réunir complètement par une simple ou double rangée de crins de Florence. Pansement sec et bandage compressif.

Au bout de huit jours, la cicatrice est parfaite. Quelquefois un hématome s'est fait sous la ligne da 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. *Enucléation 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 la décolle, puis on décolle le fond de cette membrane. Le reste de l'opération s'exécute comme dans l'énucléation en bloc.

Extirpation des kystes intra-dermiques. — 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 le 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 ; et 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.

ÉPITHÉLIOMA

L'épithélioma est la forme la plus commune du cancer de la peau, et c'est à la face qu'il se montre le plus souvent ; il a, comme tous les autres épithéliomas, une marche envahissante ; il s'accompagne comme eux de l'engorgement ganglionnaire, en étapes successives ; comme eux, il amène ou amènerait fatalement la mort par cachexie cancéreuse si les malades ne sont pas ou n'étaient point emportés par quelques affections intercurrentes.

Mais il s'en distingue par la lenteur de sa marche, par l'époque plus tardive de son infection ganglionnaire et surtout par sa parfaite accessibilité aux moyens chirurgicaux : toutes conditions qui allègent sensiblement son pronostic morbide et opératoire.

Le traitement de l'épithélioma cutané est *curatif* ou *palliatif*.

Traitement curatif. — Les applications prolongées de chlorate de potasse en poudre ou en solution suturée (Reclus) guérissent assez souvent certains épithéliomas superficiels ; il en est parfois de même avec les badigeonnages de violet méthyle à 1 p. 100, seuls ou aidés de la cautérisation ou du grattage. Parfois aussi les pointes de feu suffisent à la cure radicale d'épithéliomas peu profonds. Mais, d'une manière générale, pour 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.

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 circonscrit, peuvent être considérés en principe comme des raisons suffisantes pour ne point procéder à l'extirpation.

Règles générales. — 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 : 1° 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 ; 2° faire passer l'incision limitante au moins à un demi-centimètre, et mieux 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 ; 3° 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 ; 4° 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. — Divers chirurgiens, pour éviter les interventions secondaires, préfèrent 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.

Résultats ; les récidives, les opérations de récidives. — Les résultats de l'extirpation sont certainement meilleurs, d'une manière générale, dans les épithéliomas de la peau que dans les autres épithéliomas, surtout les épithéliomas viscéraux : on peut les reconnaître de bonne heure, on peut les opérer largement, y compris la toilette ganglionnaire. Mais, malgré tous ces avantages, les guérisons durables sont le petit nombre, les récidives sont la règle.

Les récidives ont lieu soit au siège primitif des épithéliomas, soit dans la première étape ganglionnaire, opérée ou non opérée, soit dans les ganglions plus éloignés, soit en ces divers points à la fois. Dans les deux premiers cas on doit encore opérer si l'état général n'y met point obstacle ; nous estimons, au contraire, que l'ablation s'empose toujours dès que les ganglions du second rang se montrent affectés, les chances de succès thérapeutique étant à peu près nulles.

Traitement palliatif. — Dans les cas où l'opération radicale est impossible, dans ceux récidivés sans espoir de guérison, le chirurgien a encore un rôle utile à jouer : il s'agit d'abord de combattre les effets de la décomposition et de l'infection des tissus malades par des applications antiseptiques et désodorantes (solutions phéniquées, liqueur de Labarraque, thymol, iodoforme, formol) ; la cautérisation, le curettage peuvent être nécessaires dans le même but. En second lieu l'hémorragie, par son abondance ou sa répétition, peut réclamer l'emploi des divers moyens usités contre elle, y compris la ligature des gros vaisseaux. La douleur, enfin, peut être assez intense pour devenir une source d'indications thérapeutiques : antipyrine, morphine, etc., même la neurectomie ou l'élongation nerveuse. Un régime tonique et des médicaments nutritifs complètent le traitement. Avec ces divers soins et d'autres que suggère la pratique journalière, on prolonge l'existence et, en tous cas, on la rend le moins pénible possible.

Section II. — ANAPLASTIE TÉGUMENTAIRE

L'anaplastie tégumentaire, partie si importante de la chirurgie réparatrice, prend plus spécialement le nom d'*autoplastie*, quand les matériaux de restauration qu'elle utilise sont empruntés à l'opéré lui-même ; celui d'*hétéroplastie*, quand ces matériaux sont fournis par un individu de même espèce ou d'espèce différente.

A. — AUTOPLASTIE

L'autoplastie elle-même comprend deux grandes classes d'opérations : dans l'une, c'est toute l'épaisseur de la peau ou d'une muqueuse qu'on met en usage, y compris ou non le tissu cellulaire sous-jacent, et l'on peut dire alors qu'il s'agit d'*autoplasties complètes ;* dans l'autre (*autoplasties incomplètes*), on emploie l'épiderme et une partie seulement du derme.

1° *Autoplasties complètes.* — Leurs indications en général sont très nombreuses : on y a journellement recours pour combler des fissures congénitales (bec-de-lièvre simple ou compliqué ; ectocardie [O. Lannelongue] ; exstrophie vésicale ; hypospadias, épispadias) ; pour rétablir l'indépendance de certains organes (symblépharon, syndactylie) ; pour agrandir et maintenir les orifices naturels (paupières, narines, bouche, anus, orifice du museau de tanche, etc.) ; pour en former de nouveaux ; pour créer des canaux ; pour fermer des fistules et des ouvertures anormales ; pour remédier à des cicatrices vicieuses ; pour remplacer immédiatement des pertes de substance fraîches produites soit par accident, soit par exérèse opératoire ; pour réparer les déchirures du périnée ; pour couvrir des plaies granuleuses et des ulcères ; enfin pour essayer de prévenir la récidive de certains néoplasmes (lupus, ulcus rodens, épithéliomas, kéloïde), ou pour tapisser des surfaces cancéreuses (Thiersch).

On les exécute aujourd'hui d'après l'une des sept méthodes suivantes : la *méthode de Celse*, dite encore avec raison *méthode française*, parce que c'est en France qu'elle a été le plus cultivée et perfectionnée ; la *méthode indienne ;* la *méthode par renversement ou inversion ;* la *méthode italo-allemande ;* la *méthode* qu'on pourrait appeler *à pont* ; la *méthode à lambeau libre unique de L. Le Fort* (1869-1872), injustement attribuée par des étrangers à Wolfe[1] qui ne l'a exécutée que trois ans après lui ; la *méthode à lambeaux libres multiples d'Ollier* (1872).

a. *Méthode française.* — Son principe fondamental consiste à utiliser les téguments du voisinage immédiat de la brèche à combler, en taillant ou non

[1] Ch. Monod (*Soc. chir.*, 21 juillet 1898).