

RD 57  
B 6  
1844  
t. 4



# TRAITÉ

DES

## MALADIES CHIRURGICALES

ET DES

### OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT.

#### CHAPITRE XXVII.

##### Des maladies et des amputations des membres.

###### ARTICLE PREMIER.

###### *Des maladies de la main.*

Parmi les maladies dont la main peut être atteinte, les unes lui sont communes avec les autres parties du corps, les autres lui sont propres. Il ne sera question ici que des dernières, entre lesquelles il y en a même un assez grand nombre, comme les fractures et les luxations, dont il a déjà été question, et sur lesquelles, par conséquent, nous ne reviendrons point.

###### § 1. — Du Ganglion.

Quoique le ganglion puisse se développer dans plusieurs régions du corps, néanmoins nous croyons devoir le placer au nombre des maladies de la main, parce que le plus souvent c'est sur cette partie qu'on le voit. Le ganglion est une tumeur enkystée qui se forme sur le trajet des tendons, et particulièrement de ceux qui, étant renfermés dans une coulisse et lubrifiés par une humeur synoviale qui faci-

lite leurs mouvements, sont environnés, à leur sortie de cette coulisse, par un tissu lamelleux dans lequel il ne se trouve pas de graisse. On ne doit pas confondre le ganglion, comme l'ont fait quelques auteurs, avec certaines tumeurs enkystées qui se développent devant la rotule, quelquefois sur l'olécrâne, et dont nous avons parlé ailleurs. J'ai vu ces tumeurs se terminer presque toujours par résolution, lorsqu'elles n'avaient pas un volume énorme; et le topique qui m'a paru le plus propre à amener cette terminaison, c'est la dissolution d'une once de muriate d'ammoniaque dans une pinte d'eau. Mais la résolution s'opère lentement, et l'on doit insister sur l'application de ce topique. Le siège le plus ordinaire du ganglion est la face dorsale du carpe, au niveau de l'articulation de la première rangée des os de cette partie avec la seconde, et la face supérieure du tarse, dans le trajet des tendons des muscles extenseurs des orteils. Il se développe quelquefois à la partie antérieure du carpe, dans le tissu cellulaire lamelleux qui environne les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, une tumeur cystique que l'on a considérée comme un ganglion, mais qui en diffère, ainsi que nous le dirons bientôt, sous plusieurs rapports. Une semblable tumeur se voit aussi quelquefois sur la face postérieure du carpe, et s'étend plus ou moins haut sur l'avant-bras dans le trajet des tendons des muscles extenseurs des doigts.

Le ganglion se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite, arrondie, rénitente, légèrement mobile, indolente ou peu douloureuse, sans changement de la couleur de la peau, et dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. Cette tumeur est formée par un liquide synovial, albumineux et de consistance variable. Tantôt il est séreux et limpide, tantôt c'est une gelée épaisse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre, qui ne s'écoule qu'avec difficulté. Le kyste qui contient cette matière est formé, non par une portion de la gaine du tendon affaibli, comme le disent plusieurs auteurs, mais par le tissu cellulaire qui couvre immédiatement cette gaine, ou la capsule articulaire du poignet. La partie de ce kyste qui correspond à la peau lui est unie par une couche de tissu cellulaire fort mince, mais assez lâche pour que la peau puisse être enlevée facilement. La partie qui repose sur la capsule de l'articulation du poignet ou sur les tendons leur est fortement unie. Cette union est quelquefois si intime qu'il est impossible d'enlever le kyste sans intéresser le tendon ou la capsule articulaire, circonstance qu'il ne faut jamais perdre de vue

lorsqu'on fait l'extirpation d'un ganglion. L'épaisseur de ce kyste varie beaucoup : quelquefois il est si mince qu'il se rompt facilement par le moindre effort ou par la moindre pression; d'autres fois son épaisseur et sa texture sont telles, que les efforts les plus violents et la pression la plus considérable ne peuvent le déchirer.

Ordinairement le ganglion se développe spontanément et sans cause connue : quelquefois pourtant il se forme à la suite d'une contusion, d'une distension violente, d'un coup, etc. Mais, quelle que soit la cause de cette maladie, la tumeur croît d'une manière lente, graduelle, et, lorsqu'elle a pris un volume médiocre, elle cesse de grossir. Cependant il arrive quelquefois qu'elle parvient à un volume considérable; elle devient alors incommode en gênant les mouvements de la partie et en les rendant pénibles et douloureux.

Le diagnostic du ganglion présente rarement de la difficulté. La situation de la tumeur, sa forme, sa rénitence, sa couleur, son insensibilité, sa mobilité plus ou moins marquée, ne laissent aucune incertitude sur sa nature.

Le ganglion se dissipe quelquefois de lui-même; mais cette résolution spontanée est extrêmement rare. Moinichen a vu un ganglion qui disparaissait aux approches des couches, et qui revenait ensuite. « Je connais, dit-il, un dame, mère de plusieurs enfants, qui a, depuis plusieurs années, sur le poignet, un ganglion de la grosseur d'une noisette, sans douleur, lequel disparaît de lui-même toutes les fois qu'elle est près d'accoucher. Quelques jours avant son terme, elle s'aperçoit que cette petite tumeur diminue peu à peu, au point de ne plus laisser qu'une petite marque autour, semblable à une ecchymose qui se dissipe aussi à la fin; et c'est ce qui lui annonce que son travail va commencer. Elle a fait plusieurs fois la même remarque. La seconde semaine après ses couches, ce ganglion, qui paraissait entièrement effacé, commence à reparaitre et parvient insensiblement à la grosseur qu'il avait auparavant » (1).

Les remèdes topiques, la compression, l'incision et l'extirpation, tels sont les moyens qui ont été proposés et employés pour guérir le ganglion.

Les topiques résolutifs, discussifs et fondants ne sont pas de grande

(1) Actes de Copenhague, ann. 1671 et 1672, obs. 56.

utilité dans la cure du ganglion, quoique des auteurs rapportent en avoir éprouvé de bons effets dans les ganglions récemment formés.

La compression a communément plus de succès. Elle agit en rompant le kyste et en produisant l'effusion du liquide qu'il contient dans le tissu cellulaire, où il est peu à peu résorbé. Quelquefois on a obtenu ce résultat en recommandant aux personnes qui avaient un ganglion de le frotter fortement avec le pouce plusieurs fois par jour, ou en faisant porter une plaque de plomb bien serrée sur la tumeur. On fait frotter avec du vif-argent cette plaque du côté qui touche la peau, ce qui ne paraît pas lui donner plus de vertu. Mais on est bien plus sûr de déchirer le kyste du ganglion en exerçant sur la tumeur une pression forte et instantanée. La manière la plus simple et la plus sûre de faire cette compression consiste à placer la main sur une table, et à presser la tumeur de toutes ses forces avec les deux pouces appliqués immédiatement sur la peau ou sur un corps dur, tel qu'une pièce de monnaie. On peut aussi se servir d'un cachet monté sur un manche dont on garnit la plaque avec du linge et sur lequel on presse de tout le poids du corps. Cette manière de presser le ganglion pour en rompre le kyste est préférable à celle que recommande Job a Meekren, et qui consiste à placer la main du malade sur une table, et à frapper le ganglion avec le poing jusqu'à ce que le kyste se creève. D'autres se sont servis d'un maillet de bois pour cette percussion, qui est bien rarement employée aujourd'hui.

Il ne suffit pas, pour guérir radicalement le ganglion, d'en rompre le kyste en comprimant la tumeur d'une manière quelconque : il faut encore que les parois de cette poche s'agglutinent ensemble, sans quoi la maladie ne tarde pas à récidiver. Or, pour que cette agglutination se fasse, il faut qu'il se développe dans les parois du kyste un certain degré d'inflammation, et que ces parois soient maintenues appliquées l'une contre l'autre pendant fort longtemps au moyen de la compression. Cette compression est facile à exercer, mais l'inflammation du kyste n'en est pas toujours le résultat; aussi voit-on fréquemment le ganglion se reproduire plus ou moins longtemps après la compression.

Lorsque le ganglion n'a pas cédé aux topiques résolutifs, et qu'il a résisté à la compression, si son volume le rend incommode, s'il gêne les mouvements et excite de la douleur, ou si le malade veut s'en débarrasser comme d'un objet de difformité, il faut ou l'ouvrir ou en venir à l'extirpation.

L'ouverture du ganglion peut être faite par une incision ou par une simple ponction. L'incision doit s'étendre à toute la longueur du ganglion, et après avoir complètement débarrassé le kyste de l'humeur glaireuse qu'il contient, on le remplit de charpie afin d'exciter l'inflammation de sa surface et le développement des bourgeons charnus, à la faveur desquels ses parois contracteront des adhérences entre elles, et sa cavité se trouvera effacée. Cette opération, quoique simple, peut donner lieu à des accidents inflammatoires graves; d'ailleurs, elle ne procure pas toujours la guérison radicale de la maladie : aussi est-elle rarement pratiquée.

La simple ponction avec la pointe d'une lancette ou d'un bistouri expose beaucoup moins le malade aux accidents inflammatoires que l'ouverture de la tumeur par une longue incision. Cette ponction ne doit avoir que l'étendue nécessaire pour laisser sortir la matière qui forme le ganglion et vider complètement le kyste. En la faisant, on doit avoir l'attention de tirer la peau et de diriger obliquement l'instrument, afin qu'après la sortie du liquide il n'y ait plus, lorsqu'on cessera de tendre la peau, de parallélisme entre l'ouverture de cette membrane et celle du kyste, et que la surface de celui-ci ne puisse être en contact avec l'air. La tumeur étant vidée, on doit, comme après la rupture du kyste, exercer une compression assez forte et assez longtemps continuée pour produire l'inflammation et la réunion des parois de cette poche; sans quoi le ganglion ne tarderait pas à reparaitre.

L'extirpation est une opération dont le succès est beaucoup plus sûr que celui des deux précédentes. Elle consiste à faire à la peau une incision longitudinale ou cruciale, suivant le volume de la tumeur, à disséquer le kyste et à l'enlever. Dans cette dissection, on doit éviter d'ouvrir le kyste, parce qu'alors, l'humeur visqueuse qu'il contient venant à s'échapper subitement, ses parois s'affaisseraient et la dissection en deviendrait beaucoup plus difficile. Le kyste doit être enlevé en entier, comme dans l'extirpation de toutes les tumeurs cystiques : toutefois s'il adhérait tellement aux tendons, à leur gaine ou à la capsule de l'articulation du poignet, qu'on ne pût l'en séparer sans porter atteinte à ces parties, il faudrait renoncer à enlever la portion qui leur serait adhérente. Lorsque la tumeur est emportée, si le kyste a été enlevé entièrement, on réunit la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et l'on exerce sur les lambeaux une compression assez forte pour empêcher qu'il ne s'épanche du sang au-dessous d'eux, ce

qui mettrait obstacle à leur réunion immédiate. Mais cette réunion sans suppuration n'a lieu que dans certains cas favorables où il reste, sur les tendons auxquels le ganglion était uni, une couche un peu épaisse de tissu cellulaire. Dans le cas contraire, les lambeaux ne se réunissent aux tendons qu'après qu'il s'est élevé des bourgeons charnus sur la surface de ces derniers; et si les tendons étaient entièrement dépouillés du tissu cellulaire qui les couvre, l'exfoliation en deviendrait inévitable et les lambeaux ne pourraient se joindre aux parties sous-jacentes qu'après que cette exfoliation serait opérée.

Lorsqu'on a été forcé de laisser une partie du kyste, par la crainte d'intéresser les tendons ou le ligament capsulaire de l'articulation sur lequel le ganglion est situé, au lieu de réunir la plaie immédiatement, il faut la remplir de charpie, et attendre, pour en rapprocher les lèvres, que la suppuration les ait dégorgées, et qu'il se soit développé des bourgeons charnus sur la portion de kyste qui n'a pas été enlevée: sans cela on risquerait de voir la maladie récidiver. L'extirpation d'un ganglion n'est pas toujours exempte d'accidents; quelquefois elle donne lieu à une tuméfaction inflammatoire de toute la main, à une violente pyrexie, à des douleurs vives, à des spasmes; mais ces accidents ont rarement une terminaison funeste; ils cèdent ordinairement aux secours de l'art.

On a regardé comme ganglion une tumeur enkystée qui se développe devant les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, derrière le ligament annulaire du poignet; mais cette tumeur diffère du ganglion ordinaire par le volume considérable qu'elle est susceptible d'acquies, par les qualités du liquide qui la forme, et par l'épaisseur des parois du kyste dans lequel ce liquide est renfermé. D'abord peu volumineuse et cachée derrière le ligament annulaire, cette tumeur prend bientôt de l'accroissement, et à mesure que son volume augmente, elle descend dans la paume de la main d'une part, et de l'autre remonte sur l'avant-bras, au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. Le liquide qui la forme diffère peu par sa couleur et sa consistance de celui qui produit le ganglion ordinaire; mais il contient presque toujours de petits corps libres dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève de haricot. Les uns sont plats et lenticulaires, les autres ronds, oblongs, etc. Ces corps sont blancs ou blanchâtres, élastiques, et semblent être des concrétions inorganiques albumineuses ou de tout autre nature. Le kyste dans lequel

le liquide où nagent ces corps est renfermé a en général plus d'épaisseur que celui du ganglion; mais son tissu est moins dense et moins serré. Il adhère tellement aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts, qu'il est presque impossible de l'en séparer. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de cette espèce de tumeur enkystée: nous nous contenterons de rapporter les deux suivants.

« Une femme ayant fait un effort pour lever un grand poids, il parut, dès le même jour, à la partie inférieure de son avant-bras droit une petite tumeur qui alla toujours dans la suite en augmentant. Dix-huit mois après, il se fit à la partie interne de la main une ouverture par où il sortait tous les jours du pus et de la sérosité, et cependant la tumeur ne laissait pas de grossir encore; les doigts de cette main étaient toujours pliés et ne se pouvaient étendre. Enfin, au bout de deux ans, la malade se résolut à faire ouvrir la tumeur; M. Sivert, chirurgien, fit l'opération. Il ne sortit de matière liquide qu'environ deux cuillerées de sérosité gluante, mêlée d'un peu de pus blanc et épais; tout le reste était solide, et c'étaient environ deux cents petits corps blancs, ronds et oblongs, assez semblables à des fèves, longs peut-être de quatre lignes et larges de deux, sans cavité, tous de même substance, recouverts d'une membrane assez solide et fort adhérente, à moins qu'on n'employât la macération pour la séparer. Quelques-uns de ces grains avaient un pédicule par où ils auraient pu être attachés à quelque autre corps » (1).

Une femme portait à la partie antérieure du poignet une tumeur large, plate, molle, indolente et sans changement de couleur à la peau; elle avait une tumeur semblable dans la paume de la main. Si l'on comprimait la tumeur du poignet, celle de la main devenait plus saillante, plus tendue, et réciproquement. Ces deux tumeurs n'en formaient réellement qu'une, divisée en deux parties qui communiquaient entre elles derrière le ligament annulaire antérieur du carpe; en sorte que, lorsqu'on en pressait une, l'humeur qu'elle contenait passait dans l'autre. Ce passage était accompagné d'un bruit sourd qui paraissait dépendre du glissement de petits corps étrangers à travers l'ouverture étroite de communication des deux parties de la tumeur. Une incision faite à celle du carpe donna issue à une humeur visqueuse et à un

(1) Acad. des sciences, ann. 1717, p. 27.

grand nombre de corps étrangers : en comprimant dans la paume de la main, on vida complètement la tumeur. On continua la compression sur la paume de la main ; la plaie suppura et se cicatrisa. Les corps étrangers qui sortirent en grand nombre de cette tumeur étaient ovoïdes, aplatis, lisses, semblables pour la couleur et la consistance au conduit déférent ; ils étaient de différentes grandeurs : les uns avaient plus d'un demi-pouce de longueur, les autres moins ; il s'en trouvait beaucoup de très-petits. Aucun n'adhérait ni ne paraissait avoir adhéré au kyste qui les renfermait. Albinus, qui rapporte cette observation (1), ne dit pas s'il a vu la malade assez longtemps après la cicatrisation de la plaie pour s'assurer si la guérison fut radicale.

Le diagnostic de l'espèce de tumeur enkystée dont il est question ne présente aucune difficulté lorsque les progrès de la maladie lui ont fait dépasser les limites du ligament annulaire antérieur du carpe, et qu'elle s'est étendue au-dessus et au-dessous de ce ligament ; alors cette tumeur paraît double ou formée de deux parties, dont l'une correspond à la paume de la main et l'autre à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras : la première est ordinairement plus grande que la seconde : elles sont séparées l'une de l'autre par une dépression plus ou moins marquée qui correspond au ligament annulaire ; mais elles communiquent entre elles derrière ce ligament, en sorte que la matière qui les forme passe de l'une dans l'autre quand on les comprime alternativement : et lorsque cette matière contient de petits corps étrangers solides, son passage, par l'espèce de détroit au moyen duquel les deux parties de la tumeur communiquent ensemble, est marqué par un bruissement particulier qui résulte du frottement de ces corps solides les uns contre les autres. Chacune des parties de la tumeur est molle, sans douleur, sans changement de la couleur de la peau, et présente une fluctuation plus ou moins marquée.

Cette tumeur n'est qu'un simple objet de difformité lorsqu'elle a peu de volume ; mais dès qu'elle a acquis une grosseur considérable, elle devient fort incommode et empêche les mouvements des doigts et de la main. Dans cet état, c'est une maladie d'autant plus fâcheuse,

(1) *Annot. acad.*, lib. VII, cap. 15.

que l'opération nécessaire pour la guérir n'est pas toujours exempte d'accidents graves, et qu'elle a même quelquefois causé la mort.

On ne peut obtenir la guérison de cette tumeur cystique qu'en extirpant le kyste, ou en excitant son inflammation et en déterminant sur sa surface la naissance des bourgeons celluloux et vasculoux à la faveur desquels ses parois contractent des adhérences entre elles, et sa cavité s'efface entièrement. Les procédés qui ont été employés pour remplir l'une ou l'autre de ces intentions sont l'extirpation, l'incision et le séton.

L'extirpation est une opération que le volume de la tumeur, ses rapports avec les parties environnantes et les adhérences intimes du kyste avec les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, rendent très-difficile et très-laborieuse ; mais elle procure plus sûrement que l'incision et le séton la guérison radicale de la maladie. L'incision peut être faite dans toute l'étendue de la tumeur en y comprenant le ligament annulaire du carpe ; elle peut être bornée à la partie de la tumeur qui descend dans la paume de la main, ou à celle qui correspond à la partie inférieure de l'avant-bras ; enfin, on peut la fendre en même temps dans l'un et l'autre de ces endroits, en épargnant le ligament. Lorsqu'on ouvre la tumeur dans toute sa longueur, après avoir fait sortir l'humeur qu'elle contient, et abstergé les parois du kyste avec une éponge, on le remplit exactement de charpie afin d'exciter son inflammation et le développement des bourgeons charnus. Dans les pansements suivants, on continue à le remplir de charpie jusqu'à ce qu'il soit entièrement recouvert de ses bourgeons ; alors on panse à plat, et l'on peut même employer des bandelettes agglutinatives pour hâter la guérison de la plaie. Quand on ouvre simplement la tumeur à la paume de la main ou à la partie inférieure de l'avant-bras, on facilite la sortie de la matière en comprimant sur l'endroit opposé à celui qui est ouvert, et par la suite on continue la compression pour favoriser la réunion des parois du kyste. Lorsqu'on incise la tumeur à ses deux extrémités, on doit, après l'avoir vidée, y placer une bandelette de linge effilé en manière de séton, afin de faire naître l'inflammation du kyste, le développement des bourgeons charnus et l'adhérence de ses parois entre elles.

Il est facile de voir, par ce qui précède, qu'on est bien moins sûr d'obtenir la guérison radicale de la maladie en incisant simplement la tumeur qu'en faisant l'extirpation du kyste. Mais quel que soit le

procédé opératoire auquel on ait recours, il est toujours à craindre qu'il ne survienne des accidents graves et même mortels. Aussi les chirurgiens prudents ne se déterminent-ils à entreprendre la cure de cette maladie que lorsque le volume de la tumeur gêne tellement les mouvements des doigts et de la main que le malade ne peut se servir de cette partie. Cependant l'extirpation et l'incision ne sont pas toujours suivies d'accidents graves. Warner (1) a pratiqué deux fois la première de ces opérations. Les tumeurs, qui avaient un volume considérable, étaient adhérentes aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts et de la main. Il fut obligé de couper le ligament transversal du carpe. Les malades, qui auparavant ne pouvaient fermer la main ni mouvoir les doigts, recouvrèrent parfaitement l'usage de ces parties après la guérison, qui fut accomplie en six semaines. Gooch (2) rapporte un cas du même genre. La tumeur avait paru deux ou trois ans auparavant, à la suite d'une forte contusion : elle s'étendait depuis le poignet jusqu'au milieu de la paume de la main et causait beaucoup de douleur. La main était devenue immobile sur l'avant-bras avec lequel elle faisait un angle droit. Gooch ouvrit cette tumeur et traita la plaie suivant la méthode que nous avons indiquée plus haut. Il rétablit ensuite la position de la main et le jeu de l'articulation par des applications émollientes et une compression convenable, au moyen d'une machine propre à remplir cet objet.

Une tumeur de la nature de celle dont nous venons de parler se développe quelquefois sur la partie postérieure du poignet et sur le dos de la main. Nous aurions en rapporter plusieurs exemples : nous nous arrêterons au suivant.

M. C\*\*\*, de Bruxelles, âgé d'environ trente-cinq ans, bien constitué et bien portant, vint à Paris, dans l'année 1813, pour consulter sur une tumeur qui, sans cause connue, s'était formée sur la partie postérieure du poignet et le dos de la main. Il y avait un an qu'elle avait commencé. Ses progrès avaient été successifs et assez rapides : elle s'étendait à plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de l'articulation de la main. Consulté par M. C\*\*\*, je jugeai que sa tumeur était enkystée et qu'on ne pourrait en obtenir la guérison qu'en extirpant le kyste, ou en excitant son inflammation et en faisant naître des

(1) *Obs. de chirur.*, obs. 15.

(2) *Cases and remarks*, p. 381.

bourgeons charnus à la faveur desquels ses parois deviendraient adhérentes et sa cavité s'effacerait entièrement. Le séton me parut un moyen propre à remplir cette double intention. Je le proposai au malade qui l'accepta, et je pratiquai l'opération de la manière suivante : je fis, sur chaque extrémité de la tumeur qui était oblongue, une incision d'un demi-pouce environ ; ensuite, après avoir fait sortir par la compression la matière qu'elle contenait, je passai d'une ouverture à l'autre, au moyen d'un stylet à aiguille, une bandelette de linge effilée dont l'usage fut continué pendant un mois, avec l'attention de la tirer chaque jour, comme on le fait pour un séton ordinaire. Au bout de ce temps, je cessai l'emploi de la bandelette, et j'exerçai une compression expulsive entre les deux ouvertures qui ne tardèrent pas à se cicatriser. Alors la guérison me parut certaine, et le malade retourna chez lui. Mais la tumeur ne tarda pas à reparaitre et à augmenter successivement, malgré l'emploi d'un bandage compressif au moyen duquel on croyait pouvoir s'opposer à son accroissement. Cet accroissement fut tel qu'au bout de deux ans, quoique la tumeur ne causât aucune douleur et ne gênât ni les mouvements des doigts ni ceux de la main, le malade désirait vivement d'en être débarrassé. Il revint à Paris, et s'adressa de nouveau à moi. Voici quel était alors l'état de la tumeur : elle avait plus de cinq pouces de long sur deux et demi de large ; elle était haute d'un pouce au moins, et s'étendait jusqu'à l'extrémité inférieure des os du métacarpe où elle formait, dans les intervalles qui les séparent, des saillies arrondies. Sa surface présentait plusieurs bosselures ; la peau qui la couvrait était mince et tendue, mais sa couleur n'était point changée. En pressant la tumeur alternativement dans deux points différents, on sentait un liquide qu'on pouvait faire refluer d'un endroit à l'autre : elle était fixe, point douloureuse au toucher ; les mouvements des doigts conservaient leur liberté ; ceux de la main étaient un peu gênés ; l'avant-bras, au-dessus de la maladie, était un peu plus gros que l'autre.

Le séton n'ayant point eu de succès, il était facile de voir qu'on ne pourrait guérir cette tumeur qu'en extirpant le kyste ; mais je craignais que cette opération ne causât des accidents fâcheux. Je fis part de mes craintes au malade, qui n'en persista pas moins dans la résolution où il était de se délivrer de cette tumeur, à quelque prix que ce fut. Je me vis donc obligé de l'opérer, ce que je fis le 18 avril 1815, de la manière suivante.