

dissection n'offre rien de particulier. On peut encore, lorsque le kyste est superficiel, saisir la tumeur en dessous et la faire saillir entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, la traverser à sa base avec un bistouri et la fendre de bas en haut, dans toute sa hauteur. Le kyste se vide, et ses parois, revenant un peu sur elles-mêmes, se distinguent facilement des tissus voisins : rien n'est alors plus simple et plus rapide que d'enlever la coque kystique à l'aide de l'arrachement et de la dissection combinés.

*Ligature.* Elle est applicable aux kystes pédiculés.

*Adhésion.* Ce mode de traitement comporte différents procédés.

*Ponction.* A. Cooper a fait connaître des exemples de guérison radicale de kystes séreux et hydatiques de la mamelle, par une simple ponction et l'évacuation du liquide contenu. Récamier a quelquefois exécuté une ponction exploratrice des kystes du foie avec un trocart de moins d'un millimètre d'épaisseur ; Jobert a rendu ce procédé curatif, et, dans tous les cas, moins sujet à provoquer un épanchement péritonéal, en conseillant de maintenir quelque temps la canule de l'instrument dans la tumeur.

*Procédé de Rambaud.* Le docteur Rambaud, chirurgien-major, a proposé, pour répondre à cette dernière indication, un instrument qui consiste dans l'annexion à la canule du trocart ordinaire d'une seconde canule soudée à la première. La canule externe, à 0<sup>m</sup>,005 de l'ouverture commune, est fendue dans une étendue de 0<sup>m</sup>,025 en quatre branches égales brisées et articulées à leur partie moyenne et à leurs extrémités. L'instrument ainsi disposé et plongé dans l'abdomen, la canule externe, poussée en avant, fait développer, à l'instar d'un parapluie, les quatre branches, qui s'appuient contre la paroi interne du kyste, de manière à empêcher tout mouvement de retrait ; après quoi le stylet est retiré, et le liquide s'écoule au dehors ; en même temps un disque mobile vient s'appliquer et se fixer, au moyen d'un écrou, contre la paroi externe du ventre, comprimant ainsi immédiatement les deux feuillets opposés du péritoine : l'instrument est laissé en place pendant le temps nécessaire pour déterminer l'adhérence. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. VII, n° 10.)

*Écrasement.* C'est surtout au ganglion et à l'hygroma qu'on l'applique ; on l'opère, soit à l'aide des pouces croisés sur la tumeur, et mieux avec la tête de la première phalange et la face dorsale de la deuxième phalange de l'indicateur fléchi, soit à l'aide d'un cachet ou d'un coup de maillet, la tumeur étant recouverte d'un morceau de drap et de carton. Thierry, quand il ne pouvait rompre la tumeur avec les doigts, plaçait le poignet, bien garni de flanelle, dans un étai, et le serrait jusqu'à la rupture de la

tumeur. Ce moyen est difficile et violent : le maillet a plusieurs fois causé des accidents inflammatoires. La pression avec les doigts est souvent impuissante, même quand elle est exercée avec une grande force. L'écrasement est donc seulement avantageux et facile lorsqu'on peut l'appliquer sans trop d'efforts.

*Percussions répétées.* Ce moyen est spécial aux ganglions du poignet. On frappe chaque jour avec un corps mou sur la tumeur, qui finit quelquefois par se dissiper.

*Séton.* A. Cooper a cité plusieurs observations de guérison de kystes hydatiques de la mamelle par l'emploi du seton. Il a été proposé de passer quelques fils dans les tumeurs des bourses muqueuses, ce qui exposerait à trop peu ou à trop d'inflammation, et dans ce dernier cas, à des accidents pouvant devenir rapidement mortels.

*Incision.* On fend la tumeur d'après les règles ordinaires, on la débarrasse des matières contenues, et l'on cherche à en déterminer l'oblitération en y suscitant un degré approprié d'inflammation. Dans certains cas on introduit de la charpie dans la tumeur, ou une simple mèche. Si le kyste est peu volumineux, comme cela arrive aux paupières, on en cautérise la surface interne. L'incision est dangereuse dans les tumeurs des bourses tendineuses, en raison de l'extension possible de l'inflammation.

*Incisions multiples.* Gerdy fendait crucialement les hygromas prérotuliens : nous avons vu dans le grand hôpital de Milan cinq ou six hygromas du genou traités par ce procédé, dont l'expérience nous a montré l'innocuité et l'efficacité.

*Excision partielle du kyste.* On excise une portion du kyste, lorsqu'il repose sur des parties importantes. Boyer procéda de cette manière sur un kyste du jarret.

*Abrasion du kyste.* Dans un cas où Chopart avait excisé une grande partie d'un kyste et des téguments, le fond du kyste se dessécha et remplaça la peau. On ne saurait ériger cette conduite en règle générale.

*Cautérisation.* Quelques chirurgiens ont ouvert des ganglions du poignet avec la potasse caustique ; d'autres avec la pâte de Vienne ou le caustique de Canquoin. Ce procédé, applicable comme les précédents aux kystes adhérant intimement à une articulation qu'il importe de ménager, donne de très-bons résultats, mais il exige une surveillance attentive et une connaissance exacte de l'action du caustique employé : à ce dernier point de vue, la potasse est un agent infidèle auquel on doit préférer la pâte de Vienne ou celle de Canquoin. On parvient aisément à vider et à fermer certains kystes sous-muqueux des paupières en les escharifiant au travers de la muqueuse avec le nitrate d'argent.

*Injections.* C'est particulièrement dans les hygromas du genou qu'on les a employées. Boyer faisait usage du vin rouge; Velpeau des préparations iodées. On a traité par ce mode d'injections presque tous les kystes liquides, et nous en étudierons particulièrement les résultats en parlant des kystes de l'ovaire (voy. ce chapitre).

L'injection iodée faite avec beaucoup de précautions serait le procédé le moins dangereux à essayer dans les tumeurs des bourses tendineuses, renfermant des fragments fibrineux multiples, qui se rencontrent ordinairement à la paume de la main et communiquent souvent avec l'avant-bras, en passant sous le ligament annulaire de la face antérieure du poignet. Dupuytren, le premier, a appelé l'attention sur la gravité de l'incision de ces tumeurs, gravité que l'expérience a confirmée et qui s'étend au séton passé dans leur intérieur.

*Ponction et incisions sous-cutanées.* La ponction sous-cutanée a été proposée en 1825 par M. Cunin, qui la faisait ainsi: une aiguille à cataracte introduite obliquement sous la peau traverse la tumeur, que l'on presse pour déterminer la sortie du liquide filant qu'elle contient. C'est pour les ganglions et les hygromas que cette méthode a été proposée et qu'elle réussit le mieux.

L'incision sous-cutanée diffère de la ponction en ce qu'elle divise le kyste dans toute sa longueur sous la peau, et, à proprement parler, fend en deux les parties. L'opération est pratiquée à l'aide d'un ténotome à lame étroite, légèrement recourbée, qu'on fait pénétrer sur le côté du kyste, et avec lequel on fend ensuite le kyste lui-même.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre de fois la ponction et l'incision sous-cutanée de grands kystes synoviaux de la face postérieure du poignet et de l'avant-bras, et nous nous sommes particulièrement appliqué à diviser les adhérences du kyste aux tendons subjacents. Les malades ne se font, en général, opérer de leurs tumeurs qu'en raison de l'extrême fatigue causée par l'exercice de la main. Cette lassitude douloureuse nous a paru dépendre, autant du kyste lui-même, que de l'effort supplémentaire que les adhérences du kyste exigent des muscles: dès que ces adhérences étaient incisées, les mouvements redevenaient libres et faciles. Si une première opération ne suffit pas, on la répète; le kyste finit par être remplacé par une sorte d'empâtement mou provenant du rapprochement et de la cohésion de ses parois, et disparaît.

*Incision des kystes intra-péritonéaux.* L'incision simple, appliquée au traitement des kystes intra-péritonéaux, constitue une

opération toute spéciale. Elle doit être, en effet, pratiquée de manière à éviter l'épanchement des matières contenues dans ces tumeurs, épanchement qui causerait souvent une péritonite mortelle.

*Méthode de Récamier.* Récamier a proposé, pour ouvrir les kystes hydatiques, séreux et purulents du foie, une méthode également applicable à tous les kystes intra-péritonéaux. Après avoir reconnu le point le plus saillant de la tumeur et s'être assuré par la percussion qu'aucune portion d'intestin n'est placée entre elle et la paroi abdominale, il y place un morceau de potasse caustique propre à produire une eschare de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Il attend ensuite que l'eschare tombe spontanément, ou, s'il y a urgence, il l'incise dès le lendemain. Un nouveau morceau de potasse caustique ou même de pâte Canquoin est placé dans le fond de la plaie; puis un troisième, jusqu'à ce qu'enfin la paroi du kyste ait été atteinte. L'ouverture est alors agrandie, si on le juge convenable, afin d'évacuer aussi complètement que possible toutes les matières renfermées dans la tumeur. Cet agrandissement de la plaie se fait par une incision simple ou multiple, à la manière des débridements herniaires et avec la précaution de ne jamais dépasser la limite des adhérences. On voit qu'en enlevant l'eschare au fur et à mesure qu'elle se forme, ce qui nous paraît le meilleur procédé, on peut arriver au kyste en peu de temps; mais il faut avoir grand soin de procéder lentement, pour attendre l'adhésion des parois opposées du péritoine, phénomène qui, d'après des expériences de M. Cruveilhier sur des animaux, lesquelles ne nous semblent pas cependant concluantes, doit arriver constamment. Récamier complétait le traitement en injectant dans le kyste des liquides émoullissants d'abord, puis détersifs et désinfectants, et enfin plus tard des liquides toniques, astringents ou même irritants. (Voy., pour les effets des liquides injectés dans de vastes cavités enkystées, le mot *Empyème*).

*Méthode de Graves, modifiée par Bégin.* Bégin appliqua aux kystes intra-péritonéaux le procédé de Graves, mis en usage pour ouvrir un abcès du foie. Une simple incision de toute la paroi abdominale, y compris le péritoine, met à découvert la surface antérieure de la tumeur: un linge fenêtré enduit de cérat et un plumasseau de charpie, maintenus par un bandage de corps, recouvrent la plaie. L'appareil est levé après trois jours, pendant lesquels des adhérences se sont établies entre les bords de la plaie et les parties profondes. Graves attendit l'évacuation spontanée du liquide; Bégin plongea un bistouri aigu au milieu de la solution de continuité et pénétra dans le kyste. Ce procédé, qui semble dangereux parce qu'il produit une plaie pénétrante de l'abdomen et donne lieu de