

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 épaissi, 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-

ployé quelquefois pour les petits kystes, notamment pour ceux de l'orbite, les sections sous-cutanées, comme on les verra décrites à l'article suivant.

3° *Kystes synoviaux.*

Il en est de trois sortes : 1° les *hygromas*, sorte d'hydropisie des bourses muqueuses sous-cutanées, comme celles qu'on rencontre sur l'olécrâne, la rotule, entre l'hyoïde et le cartilage thyroïde, etc.; 2° les *ganglions*, qui se développent au voisinage des gaines tendineuses ou des synoviales articulaires, avec lesquelles ils communiquent fréquemment; 3° les *kystes à grains cartilagineux*.

1° *Des hygromas.* — Quand ils sont récents et ne contiennent que du liquide séreux, sans épaissement de leurs parois, le plus simple est de les vider avec le trocart, et d'y pousser une injection iodée.

J'ai également réussi à les dissiper à l'aide des sections sous-cutanées que je décrirai pour les ganglions.

Mais si les parois sont épaissies, ces premiers procédés ne suffisent plus; il faut inciser le kyste largement et y provoquer la suppuration. Enfin, si la tumeur est très volumineuse et les parois fort épaissies, on enlève un lambeau elliptique des téguments, et toute la portion hypertrophiée de la séreuse.

2° *Des ganglions.* — On a conseillé la *compression prolongée* à l'aide de bandages, ressource fort hypothétique, et les *pressions brusques* portées au point de rompre la tumeur.

Sabatier appliquait le pouce gauche sur le ganglion; puis avec l'autre pouce appuyé sur le premier, il pressait fortement jusqu'à ce que le kyste fût crevé, et l'humeur qu'il contenait répandue dans le tissu cellulaire. Des pressions légères, puis quelques frictions renouvelées durant deux ou trois jours favorisent la résorption du liquide. Si la pression du pouce ne suffit pas, on a conseillé la pression avec un cachet, et même la percussion avec un marteau, en recouvrant la peau d'un corps protecteur, tel qu'un livre, et je sais que cela a réussi quelquefois; mais je dois ajouter qu'entre mes mains cette méthode a toujours échoué.

A. Key les piquait avec une lancette ou une aiguille à cataracte; et, après les avoir vidés, se contentait d'appliquer dessus un emplâtre de diachylon et une bande. Il avait toujours obtenu ainsi, disait-il, la guérison radicale, ce qui très assurément ne sera admis par aucun chirurgien.

Si la tumeur était assez volumineuse, on l'évacuerait avec un tro-

cart et l'on y pousserait une injection iodée. Mais, en général, on a affaire à des kystes trop petits, et j'ajoute qu'ils sont assez souvent multiloculaires, et qu'ils renferment même quelquefois de petits grains cartilagineux.

L'incision doit être réservée pour les cas très rares où les parois du kyste sont épaissies et dégénérées, ce que j'ai vu une fois; autrement, elle offrirait trop de périls, à cause du voisinage des synoviales tendineuses et articulaires.

Enfin, à bout de ressources, j'ai imaginé de diviser les parois du kyste par des sections multiples et sous-cutanées.

Procédé de l'auteur. — La tumeur étant comprimée latéralement avec le pouce et l'indicateur gauches, de manière à lui donner un degré considérable de tension, je prends un bistouri droit à lame étroite, que je porte tenu à plat, parallèlement à la peau, à l'extrémité du grand diamètre de la tumeur; j'enfonce l'instrument aussi avant qu'il est nécessaire pour dépasser l'autre extrémité du kyste, en restant toujours sous les téguments; et alors, retournant la lame de champ, je tiens ainsi écartées les lèvres de la petite ouverture pour faciliter l'issue de la synovie et des grains cartilagineux s'il s'en trouve, et dont j'aide la sortie par une compression convenable. Alors, ramenant la lame à plat, je fais exécuter à la pointe un demi-cercle complet du côté gauche, de manière à couper par-dessous la peau tout ce qui se présente sur son passage jusqu'à quelques millimètres au delà des limites de la tumeur; je retourne le tranchant à droite, où j'opère une section semblable; puis je le retourne en haut du côté de la peau, et je divise de la même manière toutes les enveloppes de la tumeur; enfin, portant la pointe en bas, je laboure la paroi la plus profonde du kyste, en retirant cette fois le bistouri, et prenant bien soin de ne pas trop appuyer, de peur de léser les tissus sous-jacents.

On voit que, dans les trois premières sections, le bistouri demeure toujours sous la peau; les mouvements en arc de cercle se font avec la pointe et la lame, le talon demeurant dans la petite plaie cutanée qui sert de centre à tous ces mouvements; et le résultat est qu'on a divisé le kyste en quatre parts, absolument, pour me servir d'une comparaison vulgaire, comme une pomme en quatre quartiers, sans avoir une incision extérieure de plus de 4 ou 5 millimètres. On comprime ensuite doucement la tumeur pour évacuer toute la synovie; on applique par-dessus des plaques d'agaric surmontées d'épaisses compresses pour exercer une compression molle et efficace à la fois: cette compression doit être maintenue dix à douze jours

pour éviter les récidives. Il n'y a pas de suppuration, et les parois du kyste contractent des adhérences qui en effacent la cavité. Seulement, lorsque le ganglion est multiloculaire, il faut avoir bien soin d'inciser tous les petits kystes qui le composent, sans quoi ceux que l'incision a respectés persistent.

3° *Kystes à grains cartilagineux*. — Ainsi que je viens de le dire, on rencontre quelquefois des grains cartilagineux dans les ganglions, et quelquefois aussi dans les hygromas ; mais c'est une complication assez peu grave, soit à raison du peu de volume de ces tumeurs, soit surtout quand elles sont libres de toute communication avec les synoviales tendineuses ou musculaires. Il n'en est pas de même dans les kystes en bissac du poignet qui passent sous le ligament antérieur du carpe, affection éminemment rebelle à la médecine opératoire.

On a conseillé ici les *injections iodées*, la *ponction au bistouri*, le *séton*, l'*incision*, l'*excision*.

Les *injections iodées* ont réussi à M. Velpeau, qui assure qu'après l'emploi de ce moyen, les grains cartilagineux s'amoindrissent et semblent même finir par disparaître. Si cela était démontré, nous ne devrions jamais songer à d'autres procédés ; mais il est fort à craindre que l'injection ne procure jamais qu'une cure palliative.

La *ponction au bistouri* a pour objet de faire sortir tous ces corps étrangers, pour réduire la tumeur au rang de simple hydropisie. Mais la ponction amène trop souvent la suppuration du kyste ; et j'ai perdu de cette manière un de mes opérés.

Dupuytren a réussi en passant un séton de haut en bas à travers la tumeur ; mais il avait fini par rejeter ce moyen comme trop périlleux.

Il s'était donc rattaché à l'*incision* pratiquée de la manière suivante :

On fait saillir une des tumeurs en comprimant l'autre ; on l'incise, et, dès qu'on est arrivé dans sa cavité, on y engage une sonde cannelée, qu'on pousse au-dessous du ligament annulaire jusque dans la seconde poche, afin de soulever les téguments et d'aider à pratiquer une contre-ouverture.

L'*excision* ne doit être ajoutée à l'incision que lorsque la tumeur est énorme et a des parois très hypertrophiées.

Après l'incision, il faut s'attendre à la suppuration ; c'est même par là que Dupuytren espérait obtenir la guérison. La suppuration

dans une pareille poche sera le plus souvent mortelle ; et dans les cas les plus heureux, elle laissera aux opérés une gêne à peu près incurable des mouvements. On a cité un certain nombre de guérisons : guérison de l'opération, oui ; mais guérison rétablissant la plénitude des mouvements du membre, je n'en connais pas d'exemple suffisamment vérifié.

4° *Kystes hydatiques*.

Les kystes renfermant des hydatides doivent être ouverts et vidés avec soin, et traités ensuite par la suppuration. Je ne parle ici, bien entendu, que des kystes sous-cutanés ; les kystes de l'abdomen seront l'objet d'un article spécial.

Art. V. — Des tumeurs proprement dites.

Les tumeurs se distinguent des abcès et des kystes parce qu'elles sont toujours formées par des produits solides. Elles sont tantôt entourées d'une enveloppe cellulo-fibreuse ; tantôt, quoique sans enveloppe, isolées cependant des tissus ambiants par un tissu cellulaire plus ou moins lâche ; tantôt enfin confondues avec ces tissus, sans qu'on puisse en déterminer les limites.

Je m'occuperai d'abord des tumeurs en général ; puis de quelques tumeurs en particulier, les lipomes, les tumeurs érectiles et les tumeurs cancéreuses.

1° *Des tumeurs en général*.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer la nature intime d'une tumeur, ou même de la distinguer des kystes à produits liquides. Quand la fluctuation est obscure, on a recours à la *ponction exploratrice* avec le trocart de trousse (voyez ci-dessus, page 13).

Les principaux moyens usités contre les tumeurs sont les instruments tranchants, la ligature, l'écrasement linéaire, le cautère actuel et les caustiques. Je ne reviendrai pas sur les règles déjà établies touchant leur application en général ; il suffira d'ajouter quelques détails plus spécialement applicables au traitement des tumeurs.

I. INSTRUMENTS TRANCHANTS. — Quelquefois on peut enlever d'un coup de ciseaux une tumeur à pédicule étroit ; on peut aussi rétrécir un pédicule trop large, ou même créer un pédicule avec une ligature placée à la base de la tumeur, et serrée au besoin avec le serre-