

on en voyait résister à l'éther ; et je n'ai jamais eu ces accidents rencontrés par d'autres chirurgiens, le froid des extrémités, la petitesse et la presque insensibilité du pouls, la mort apparente. On compte aujourd'hui un assez grand nombre de cas de mort durant l'administration du chloroforme, presque toujours, et je dirais volontiers toujours dus à l'oubli des précautions nécessaires. Sans doute le chloroforme pourrait tuer par lui-même si on le faisait respirer trop longtemps ; mais plusieurs de ces morts sont arrivées, à en croire les relations publiées, subitement, en quelques secondes, après un très petit nombre d'inspirations. Bien que l'explication n'en soit pas toujours facile à donner, le plus souvent toutefois, soit chez les animaux, soit chez l'homme, la mort survient par le fait d'une asphyxie dont l'autopsie révèle l'existence, et parce qu'on n'a pas mêlé à la vapeur du chloroforme une suffisante quantité d'air. Dans quelques cas plus rares, le chloroforme paraît avoir agi en irritant les voies aériennes, et en déterminant des secousses de toux ou des efforts capables de produire l'emphysème pulmonaire et même des accidents plus graves. Aussi faut-il être réservé dans son emploi lorsqu'il y a quelque affection du cœur ou des poumons.

Au total, on peut pratiquer l'éthérisation sans aucun danger en observant exactement les précautions suivantes :

1° S'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier, avant tout, l'état des organes de la circulation et de la respiration.

2° N'opérer, autant que possible, que quand la digestion est accomplie.

3° Prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs du chloroforme, et que la respiration s'exécute avec une entière liberté.

4° Suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération.

SECTION DEUXIÈME.

OPÉRATIONS GÉNÉRALES.

J'appelle de ce nom les opérations qui se pratiquent sur les systèmes d'organes ou de tissus largement répandus dans toute l'économie : ainsi, la peau, le tissu cellulaire, les muscles, le système nerveux, les vaisseaux et les os ; par opposition aux opérations qui n'ont pour objet qu'un organe spécial ou une région isolée.

CHAPITRE PREMIER.

OPÉRATIONS QUI INTÉRESSENT SPÉCIALEMENT LES TÉGUMENTS ET LES COUCHES SOUS-JACENTES.

Je réunirai dans ce chapitre les opérations qui se rattachent aux sujets suivants : 1° l'ongle entré dans les chairs ; 2° les abcès ; 3° les fistules ; 4° les kystes ; 5° les tumeurs ; 6° les plaies ; 7° les cicatrices vicieuses ; 8° enfin l'autoplastie ou restauration des parties détruites.

Art. 1^{er}. — De l'ongle entré dans les chairs.

Il est bien reconnu qu'à part quelques cas très rares où l'ongle a subi une déviation réelle, ce sont les chairs qui sont refoulées contre l'ongle par des chaussures trop étroites ; et l'on conçoit dès lors que l'on ait eu l'idée de s'attaquer aux chairs. Mais une fois les chairs ulcérées, l'ongle fait l'office d'un corps étranger qui les irrite sans cesse, et qu'on a intérêt à enlever. De là donc deux grandes méthodes, selon qu'on s'attaque aux chairs ou à l'ongle ; et la dernière se divise elle-même en trois méthodes secondaires, selon qu'on se borne à corriger la direction de l'ongle ; ou bien qu'on enlève l'ongle en partie ou en totalité ; ou enfin qu'on s'attaque à sa matrice même.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Ablation des chairs.* — On emploie à cet effet le bistouri ou les caustiques. Lisfranc préférerait le premier.

Procédé de Lisfranc. — On enfonce à plat, de dedans en dehors, la pointe d'un bistouri droit immédiatement entre l'ongle et les chairs qui le recouvrent, de manière à comprendre tout ce qui dépasse son niveau. On achève le lambeau du côté de l'extrémité de l'orteil ; puis en le soulevant et en retournant le bistouri, on le détache à sa base.

Levrat-Perrotton donnait au contraire la préférence à la potasse caustique, employée comme il a été dit (voyez p. 28) ; seulement en proportionnant l'ouverture de l'emplâtre et la quantité de potasse à l'étendue des chairs à enlever.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Redressement de l'ongle.* — C'est assurément la méthode qui va le moins directement au but ; elle semble cependant assez bien indiquée dans les cas où l'ongle a contracté une courbure anormale.

Procédé de Desault. — Il se servait d'une lame de fer-blanc, longue de 4 centimètres et d'un centimètre de large, dont il introduisait l'extrémité légèrement recourbée entre l'ongle et les chairs. De cette façon, il soulevait l'un et déprimait les autres, garnies préalablement d'une petite compresse enduite de cérat ; puis, recourbant la lame de dedans en dehors, de manière qu'elle embrassât exactement le bourrelet formé par les chairs, il la maintenait dans cette position à l'aide d'une bande roulée autour du gros orteil.

Dans un cas rapporté par Bichat, le traitement, accompagné d'abord de douleurs très vives, n'était pas terminé au bout de deux mois.

Je ne citerai que pour mémoire les procédés de Richerand, qui employait une lame de plomb ; de Dudon qui préférerait des agrafes d'argent, etc.

TROISIÈME MÉTHODE. *Ablation de l'ongle.* — Quelques-uns ont essayé d'amincir avec un grattoir le milieu de l'ongle pour en rapprocher ensuite les deux moitiés. M. Guilmot a eu l'idée de couper l'angle interne de l'ongle, pour que la pression de l'empaigne cessât de le repousser en dehors et d'enfoncer dans les chairs son bord externe.

Cela n'est vraiment pas sérieux. Il n'y a ici que trois procédés qui méritent d'être reproduits : 1° l'ablation de la portion incarnée de l'ongle ; 2° l'ablation de tout un côté de l'ongle ; l'ablation de l'ongle tout entier.

1° *Ablation de la portion incarnée de l'ongle. Procédé de Fabrice d'Acquapendente.* — Il isolait d'abord l'ongle de la chair avec un peu de charpie ; puis, avec des ciseaux, il coupait en long sa portion incarnée jusqu'au point où elle adhérait aux chairs, et, la saisissant avec des pincettes, il l'arrachait, sans user d'aucune violence, d'avec le reste de l'ongle. Il recommençait le lendemain et les jours suivants, jusqu'à ce que toute la portion incarnée fût complètement arrachée.

C'est ce procédé que j'ai adopté en le simplifiant, et qui est surtout facilité par ce fait curieux d'anatomie, que la portion incarnée a cessé en grande partie d'adhérer aux chairs sous-jacentes. J'incise donc avec précaution, avec les ciseaux ou la pointe d'un bistouri, toute la portion incarnée de l'ongle jusqu'à l'endroit où il sort de sa matrice ; je la saisis avec la pince à disséquer et je l'attire en haut et en dehors, de manière à la déchirer : elle se déchire très aisément en travers. Je place ensuite un peu de charpie râpée sous les chairs ; et pour l'ordinaire, immédiatement après, le malade peut marcher et courir sans douleur.

2° *Ablation de tout un côté de l'ongle. Procédé de Dupuytren.* — On engage sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle la pointe d'une branche de ciseaux droits bien affilés, qu'on fait glisser rapidement jusqu'à la racine de l'ongle, et on le divise d'un seul coup en deux moitiés à peu près égales. Puis on saisit la moitié nuisible avec une pince à disséquer, et on l'arrache en la roulant sur elle-même de dedans en dehors.

3° *Arrachement de l'ongle entier. Procédé de M. Long.* — Cette opération, assez simple, se fait avec une spatule ordinaire d'acier. Le malade étant assis ou couché, le chirurgien embrasse fortement de la main gauche le pied et le gros orteil ; puis, saisissant de la main droite l'extrémité aplatie de la spatule, le pouce placé sur la face concave, l'index et le médium sur la face convexe, à peu près comme une plume à écrire, il commence par séparer doucement avec le bout de l'instrument la peau qui recouvre la racine de l'ongle. Parvenu vers son bord postérieur, c'est-à-dire dans la matrice même, il exécute rapidement un mouvement de bascule, de manière que la spatule vienne faire un angle très aigu avec l'orteil malade, et que son extrémité se trouve engagée sous l'ongle, qui est encore adhérent par ses bords latéraux et sa partie moyenne ; puis en faisant avancer de vive force la spatule sous la longueur de l'ongle, on en procure tout à la fois le décollement et l'avulsion.

M. Long disait que l'arrachement s'obtenait ainsi sans difficulté,

sans douleur et sans une goutte de sang. Je l'ai pratiqué plusieurs fois, et je puis attester qu'il faut une certaine force, que l'ongle est sujet à se déchirer, ce qui oblige à y revenir deux ou trois fois pour l'avulsion complète; que les malades accusent une vive douleur, et enfin que les tissus sur lesquels l'ongle repose laissent écouler quelques gouttes de sang. La cicatrisation demande quelquefois une dizaine de jours; et du quinzième au vingtième jour, l'ongle nouveau commence à reparaître.

QUATRIÈME MÉTHODE. *Destruction de la matrice de l'ongle.* — On peut également la détruire en partie ou en totalité.

1° *Destruction partielle. Procédé de Larrey.* — On commence par arracher la portion d'ongle condamnée, suivant le procédé de Dupuytren que nous avons décrit tout à l'heure; après quoi on enlève la matrice avec le bistouri; et enfin on cautérise la plaie avec le fer rouge.

M. Sédillot remplace le fer rouge par la pâte de Vienne.

Cette cautérisation a pour objet de détruire plus sûrement toute la portion de matrice que l'on veut anéantir; le moindre rudiment négligé pouvant reproduire un tronçon d'ongle qui s'engagerait encore dans les chairs. Elle serait donc parfaitement inutile, si l'on prenait soin d'extirper avec le bistouri toute la surface polie qui appartient à la matrice; le procédé serait ainsi rendu plus simple, et surtout beaucoup plus sûr. Car sans parler de l'action du feu ou des caustiques sur la phalangette, M. Sédillot rapporte lui-même qu'un de ses malades eut l'articulation ouverte par l'action mal dirigée de la pâte de Vienne.

2° *Destruction complète. Procédé de Dupuytren.* — Le pied saisi de la main gauche, on pratique avec un bistouri droit une incision profonde et demi-circulaire, à 7 millimètres au delà de l'origine apparente de l'ongle, et qui cerne l'ongle et sa matrice en totalité. Alors, un aide maintenant l'orteil malade en position, on relève le lambeau d'arrière en avant avec la pince à disséquer, et l'on détache toute la peau qui enveloppe l'ongle à sa racine, en même temps que l'ongle lui-même.

Procédé de Baudens. — On entame la peau de l'orteil au point indiqué, avec un bistouri tenu à pleine main, et l'on enlève d'un seul coup, comme un copeau de bois, la matrice et l'ongle.

C'est ici surtout qu'il faut rechercher avec soin les moindres ves-

tiges de la matrice, afin qu'aucune portion de l'ongle ne vienne à se reproduire.

Je n'ai jamais eu recours à la destruction de la matrice de l'ongle, et je doute que cela soit jamais nécessaire. Bien des fois, après la petite opération de Fabrice d'Acquapendente, j'ai obtenu des guérisons radicales; et en cas de récurrence, il suffirait de recommencer tous les trois mois. Dans les cas les plus graves, le procédé de M. Long m'a toujours suffi pour procurer la cicatrisation des chairs ulcérées: j'ai revu plus d'un an après un sujet que j'avais ainsi opéré; l'ongle avait repoussé, et il n'y avait pas trace de récurrence.

Art. II. — Des abcès.

1° Ouverture des abcès en général.

Il y a trois manières d'ouvrir les abcès: la *caustique*, la *ponction* et l'*incision*.

LE CAUSTIQUE. — Les anciens employaient le fer rouge, conservé encore par quelques praticiens pour la ponction; on préfère aujourd'hui la potasse ou la pâte de Vienne. J'ai indiqué plus haut (p. 27 et 28) les règles de leur emploi; ajoutons seulement que si l'abcès réclame une ouverture allongée, on taille l'emplâtre dans ce sens, et l'on place sur la peau à côté l'un de l'autre plusieurs fragments de potasse de la grosseur d'une lentille; c'est ce qu'on nomme *une trainée de potasse caustique*. Après douze ou vingt-quatre heures, on enlève l'emplâtre; tantôt on incise l'eschare pour faire sortir promptement le pus; quand rien ne presse, on la laisse se détacher naturellement.

LA PONCTION. 1° *Ponction simple. Procédé ordinaire.* — Elle se fait avec la lancette ou le bistouri, pour de très petits abcès qui n'ont besoin que d'être vidés pour guérir.

Procédé de Petit (de Lyon). — Il faisait la ponction avec un instrument chauffé à blanc, et vidait complètement l'abcès à l'aide d'une ventouse. Il dit avoir retiré de grands avantages de ce procédé appliqué aux abcès phlegmoneux.

2° *Ponction et injection.* — Conseillées contre quelques abcès froids dans le but d'établir sur leurs parois une inflammation adhésive; on se sert alors du trocart, et, après avoir retiré la tige, on pousse par la canule une injection irritante.

3° *Ponctions successives.* — On ne les emploie que pour les vastes abcès par congestion, dans lesquels on redoute l'entrée de l'air. Le meilleur moyen est encore le trocart ; et en prenant soin de presser sur les téguments à mesure que l'abcès se vide, on est suffisamment en garde contre l'irruption de l'air. Toutefois la sécurité est plus grande encore en recourant aux trocarts à chemise ou à robinet, que je décrirai à l'occasion de l'empyème.

L'INCISION. — Nous avons décrit suffisamment ailleurs les diverses espèces d'incisions ; il suffira donc de poser ici quelques règles générales.

1° Autant que possible, il faut inciser l'abcès en un seul temps, pour ménager les souffrances du malade.

2° Il est bon que l'une des extrémités de l'incision réponde à la partie la plus déclive de l'abcès.

3° Une seule ouverture suffit le plus souvent : elle doit être assez grande pour donner au pus une libre issue.

4° Quand cette incision ne se trouve pas à la partie la plus déclive, et que la compression ne suffit pas pour recoller les clapiers, il faut recourir à une *contre-ouverture*. Celle-ci se fait de deux manières : ou en soulevant la peau à l'aide d'une sonde cannelée introduite par la première ouverture, et incisant sur l'extrémité de la sonde ; ou en retenant le pus dans le point qu'on veut ouvrir, et incisant comme un abcès ordinaire.

5° Lorsque l'abcès est très vaste, il vaut mieux faire de prime abord plusieurs petites incisions qu'une incision trop considérable.

6° On peut même réduire ces incisions presque à l'étendue de simples ponctions, à la condition de faciliter la sortie du pus par d'autres moyens. Le séton passé à travers ces ouvertures a l'inconvénient de les obturer ; M. Chassaignac y a substitué avec avantage des tubes de caoutchouc vulcanisé, munis de trous latéraux par lesquels le pus trouve une issue toujours ouverte : c'est ce qu'il a appelé le *drainage chirurgical*.

7° Quand l'abcès est saillant et superficiel, on préfère l'incision de dedans en dehors ; quand l'épaisseur des parties s'y oppose, l'incision de dehors en dedans avec le bistouri droit.

8° Quand un abcès est situé sous un muscle, écarter les fibres sans les couper, comme on l'a proposé, ne donnerait pas au pus une incision suffisante ; il vaut mieux diviser une partie du muscle obliquement ou en travers.

9° L'incision faite, on vide l'abcès par une légère pression, sans porter le doigt à l'intérieur, à moins qu'on ne soupçonne des sinus

qu'il faudrait ouvrir : et l'on place généralement entre les lèvres de la plaie un peu de charpie mollette, qu'on supprime dès le second pansement.

2° Ouverture des abcès très profonds.

Lorsque la fluctuation demeure obscure, ou qu'on a à ménager des organes importants, on a recours aux procédés suivants.

Premier procédé. — On se sert d'un bistouri convexe, et l'on divise couche par couche toutes les parties qui recouvrent l'abcès, en s'assurant avec le doigt à chaque incision de la position des organes à éviter, et en essayant de mieux saisir la fluctuation.

Deuxième procédé. — On pratique une première incision à la peau ; puis, avec une sonde cannelée ou le manche d'un scalpel, ou mieux encore avec le doigt, on écarte les tissus, on déchire les brides du tissu cellulaire qui font obstacle à cet écartement, et l'on arrive ainsi au foyer purulent, sans employer l'instrument tranchant.

Troisième procédé. — Après avoir incisé couche par couche une épaisseur notable des tissus, si l'on n'ose aller plus loin, soit par crainte de léser certains organes, soit pour attendre que l'abcès soit mieux formé et s'ouvre de lui-même, on s'arrête avant de pénétrer jusqu'au foyer, et l'on remplit la plaie avec de la charpie. Après quelques jours, l'abcès se fait jour par la plaie, même quand elle n'aurait pas répondu directement à son centre ; ce qui s'explique, d'une part, parce qu'on a diminué en ce point la résistance des parois de l'abcès ; d'autre part, par la propagation jusqu'au foyer purulent de l'inflammation développée dans la plaie.

Graves (de Dublin) a appliqué ce procédé aux abcès du foie ; j'ai vu Dupuytren y recourir avec succès pour un abcès profond de la cuisse.

3° De quelques abcès en particulier.

1° *Abcès du visage.* — On les laisse s'ouvrir d'eux-mêmes pour éviter des cicatrices, ou on les ouvre avec une lancette, s'ils sont trop longs à percer. Ceux qui occupent l'épaisseur de la joue doivent être ouverts dans l'intérieur de la bouche.

2° *Abcès de la région parotidienne.* — J'attends, pour les ouvrir, que la plus grande partie de la tumeur se résolve dans l'abcès, et je fais une large ouverture. Sans ces deux précautions, les lames apo-

névrotiques qui abondent dans cette région entretiennent une induration longue, et quelquefois de nombreux clapiers.

3° *Abcès de l'aisselle.* — Il faut se rappeler la position de l'artère, située à peu près à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de l'aisselle. Pour éviter tout danger, M. Velpeau conseille d'élever le bras autant que possible, et de plonger dans l'abcès, de haut en bas, un bistouri droit tenu comme une plume à écrire, de manière à achever l'incision de dedans en dehors. Pour plus de promptitude, je traverse l'abcès de part en part à sa base, et j'achève l'incision en retirant à moi le bistouri.

4° *Abcès de l'aîne, bubons.* — Ces abcès s'ouvrent avec le bistouri ou la potasse. Seulement j'ai établi en principe de donner à l'incision une direction perpendiculaire au pli de l'aîne. Quand on la fait parallèle à ce pli, les lèvres de l'incision demeurent rapprochées, chevauchent l'une sur l'autre, ou se recroquevillent en dedans ; et la cicatrice est à la fois plus difforme et plus difficile à obtenir.

Art. III. — Des fistules.

On désigne en général sous le nom de *fistules* certains états pathologiques qui ne laissent pas d'être fort différents. Ainsi ce sont d'abord les *ulcères fistuleux*, appelés aussi parfois *fistules borgnes externes*, trajets étroits qui s'ouvrent à la peau et s'enfoncent plus ou moins profondément dans les chairs. Viennent ensuite les *fistules proprement dites*, qui font communiquer la peau avec une cavité muqueuse, ou même deux cavités muqueuses ensemble ; elles se présentent sous deux formes assez distinctes, selon qu'elles suivent un long trajet, ou qu'elles offrent une perforation directe. Enfin il y a des ouvertures de communication fort larges, avec une perte de substance manifeste et si considérable parfois, que, par exemple, entre le vagin et la vessie, presque toute la cloison a été détruite. La chirurgie s'en occupe encore sous le nom de *fistules*, bien qu'elles fussent plus justement appelées d'un autre nom ; je les désignerai du moins sous celui de *fistules avec perte de substance*.

En exposant ici les procédés généraux applicables à l'occlusion des fistules, je ne dirai rien du traitement préliminaire indispensable dans un grand nombre de cas, et qui doit être dirigé contre certains états pathologiques qui les entretiennent, et souvent même qui leur ont donné naissance. Ainsi, qu'un ulcère fistuleux soit entretenu par quelque nécrose, il ne se fermera pas avant que la nécrose soit

guérie ; quand une fistule aboutissant à un canal muqueux est compliquée d'un rétrécissement qui fait obstacle au cours naturel des matières, il faut avant tout dissiper le rétrécissement. Souvent ce traitement préliminaire, en ramenant la fistule à l'état simple, a suffi pour en décider la cicatrisation spontanée. Si toutefois elle se montre rebelle, c'est alors que le chirurgien doit intervenir.

1° *Ulcères fistuleux.*

Quelquefois l'orifice trop étroit retient le pus à l'intérieur ; il faut agrandir l'orifice, soit d'un coup de bistouri, soit à l'aide de corps dilatants, charpie, tentes de gentiane, etc.

Si cela ne suffit pas, on cherche à rapprocher les parois du trajet par la compression ; ou bien à exciter dans toute leur étendue une irritation favorable, soit à l'aide d'injections iodées, astringentes, ou même caustiques ; soit en portant jusqu'au fond une bougie emplastique simple ou enduite de quelque pommade irritante ; soit en cautérisant toute la longueur du trajet avec un stylet rougi au feu ou un fil de platine échauffé par l'électricité.

Enfin, comme dernière ressource, on fend largement la fistule dans tout son trajet, et l'on panse la plaie nouvelle à fond avec la charpie, afin d'avoir une cicatrice plate qui se réunisse aux deux bords de l'incision.

2° *Fistules à long trajet.*

Bien que le trajet aboutisse ici à une muqueuse, les procédés diffèrent peu de ceux qui viennent d'être décrits pour les ulcères fistuleux. Ce sont toujours :

- 1° Le débridement de l'orifice extérieur trop étroit ;
- 2° La compression ;
- 3° Les injections ;
- 4° La cautérisation ;

5° Enfin la conversion du trajet fistuleux en une plaie ouverte et suppurante, qui se réunira par une cicatrice plate aux bords de l'incision. C'est là notamment le procédé le plus usité pour les fistules à l'anūs ; seulement, pour diviser la paroi muqueuse de la fistule, on peut, au lieu du bistouri, employer la ligature, les pinces à pression, l'écrasement linéaire, etc.

3° *Fistules directes.*

Ici, des moyens précédemment indiqués il n'y en a que deux qui puissent recevoir quelque application : la compression, presque toujours inefficace ; la cautérisation, pratiquée en vue de rétrécir et de fermer l'orifice par le développement du tissu inodulaire, et sur laquelle on peut à peine compter pour quelques fistules fort étroites. Il reste alors la grande ressource de la réunion par première intention essentiellement liée à l'avivement des bords de la fistule.

Or, soit pour l'avivement, soit pour la réunion, les procédés ont varié.

1° *Avivement.* — Quelques-uns ont proposé les caustiques, et Lallemand usait exclusivement du nitrate d'argent pour les fistules vésico-vaginales. Ce moyen est justement rejeté. La réunion immédiate ne s'obtient jamais si bien qu'avec des surfaces fraîches et saignantes.

Pour les très petites fistules, on a proposé d'y porter une sorte de lime ronde, avec laquelle on limerait à vrai dire l'épiderme ou l'épithélium, et l'avivement s'opérerait sans perte de substance. L'expérience n'a pas encore décidé sur la valeur de ce moyen.

C'est donc au bistouri ou aux ciseaux que l'on a généralement recours ; il y a trois principaux procédés.

Procédé ordinaire. — On saisit les bords de la fistule avec des pinces ou de petits crochets aigus, et l'on en excise les surfaces, avec ce double soin d'en enlever le moins possible, et de ne laisser aucun point sans être avivé.

Procédé de M. Velpeau. — Dans un cas d'anus contre nature, il cerna l'orifice cutané par une double incision semi-lunaire, assez éloignée pour que l'excision se fit obliquement des côtés vers le centre, en taillant les bords de la plaie en biseau aux dépens de leur face externe, et sans toucher à la muqueuse de l'intestin. On a ainsi l'avantage d'avoir à affronter de plus larges surfaces, et de rapprocher plus exactement le fond de la plaie.

Procédé de Dieffenbach. — Dans une fistule vésico-vaginale, il décolla les deux muqueuses dans une étendue de 4 millimètres. Depuis lors, Hayward a poussé ce décollement à 6 millimètres. On cherche aussi par là à accroître l'étendue des surfaces à affronter ; mais

on diminue leur épaisseur et leur résistance ; et ce procédé paraît abandonné.

2° *Réunion.* — Nous avons d'abord les serre-fines pour les fistules qui aboutissent à la peau ; pour d'autres plus profondes, comme les fistules vésico-vaginales, on a imaginé une foule d'appareils unissants plus ou moins compliqués, qui tous ont cédé le pas à la suture.

Toutes les espèces de sutures ont d'ailleurs été employées, entrecoupée, entortillée, enchevillée ; avec des fils de soie ou de chanvre, avec des fils métalliques. Moi-même, mais en vue d'une indication spéciale, j'ai employé tout ensemble, dans l'anus contre nature, les sutures ordinaires pour les parois abdominales, et la suture en piqué pour les parois de l'intestin.

En général, on comprend dans la suture toute l'épaisseur de la fistule, peau et muqueuse comprises. Dans ces derniers temps, M. Hayward a fait un précepte absolu, pour les fistules vésico-vaginales, de ne pas enfoncer les aiguilles jusque dans la vessie, mais de s'arrêter en dehors de la muqueuse, afin que l'urine n'arrive pas au contact des fils. Il y a là une indication spéciale ; mais le précepte pourrait recevoir une application plus étendue.

Enfin, pour les fistules arrondies, Dieffenbach a imaginé la suture en bourse.

Suture en bourse. — Avec une aiguille fine, on passe le fil sous la peau, parallèlement au bord de la fistule avivée, en faisant ressortir l'aiguille à une certaine distance de son entrée. On la replonge par le trou de sortie pour la faire ressortir un peu plus loin, et ainsi de suite, jusqu'à ce que tout le contour de la fistule se trouve cerné par un anneau de fil continu et complètement caché sous les téguments. En serrant les deux bouts du fil, on attire les bords de la plaie vers le centre en les fronçant comme l'ouverture d'une bourse ; d'où cette suture a pris son nom.

4° *Fistules avec perte de substance.*

Les sutures seules peuvent encore suffire ici, lorsque la perte de substance n'empêche pas le facile affrontement des bords ; dans le cas contraire, l'autoplastie est l'unique ressource. Nous en décrivons tout à l'heure les procédés généraux ; mais il en est un spécialement destiné à boucher des pertes de substances profondes, et qui doit trouver place ici.

Procédé de Jameson. — L'auteur l'imagina pour former l'anneau crural, et obtenir ainsi la cure radicale d'une hernie ; M. Velpeau

l'a plus heureusement appliqué au traitement d'une large fistule sous-hyoïdienne, communiquant avec l'arrière-gorge. On taille sur les téguments voisins un lambeau beaucoup plus long que large, dont le pédicule demeure adhérent près de l'ouverture à combler. Le lambeau renversé regarde cette ouverture par sa face saignante ; on le plie en deux sur sa face cutanée, de manière à lui faire former un bouchon que l'on plonge jusqu'au fond de la fistule préalablement avivée ; et on l'assujettit par des points de suture qui doivent le traverser de part en part. Quand la réunion s'est opérée, on coupe le pédicule. La face cutanée du lambeau ainsi repliée forme d'abord un cul-de-sac assez profond ; je tiens de M. Velpeau qu'avec le temps ce cul-de-sac diminue, sans toutefois disparaître complètement.

Art. IV. — Des kystes.

Je comprends sous ce nom les tumeurs formées par des produits liquides ou semi-liquides autres que le pus ; et j'en distinguerai trois espèces : les *kystes sébacés*, les *kystes séreux*, et les *kystes synoviaux*.

1° *Kystes sébacés.*

Anatomie. — Formés par le développement des utricules sébacés de la peau, quand ces kystes sont très petits, on les nomme *tannes*, et leur orifice se trahit par un point noir à l'extérieur. Mais souvent cet orifice n'existe plus ; la tumeur prend un volume très considérable ; elle contient tantôt un liquide visqueux, transparent ou blanchâtre ; ou une substance pulpeuse ressemblant à du miel, de la bouillie, du suif épais, du son mouillé, etc. Les parois semblent formées de lames cartilagineuses, et adhèrent peu au tissu cellulaire sous-jacent.

On a proposé contre ces kystes les *injections*, le *séton*, la *cautérisation* avec la potasse quand la tumeur est volumineuse, avec l'acide nitrique au bout d'une paille ou d'une plume quand elle est petite (Tenon), l'*incision*, l'*excision*, l'*extirpation*. Cette dernière seule mérite d'être conservée.

EXTIRPATION. Procédé ordinaire. — On incise en long avec un bistouri convexe la peau qui recouvre la tumeur, sans entamer le kyste, si c'est possible. Alors on le sépare du tissu cellulaire ambiant, soit avec le bistouri, soit avec une spatule, en le soulevant et l'attirant avec les doigts ou une érigne, ou à l'aide d'un fil dont on l'a traversé.

Procédé d'A. Cooper. — Quand le kyste est ancien et à parois consistantes, le chirurgien l'incise du même coup que la peau, le vide en partie ou en totalité de ce qu'il renferme ; puis, détachant ses parois de la peau dans une petite étendue, le saisit fortement entre le pouce et les doigts munis d'une compresse, de peur de glisser, et arrache tout le kyste à l'aide d'une traction suffisante, qu'on favorise en déchirant le tissu cellulaire avec le pouce de la main gauche. C'est aussi le procédé que suivait Dupuytren : l'opération, peu douloureuse, ne dure pas une minute.

Lorsque le kyste est d'un petit volume, je le divise du même coup que les téguments, et j'en opère l'énucléation à l'aide de la spatule.

2° *Kystes séreux.*

Anatomie. — Ce sont des collections de sérosité développées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou même plus profondément. Quelquefois, le tissu cellulaire condensé fournit au liquide une enveloppe indépendante ; d'autres fois, au contraire, le liquide est en contact avec une surface séreuse, sans parois réelles. Il est impossible, à priori, de distinguer les deux cas ; mais lorsqu'on veut les enlever, on reconnaît bien vite l'absence des parois à la difficulté et même à l'impossibilité de la dissection.

Procédés opératoires. — On peut les attaquer par une incision simple, après laquelle on cherche à faire suppurer et adhérer les parois de la cavité, en y introduisant de la charpie ou des injections irritantes.

Si le kyste a des parois propres, on essaye de les décoller des parties ambiantes avec les doigts, les ciseaux, le bistouri, et en évitant autant que possible de l'ouvrir, à moins que ses parois ne soient suffisamment épaisses pour résister à la traction.

Quand la tumeur est très considérable et qu'on a choisi l'incision, il est à craindre qu'une grande surface enflammée ne donne lieu à de fâcheux symptômes, que l'air ne vicie le pus, que le pus ne soit résorbé. C'est le cas de ne point vider complètement la tumeur, mais de remplacer par une injection d'eau tiède le pus ou le liquide qu'on a évacué, afin que les parois reviennent peu à peu sur elles-mêmes. Tel était le procédé de Récamier pour les grands kystes hydatiques.

Au reste, ces procédés sont aujourd'hui rarement employés ; et, sauf les cas où les parois du kyste sont fort épaisses, et obligent à les enlever par dissection, on préfère généralement vider le kyste avec le trocart, et y injecter de la teinture d'iode. J'ai aussi em-