée par E. Besnier, qui a fait ressortir sa grande valeur curative, est aujourd'hui le mode de traitement le plus usité. On peut l'appliquer à tous les cas, à toutes les périodes, ordinairement en plusieurs

Fig. 131. — Pointe très fine à ignipuncture.

séances. Elle a de nombreux avantages : absence d'hémorragie, action énergique et précise sur les tissus infectés, traces cicatricielles aussi réduites et régulières que possible.

ÉLÉPHANTIASIS

Parasitaire ou non — dans les pays chauds comme dans les autres, — l'éléphantiasis est cette hypertrophie énorme de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qu'on observe presque toujours aux membres inférieurs et qui leur donne quelque ressemblance avec les *pieds d'éléphant*, d'où son nom. D'autres organes en sont quelquefois affectés : les organes génitaux externes dans les deux sexes, les avant-bras, les mamelles. Il ne sera question ici que de l'*éléphantiasis des membres inférieurs*, qui est ordinairement unilatéral.

Peu prononcé au pied, il offre sur la jambe son maximum de volume, et ne dépasse point le pli de l'aine, dont les ganglions sont toujours plus ou moins gros. D'après le stade de développement, on lui distingue deux variétés principales : l'*éléphantiasis mou*, surtout caractérisé par la stase lymphatique ; l'*éléphantiasis dur*, lardacé, scléreux, où cette stase est renforcée ou, plutôt, masquée par une sorte de cirrhose hypertrophique du derme et de l'hypoderme. Mais cette dualité anatomique n'est pas toujours aussi tranchée dans la pratique, où l'on rencontre également un bon nombre de formes mixtes.

Divers moyens, tous palliatifs, sont usités ou recommandables dans le traitement de l'éléphantiasis, surtout de ses formes encore molles : les *mouchetures*, le *drainage*, l'*élévation permanente*, la *compression circulaire ascendante*, le *massage*. On peut y joindre les *excisions multiples* et la *ligature de l'artère principale*, au moins à titre de moyens exceptionnels. Nous n'avons, en réalité, qu'un seul moyen de cure radicale : l'*amputation du membre*.

Les agents palliatifs de la première série peuvent s'employer isolément, ils sont tous destinés à diminuer le volume du membre, soit par l'évacuation directe de la lymphe, soit par son refoulement dans la circulation générale et par son arrêt au-dessus de la constriction. Mais leur efficacité est plus considérable si on les combine entre eux : mouchetures, massage et élé-

vation ; mouchetures et compression ; élévation et compression, etc. La compression se fait : soit au repos, avec une bande pleine de caoutchouc, dite de Martin, enroulée méthodiquement de bas en haut, sur une épaisse couche de coton hydrophile, qu'on renouvelle aussi souvent que cela est nécessaire ; soit en vue de la déambulation, avec une bande analogue, mais sans coton ; en ce dernier cas, les malades peuvent travailler tout en soignant leur jambe. Celle-ci doit *toujours*, autant que possible, être maintenue dans une grande propreté antiseptique, surtout s'il existe des poussées de lymphangite, des ulcérations, des fistules, des plaques de gangrène.

Lorsque la déformation s'y prête, lorsque la peau tombe en longs plis transversaux, on peut en exciser en une ou plusieurs séances des tranches elliptiques, plus ou moins larges, mais de façon à pratiquer aussitôt la réunion immédiate (Helferich). L'hémorragie n'est point à redouter, et l'antisepsie nous met à l'abri des complications infectieuses.

Plusieurs chirurgiens, depuis Carnochan, ont eu recours à la ligature de l'artère principale (fémorale, iliaque externe) pour déterminer l'atrophie des téguments éléphantiasiques. L'expérience a montré d'abord que cette ligature n'expose point à la gangrène du membre, comme on aurait pu le supposer, puis que, si la récidive est la règle, — elle donne aussi quelques rares guérisons et améliorations. Pour notre compte, dans le même but atrophique, nous avons lié la fémorale dans le canal de Hunter chez deux malades affectés d'éléphantiasis dur : il n'y a pas eu le moindre accident d'ischémie artérielle, même dans celui des cas où existait déjà une plaque de sphacèle à la partie inférieure de la jambe sur la masse éléphansiatique, plaque qui s'est ensuite cicatrisée. Nous avons obtenu une amélioration considérable, qui se maintient depuis six ans sous la bande de caoutchouc, et une guérison à peu près complète qui remonte à huit ans. Nous pensons donc, jusqu'à nouvel ordre, que la ligature atrophiante peut être tentée dans l'éléphantiasis scléreux, — étant donnée l'inefficacité absolue des autres moyens de traitement, si l'on excepte la compression digitale ou instrumentale de l'artère principale, laquelle aurait donné un succès à Vanzetti et quatre à Dufour.

Reste l'*amputation* (amputation de la cuisse, désarticulation du genou) pour les malades qui ne peuvent plus traîner leur jambe monstrueuse et qui ont, pourtant, besoin de gagner leur vie ; pour ceux qui portent des ulcérations et fistules interminables et qui ne peuvent suffire aux soins nécessités par leur affection ; enfin, pour ceux qui éprouvent des douleurs intolérables. L'opération n'offre pas plus de danger que dans les autres amputations pathologiques. On n'observe pas de récidive.

TACHES ET TUMEURS ÉRECTILES

Les taches et les tumeurs érectiles, quoique différentes comme configuration, sont des néoplasmes de même structure, c'est-à-dire des angiomes constitués par la dilatation et la néoformation de vaisseaux capillaires

et présentant tantôt le caractère veineux, et tantôt le caractère artériel.

D'une manière générale, leur cure radicale comporte également 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 certaine mesure, suivant les préférences personnelles du chirurgien.

I. — Pour les taches érectiles, c'est l'*électrolyse* qui constitue incontestablement le traitement par excellence ; elle est même à peu près le seul moyen applicable aux taches qui ont de très grandes dimensions. On sait qu'elle est basée sur ce fait général : quand on fait passer un courant électrique à travers les tissus, les liquides organiques de ceux-ci se décomposent en acides qui se portent au pôle positif, en bases et alcalis qui vont au pôle négatif ; des deux côtés il y a coagulation de l'albumine et de la fibrine, et il en résulte une eschare, qui est dure et sèche au pôle positif, molle et humide au pôle négatif. 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, Maison Gaiffe, par exemple, ou de toute autre, pourvue d'un galvanomètre qui indique le nombre d'éléments ou milliampères employé. Le rhéopore 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 qui ont baigné dans une solution forte de Lister, 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 bromure 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[1] 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. »

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.

II. — 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

[1] Schwartz (*Congr. fr. de chir.*, p. 428, 1888).

son rôle à l'*électrolyse* ou, à défaut d'électrolyse, à l'une des deux autres méthodes de traitement : l'*ignipuncture*, les *injections sclérogènes*.

L'électrolyse a été décrite à propos des taches érectiles, son manuel est ici exactement le même. — L'ignipuncture 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 iodoformée. Les cicatrices que laisse le thermo-cautère n'ont certes pas la valeur esthétique de celles consécutives à l'électrolyse ; mais elles sont toujours beaucoup moins disgracieuses que la lésion primitive.

Les injections sclérogènes, 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 cicatriciel, 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 1/10. On la pousse dans le tissu conjonctif immédiatement adjacent aux vaisseaux, à la dose de 4 à 5 gouttes par piqûre ; 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.

Personne ne peut aujourd'hui mettre en doute la valeur curative de l'ignipuncture ou celle des injections sclérogènes dans les tumeurs érectiles. Nous ne doutons pas non plus que la méthode des injections eût bientôt conquis la faveur générale au détriment de l'ignipuncture et même de l'électrolyse, si l'on ne craignait pas encore ces hémorragies secondaires et surtout ces embolies mortelles qui ont fait abandonner les injections coagulantes. Ces craintes sont-elles absolument mal fondées ?

EXCROISSANCES CORNÉES. — MOLLUSCUM PENDULUM

I. Les excroissances cornées ou *cornes* de la peau, très variables dans leurs dimensions, peuvent être plus ou moins gênantes par leur siège, par leur volume, ou dangereuses à cause de la dégénérescence cancéreuse, effective ou possible, de leur base d'implantation[1].

[1] Voir la thèse de P. Gilles, un de nos élèves : *Des excroissances cornées et de la transformation de leur point d'implantation en néoplasmes malins.* Montpellier, 1887.

On les rencontre le plus souvent au cuir chevelu et à la face, chez des individus déjà avancés en âge.

L'implantation a lieu soit sur des papillomes simples, soit sur des épithéliomes papillaires, soit sur des restes de kystes sébacés.

Quelles que soient l'indication opératoire et la structure de la partie basale, l'opération ne comprend plus aujourd'hui de variations : elle doit toujours être faite au bistouri et comprendre l'ablation large de la peau qui sert d'insertion, au moins jusqu'à l'aponévrose si la corne est mobile. Voici le procédé, qui est le plus simple : après désinfection du champ opératoire, l'anesthésie étant obtenue, cerner le pédicule par deux incisions elliptiques de la peau qui passent au moins à un demi-centimètre de son contour ; saisir la corne avec les doigts ou des pinces à griffes, la porter d'un côté, puis de l'autre, en disséquant la peau d'insertion ; quand la dissection est terminée, faire l'hémostase définitive et réunir complètement les deux lèvres de la plaie. Pansement sec.

L'excision large de la peau sous-jacente à la corne rend la récidive à peu près impossible.

II. Le *molluscum pendulum* de la peau, qu'on observe d'ordinaire à la face, au cou, à la poitrine, aux grandes lèvres, et dont le volume varie entre celui d'une lentille, par exemple, et celui d'un œuf de poule, du poing et plus, est caractérisé, au point de vue opératoire, par sa bénignité à peu près constante et par la présence d'un pédicule ; ce dernier est tantôt cylindrique, plus ou moins long et grêle, tantôt aplati, membraneux, formé de deux lames cutanées adossées en manière de pli. Il résulte de ces deux faits : 1° que la récidive n'est pas à craindre après l'opération ; 2° que toute l'opération se résume en la section du pédicule et le traitement de cette section.

Le pédicule est-il filiforme, cas le plus banal, on le divise simplement d'un coup de ciseaux, et l'on touche avec le perchlorure de fer ou le chlorure de zinc, par exemple, la coupe de son petit moignon. A-t-il le volume d'un doigt quelconque, pendant qu'on exerce sur lui, de la main gauche, une traction convenable, on le sectionne circulairement avec le bistouri en sorte d'entonnoir ; on lie à la soie fine les quelques vaisseaux qui donnent dans l'axe du moignon, puis on réunit la petite plaie par quelques crins de Florence. A-t-il enfin la disposition d'une membrane, pendant qu'on le fait tendre par un aide, on coupe transversalement une de ces lames, puis le tissu cellulo-vasculaire intermédiaire, on jette les pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui en ont besoin, on divise l'autre lame, et, après hémostase définitive, on termine l'opération par la suture des bords cutanés. Parfois alors, pour avoir une section bien arrêtée et parallèle des deux lames cutanées, il est nécessaire de pincer le pédicule près de son insertion avec des pinces-clamp avant de le diviser ; mais, la section faite au ras des pinces, on enlève ces dernières, puis l'on finit l'opération comme ci-dessus. Dans tous les cas, même dans celui de

pédicule filiforme, il faut appliquer avec soin les règles antiseptiques ordinaires.

KYSTES SÉBACÉS

Les kystes sébacés ou *loupes* siègent le plus souvent au cuir chevelu et à la face, tantôt solitaires, tantôt plus ou moins nombreux, parfois si nombreux que la peau en semble littéralement bourrée. Leur volume varie d'un grain de mil à celui d'une noix, d'un œuf de poule, même d'une grosse orange ou d'une tête fœtale. Leur consistance est parfois dure comme celle d'une pierre ; le plus souvent elle est analogue à celle des fromages mous ; elle peut être aussi absolument liquide.

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 intra-dermiques*, ces derniers toujours de petites dimensions.

Les deux méthodes curatives, aujourd'hui seules acceptables, sont, par suite du siège intime : l'*énucléation* et l'*extirpation au bistouri*.

Enucléation 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 lâche 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. *Enucléation en bloc.* — Après avoir rasé et désinfecté le cuir chevelu à la surface et autour de la loupe, sous l'anesthésie générale ou 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 continuant 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