HYGROMA

L'hygroma est *aigu* ou *chronique*.

L'*hygroma aigu* s'observe surtout au niveau de la bourse prérotulienne ou au niveau du coude.

La lymphangite ou l'érisypèle provoquent l'inflammation aiguë des bourses séreuses, qui ne sont, en somme, qu'une dilatation lymphatique. Les traumatismes et les affections générales (rhumatisme) sont encore des causes fréquentes d'hygromas.

Son **traitement** consiste dans l'*enveloppement humide* du membre, dans le *repos* et, si la suppuration devenait manifeste, dans l'*incision large*.

L'hygroma chronique est souvent professionnel (parqueteurs, couvreurs, etc.) et reconnaît souvent pour cause les traumatismes et les froissements de la région. C'est au niveau de la bourse sous-cutanée prérotulienne qu'on l'observe le plus souvent. Il peut devenir très volumineux, se rompre, s'enflammer ou devenir hémorrhagique.

Son **traitement** est actuellement très simple. Il faut chercher à pratiquer l'*extirpation de la poche*. Souvent on l'ouvrira pendant la dissection, et on aura soin de bien repérer les parois pour arriver à décortiquer complètement la tumeur, à l'aide d'instruments mousses ou du bistouri. Parfois il est difficile d'enlever la paroi profonde, tant elle est adhérente à l'os ou même à la synoviale du genou. La dissection, d'ailleurs, donne beaucoup de sang.

Nous avons vu souvent Trélat se contenter d'ouvrir largement l'hygroma, de gratter soigneusement les parois, de les cautériser à l'eau phéniquée forte et de pratiquer la suture après avoir réséqué une partie de la poche et de la peau exubérante. La réunion par première intention peut être obtenue dans ces conditions.

Nous conseillons l'extirpation complète avec suture de la peau pour les petits hygromas.

La simple incision avec excision partielle et curage pour les gros hygromas.

Dans les deux cas, la réunion est de rigueur.

Si l'hygrome est enflammé, il faut attendre, pour opérer, que la période inflammatoire soit calmée.

KYSTES SYNOVIAUX
(GANGLION DU POIGNET. — KYSTES POPLITÉS)

On observe les kystes synoviaux au niveau du poignet ou au creux poplité. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'un kyste contenant un liquide filant comme du blanc d'œuf, souvent épais, blanc ou rosé.

Au niveau du poignet, ils sont *dorsaux* ou *palmaires*. Au niveau de la face dorsale, c'est, en général, dans la bourse des tendons extenseurs des doigts qu'on les voit. A la face palmaire, sans compter les *kystes à grains riziformes*, qui sont de nature tuberculeuse, on peut les voir dans la région radiale ou à la gouttière carpienne.

Au creux poplité, ils siègent, en général, en dedans et prennent naissance aux dépens de la bourse séreuse du jumeau.

Ils sont, en général, indolents ; mais ils peuvent devenir gênants, parfois même très douloureux (névralgiques).

Au poignet, ils prennent le nom impropre de *ganglions*.

Souvent on est consulté pour ces kystes. Quand ils ne sont pas gênants, l'expectation pure et simple est indiqué.

Quand ils gênent ou qu'ils augmentent de volume, on peut les traiter.

Écrasement. — Un procédé ancien qu'il faut connaître est l'*écrasement*. Sabatier appuyait un pouce sur le ganglion ; puis, avec l'autre pouce appuyé sur le premier, il pressait jusqu'à ce que le kyste fût crevé et l'humeur qu'il contenait répandue dans le tissu cellulaire.

On saisit la main du malade entre ses deux mains, les pouces appliqués sur le kyste qu'on comprime pendant qu'on fléchit le poignet pour tendre la tumeur. On sent alors, sous une pression énergique, éclater la poche. Quelques malaxa-

tions, un peu de compression, et tout est dit. L'écrasement n'est pas souvent possible. Pour mon compte personnel, j'ai échoué le plus souvent, bien que j'aie essayé systématiquement le procédé.

Discission. — Quand on ne réussit pas et que le ganglion n'est pas très volumineux, un très bon procédé à la portée de tous est la *discission* du kyste. Après s'être muni d'une aiguille à cataracte (c'est l'instrument le meilleur) qu'on a flambée et avoir nettoyé la peau, on pénètre sous la peau et on larde le kyste dans tous les sens de manière à l'ouvrir dans le tissu cellulaire. Un peu de compression achève de répandre le contenu dans le tissu cellulaire.

On préconise des injections irritantes (chlorure de zinc au dixième ou 3 gouttes de teinture d'iode). Ces procédés sont infidèles et peuvent devenir dangereux.

Si on ne réussit pas par les procédés sus-indiqués, on peut arriver à l'*incision* ou à l'*extirpation*.

L'extirpation des kystes synoviaux du poignet n'est pas la chose simple qu'on dit dans les livres classiques. Pour mon compte personnel, j'ai toujours eu des difficultés tantôt à cause des adhérences profondes du kyste (kyste articulaire du poignet), tantôt à cause des adhérences aux tendons. Il m'est arrivé deux fois, pour deux kystes radiaux, de blesser l'artère radiale qui avait contracté des adhérences intimes avec le kyste. Dans les deux cas, il a fallu lier l'artère; les malades (une jeune fille et une vieille dame) ont guéri.

Souvent je n'ai pu extirper le kyste en totalité, et il a fallu me contenter de l'excision partielle.

Enfin, tout dernièrement, j'ai opéré un kyste de la face dorsale du poignet sur une demoiselle de trente ans. Ce kyste occupait la gaine des extenseurs des doigts, contractait des adhérences intimes avec les tendons et se prolongeait jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras en passant sous le ligament du poignet.

L'excision partielle guérit cependant le kyste, et la simple incision avec lavage de la poche en fait autant. A quoi bon

s'acharner à une dissection, délicate toujours, souvent impossible?

Mieux vaut, il me semble, se contenter d'ouvrir aseptiquement le kyste, le laver au sublimé, le toucher à l'eau phéniquée forte et réunir la peau. L'irritation est suffisante pour le guérir, comme l'hygroma qu'on ouvre, ou l'hydrocèle.

En résumé, après avoir essayé de l'écrasement, c'est à la simple incision que je donne la préférence, si on peut la faire aseptiquement, ou à la discission sous-cutanée, si on n'est pas absolument certain de son asepsie.

Les **kystes poplités** internes ne doivent être abordés qu'avec toutes les précautions aseptiques d'une grande opération.

En cherchant à faire l'ablation d'un kyste poplité, on fait le plus souvent une véritable arthrotomie du genou, car souvent ces kystes communiquent avec la jointure.

Les **kystes à grains riziformes** doivent être ouverts, grattés et drainés. Le massage précoce de la main évitera les raideurs.

ANÉVRISMES ARTÉRIELS

Le traitement des anévrismes artériels accessibles est, à l'heure actuelle, simplifié.

Nous passerons sous silence les *injections coagulantes*, les *corps étrangers*, la *galvano-puncture* et la *compression directe*.

J'arrive aux méthodes qu'on peut employer aujourd'hui.

Elles sont au nombre de quatre : la *flexion*, la *compression*, la *ligature* et l'*extirpation du sac*.

La *flexion* est la méthode la plus simple, celle qui peut être employée par le médecin de campagne, dénué de ressources.

En fléchissant fortement le membre, la circulation s'arrête, et si l'anévrisme est près de l'articulation, il subit du même coup une compression.

Cette méthode est lente. Elle a nécessité parfois quatorze jours.

Elle n'est pas toujours suivie de succès (35,5 0/0 de succès).

Elle est douloureuse.

Elle expose aussi à la rupture du sac, quand on ne choisit pas bien les cas.

On doit l'employer chez les sujets jeunes, non rhumatisants.

Il faut que le degré de flexion nécessaire pour suspendre les battants ne soit pas considérable, ni très douloureux.

Il faut que l'anévrisme ne siège pas au-dessus de l'articulation.

Il faut que ses parois ne soient pas trop minces.

La *compression* indirecte doit être *totale*, *continue* et *alternative* (méthode de Delmas). Elle donne 50 0/0 de succès. Mais elle expose aussi à la gangrène (6 0/0).

Supposons un anévrisme poplité. Si le malade est âgé ou cachectique, et si l'anévrisme n'est pas enflammé, si ses parois ne sont pas trop minces, si son volume n'est pas considérable, s'il n'existe pas de troubles de sensibilité et de motilité du côté du membre inférieur, on peut employer la compression de la fémorale.

Il faut faire des séances de quatre heures en changeant de place.

Après la dixième heure, les chances de guérison diminuent.

La *ligature* est la méthode qui compte encore des partisans nombreux.

La ligature se fait au-dessus du sac (méthode de Hunter) ou au-dessous (méthode de Wardrop), quand on ne peut faire autrement.

Quand on fait la ligature au-dessus du sac, on la fait près de l'anévrisme (méthode d'Anel).

L'*extirpation* consiste à enlever l'anévrisme après double ligature.

Les travaux de Delbet (1888 et 1895) ont réhabilité l'extirpation.

Delbet compare la ligature à l'extirpation au triple

point de vue de la *mortalité*, de la *gangrène* et des *qualités de la guérison*.

La mortalité est de 8,33 0/0 pour la ligature, de 0 pour l'extirpation (statistique 1895).

La gangrène survient après la ligature 8,35 0/0. Elle ne survient que 2,77 0/0 à la suite de l'extirpation.

Enfin, à la suite de la ligature, on peut observer des récidives, la continuation des douleurs et de l'impotence.

Aussi c'est à l'*extirpation du sac* qu'il faut avoir recours.

Pour nous résumer, on peut essayer la *flexion*, quand elle n'est pas contre-indiquée, ni trop douloureuse.

Mais, si la flexion échoue et si l'anévrisme est accessible, c'est à l'*extirpation* qu'il faut recourir.

Pour les **anévrismes artério-veineux**, Delbet est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Tenter la compression à la fois directe et indirecte dans les cas récents, mais sans y insister ;

2° Faire la quadruple ligature, lorsque le sac est très petit ou qu'il manque ;

3° Extirper le sac dès qu'il a un certain volume.

ANGIOMES OU TUMEURS ÉRECTILES

Tumeurs congénitales, les angiomes sont très fréquents chez les enfants.

Ils disparaissent souvent dans les premiers temps de la vie. D'où l'indication formelle de ne pas toucher à ces tumeurs chez les nouveaux-nés.

Il y a indication à traiter ces tumeurs, si elles augmentent.

Parmi les angiomes, les uns sont cutanés (taches érectiles); d'autres, sous-cutanés. Dans les angiomes cutanés, tous les degrés s'observent comme étendue ou volume. Depuis une tache du volume d'une piqûre de puce jusqu'à la tumeur, grosse comme une pomme ou au masque lie-de-vin occupant la moitié de la face, tous les intermédiaires existent.

Le médecin n'aura, en général, à traiter que deux sortes de tumeurs : les angiomes cutanés qui progressent et

s'étendent en formant tumeur; les angiomes sous-cutanés.

1° Les *angiomes sous-cutanés* sont justiciables de l'extirpation au bistouri. Voici comment il faut procéder : après avoir pris les précautions habituelles, on circonscrit la tumeur avec deux incisions elliptiques passant en dehors; il y a fort peu de sang, parce qu'il est démontré depuis Nélaton que l'hémorrhagie est minime quand on incise en dehors de la tumeur. Après avoir découvert l'angiome, on l'attaque à la périphérie, on découvre un bord et on le soulève. Souvent il est mobile et se laisse énucléer en totalité. Tout dernièrement, j'ai enlevé un angiome sous-cutané de la nuque d'un enfant de quelques mois. La tumeur était grosse comme une noisette. Elle était mobile. La peau était un peu adhérente et bleuâtre à son sommet. En sacrifiant la peau adhérente, j'ai pu facilement énucléer la tumeur, et il n'a pas été nécessaire de mettre une seule pince hémostatique ni de faire une ligature.

La peau est suturée.

2° L'*angiome cutané* comporte une thérapeutique différente suivant les cas. Voici des exemples :

J'ai eu à opérer un angiome du front, qui était gros comme une noix, mais bien limité et reposant sur le frontal.

Deux incisions courbes autour de la tumeur l'ont rapidement circonscrite de chaque côté, pendant que l'aide, avec ses doigts, comprimait la circonférence de la grosseur contre l'os.

Après avoir enlevé la peau ainsi détachée avec l'angiome sous le couvert de l'hémostase préventive faite par les doigts de l'aide, j'ai pu lier deux artérioles et procéder rapidement à la suture, qui, dans ces cas, est hémostatique.

Un gros angiome du dos sessile est soulevé dans un autre cas par deux pinces de Péan courbes et devient pédiculé. Les pinces font l'hémostase pendant que le bistouri tranche au dessus toute la tumeur et que les points de suture sont placés au crin de Florence. Les pinces sont enlevées ou tombent; les points de suture sont serrés, et l'hémostase définitive est assurée.

Un gros angiome de la région sus-claviculaire, chez un jeune enfant, devient de plus en plus volumineux. C'est encore avec

le bistouri que j'attaque la périphérie de la tumeur et que je l'enlève rapidement.

L'extirpation est le traitement de choix. L'extirpation doit se faire au bistouri. On peut faire l'hémostase préventive par la compression de la périphérie quand la tumeur repose sur un plan osseux (crâne), par les pinces clamps au niveau du dos. On peut même se passer d'hémostase préventive, si on va vite, qu'on dépasse les limites de la tumeur, qu'on est bien aidé et que l'enfant n'est pas trop jeune.

Les avantages de l'extirpation au bistouri sont trop manifestes pour qu'on insiste : L'opération une fois faite, la tumeur est guérie définitivement sans crainte de récidive. La cicatrice qui reste est linéaire, en tout cas petite, et ne saurait se comparer avec les cicatrices laissées par les autres méthodes de traitement.

L'opération n'est pas douloureuse. Le malade une fois réveillé n'aura plus à souffrir. Au bout de huit à dix jours, il est guéri.

A côté de ces avantages, l'extirpation n'offre aucun inconvénient sérieux. Elle n'est pas grave. Bien faite, elle ne provoque pas d'hémorrhagie ; elle est très simple.

L'extirpation au bistouri est donc la méthode de choix.

Mais est-elle toujours applicable?

Non. Dans beaucoup de cas l'extirpation est impossible à cause du *volume* ou du *siège* de la tumeur érectile.

Voici une tumeur érectile siégeant au niveau de la lèvre.

Elle occupe le tiers de la lèvre. Faut-il donc enlever la lèvre pour guérir l'angiome? Ce serait exposer l'enfant à une cicatrice difforme et lui faire subir une opération mutilante pour le guérir d'une affection curable autrement.

Une tumeur érectile de la paupière rentre dans la même catégorie des tumeurs non opérables par le bistouri.

Autour des orifices naturels il est donc contre-indiqué d'enlever les angiomes au bistouri, à cause de la cicatrice et de la difformité consécutive.

Il en est de même du volume. Une tumeur très volumineuse, pour l'extirpation de laquelle il faudrait enlever une

grande étendue de peau, n'est pas justiciable de ce traitement pour deux raisons : parce que la réunion de la peau ne pourra se faire qu'avec un grand tiraillement, et parce que l'opération sera parfois trop importante.

Volume et siège sont parfois associés pour contre-indiquer l'ablation au bistouri. J'ai eu à soigner une tumeur érectile qui occupait les ailes et l'extrémité du nez. Dans ce cas, l'étendue de la tumeur et son siège étaient les raisons qui m'ont fait repousser l'intervention au bistouri.

A ces deux conditions locales contre-indiquant l'ablation je dois joindre l'état général. Une tumeur même peu volumineuse et justiciable d'une intervention sanglante sur un enfant bien portant ne l'est pas sur un enfant faible, qui ne supportera pas facilement une opération.

Autres procédés. — Dans les cas où l'intervention au bistouri est contre-indiquée, que nous reste-il à faire? Deux procédés ; l'*ignipuncture* ou l'*électrolyse*. Il faut repousser en effet tous les autres procédés de *coagulation* qui, sous l'apparence d'une simple injection de quelques gouttes de liquide dans la tumeur, présentent de sérieux dangers et ont une efficacité douteuse.

L'*ignipuncture* est à la portée de tout le monde. Elle peut se faire au thermo ou au galvano-cautère. Le thermo est plus facile à manier et, avantage considérable, il se trouve entre les mains de tous les médecins.

Il suffit de posséder un fin couteau de thermo-cautère. Voici comment je procède :

Après avoir pris des précautions aseptiques, désinfecté la peau de la région, savonné la surface de la tumeur, etc., on allume le thermo-cautère et on le porte au *rouge très sombre*. On saisit ensuite la tumeur, on l'exprime, de manière à la vider du sang qu'elle contient et on enfonce dans sa profondeur une pointe du thermo. On va doucement en enfonçant et on retire la pointe doucement. On continue ainsi à plusieurs reprises enfonçant dans la même séance 3, 4, 5 pointes sur des points différents de la tumeur. On panse ensuite à la gaze iodoformée.

Il n'est pas rare de voir du sang jaillir par la piqûre du thermo-cautère. Il faut alors comprimer, repasser le couteau porté à la température du rouge sombre, placer parfois une pince hémostatique pour obturer l'orifice. Je n'ai jamais vu ces hémorrhagies devenir inquiétantes. Il suffit de patienter et de ne pas abandonner le malade avant d'avoir arrêté le sang par la compression ou par une cautérisation convenable.

La chloroformisation n'est pas indispensable pour cette petite opération ; mais rien n'empêche d'y avoir recours, si l'état général le permet.

Après la cautérisation, on renvoie le malade avec un pansement qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours.

Ce n'est qu'au bout de six semaines que je revois le malade pour décider s'il y a lieu de recommencer l'ignipuncture.

Il est rare, en effet, qu'une séance soit suffisante et, le plus souvent, on est forcé de recommencer une fois ou deux sur les points qui restent rouges et angiomateux.

A la suite de l'ignipuncture, il se produit une eschare qui tombe, et la plaie laissée par la chute de l'eschare est remplacée par un tissu fibreux inodulaire qui étouffe les vaisseaux et les détruit. Le but de l'ignipuncture est de remplacer précisément toute la tumeur vasculaire par un tissu fibreux inodulaire, blanc, cicatriciel. La cicatrice est donc apparente ; mais elle est plate et blanche. La *cicatrice*, c'est l'inconvénient de l'ignipuncture, et les propriétés rétractiles de cette cicatrice doivent être prises en considération, quand il s'agit d'une tumeur très étendue qui avoisine un orifice naturel (la bouche, l'œil et le nez), et, en général, le visage.

L'avantage de l'ignipuncture est d'être à la portée de tous, de nécessiter un appareil instrumental simple, d'être efficace en un temps relativement court, enfin de ne pas provoquer des fortes douleurs.

L'inconvénient de la cicatrice ne peut être évité que par une autre méthode, l'*électrolyse*.

L'électrolyse donne des résultats très beaux. J'ai fait faire,