

importante. Comment faut-il ouvrir les foyers? est-ce avec l'instrument tranchant ou avec le caustique?

Les caustiques, tels que la potasse ou le cautère actuel, ne doivent être, je crois, employés que dans un très petit nombre de cas. Quand la peau est amincie, livide, décollée et dénudée de son tissu cellulaire, on a l'avantage, en ayant recours à ces agents, de la détruire d'un seul coup, et d'avoir une plaie qui se cicatrise vite. Mais, dans les autres cas, il vaut mieux avoir recours au bistouri. On peut même, à l'aide de cet instrument, obtenir les mêmes résultats qu'avec les caustiques, quand ceux-ci sont utiles; car rien ne s'oppose en effet à ce qu'on excise sur-le-champ les téguments décollés quand ils doivent l'être. Enfin, règle générale, l'instrument tranchant vaut infiniment mieux que la cautérisation, surtout quand on adopte comme principe d'ouvrir de bonne heure les foyers purulents provenant des adénites. Maintenant parlons de l'époque à laquelle on doit ouvrir ces foyers.

Certains chirurgiens attendent que la suppuration soit aussi complète que possible; ils s'appuient, je crois, sur de mauvaises raisons. Pendant que la fonte des tissus, que la maturité qu'ils attendent, s'effectuent, une dissection sourde et étendue des ganglions et de la peau peut s'opérer. En se conduisant d'après ce principe, on s'expose aux mêmes inconvénients qu'en laissant le foyer s'ouvrir de lui-même. Par la méthode contraire, en ouvrant aussitôt que la fluctuation n'est plus douteuse, on rencontre moins de liquide, à la vérité, et le dégorgeement immédiat est moins manifeste; mais aussi la peau reste épaisse, doublée de sa couche cellulo-graisseuse; les autres tissus conservent leurs rapports naturels, et les ganglions eux-mêmes ne subissent presque aucun décollement. Si la résolution de la tumeur tarde un peu plus à se terminer, on a en compensation une plaie qui se cicatrise également sans autres secours particuliers. Les foyers se-

condaires qui se forment quelquefois autour du premier ne seraient point ici une objection, car ils se montrent tout aussi bien après la première méthode qu'après la seconde.

Non seulement il vaut mieux ouvrir de bonne heure que d'attendre quand l'adénite aiguë est suivie de suppuration, mais encore il vaut mieux alors faire des incisions longues et multipliées que de simples ponctions rares et étroites. Si plusieurs points de la tumeur paraissent ramollis, se laissent déprimer comme sur autant de foyers distincts, je les incise dans toute leur longueur séparément. Je m'en tiens à une seule ouverture, au contraire, quand il n'y a évidemment qu'un foyer, et quand les téguments ne présentent pas de plaques isolément amincies. Alors je fais cette ouverture plus longue, et de manière qu'une de ses extrémités dépasse un peu les limites inférieures de la collection. J'ai pour principe enfin, toutes les fois que l'abcès est superficiel, de l'ouvrir assez largement pour que le pus ne puisse stagner nulle part. S'il est profond, et que les parois n'en soient pas amincies, une grande incision est encore nécessaire; mais on a droit d'espérer que l'élasticité, la résistance des aponévroses ou de la peau, suffiront pour forcer les matières à fuir par la voie qu'on leur a pratiquée.

Deux modes de traitement nouveaux ont été vantés pour la guérison des tumeurs lymphatiques chroniques: ce sont l'écrasement et le séton.

Ecrasement. — Cette méthode a été proposée et mise en pratique par M. Malgaigne. Quand les ganglions sont broyés, morcelés, réduits en bouillie sous les téguments demeurés intacts, la tumeur qu'ils forment se trouve dans des conditions à peu près semblables à celles d'une tumeur formée par des grumeaux de sang épanché. Une compression permanente que l'on fait succéder à l'écrasement accélère encore cette résorption. Nous devons dire cependant que le broiement

ou l'écrasement a l'inconvénient de faire passer quelquefois l'adénite chronique à l'état aigu, et de transformer la tumeur en un véritable abcès. Cet écrasement ne peut d'ailleurs pas toujours être effectuée, car les tumeurs formées par les ganglions engorgés ne sont pas toujours extérieures, et ne reposent pas souvent sur quelque point d'appui solide qui permette de faire cette opération. M. Malgaigne, pour pratiquer l'écrasement, employait le ponce ou les pouces appliqués avec force ou directement d'avant en arrière sur chaque tumeur. En procédant ainsi, on est obligé d'employer souvent une force très considérable, et souvent même on échoue. On pourrait d'ailleurs blesser des organes sous-jacents importants, par exemple l'artère fémorale sur l'aîne. Là, comme à l'aisselle, sous la mâchoire, au cou, j'ai trouvé plus convenable, lorsque la disposition des parties le permet, de saisir la tumeur entre les doigts ou bien entre deux plaques émoussées d'un bois souple, et de la comprimer avec une force suffisante sur les côtés et par tous les points de sa circonférence successivement. J'ai vu par ce moyen se résoudre très promptement des adénites chroniques très anciennes, et contre lesquelles tous les moyens employés jusqu'à présent avaient échoué. Je dois vous dire cependant que cette méthode de traitement est loin d'être infaillible, et qu'elle ne doit être employée que dans un petit nombre de cas.

Le *séton* a été proposé il y a peu de temps contre les adénites chroniques par un chirurgien de Toulon, M. Lavanier, qui dit avoir obtenu de cette manière la guérison rapide d'engorgements ganglionnaires inguinaux très anciens : ce sont de simples fils qu'on passe au moyen d'une aiguille à travers toute l'épaisseur du ganglion, dans lequel on les laisse pendant quatre, cinq ou six jours, et d'où on les retire afin d'en placer de nouveaux dans des directions différentes. Un, deux ou un plus grand nombre de fils sont ainsi passés, soit dans la même séance, soit à quelques jours d'inter-

valle ; la suppuration qui s'établit dans le trajet de chacun de ces fils amène bientôt le dégorgeement du tissu ganglionnaire ; et l'absorption moléculaire ou interstitielle de la tumeur continue ensuite de se faire sans interruption jusqu'à la fin. Je ne puis avoir encore une opinion bien arrêtée sur la valeur de cette méthode de traitement, ne l'ayant mise en usage qu'un trop petit nombre de fois ; je la crois néanmoins digne d'être tentée, surtout pour les ganglions peu volumineux, dans les régions où l'extirpation serait dangereuse, et chez les individus qui redoutent par trop l'instrument tranchant.

L'extirpation des ganglions lymphatiques dans l'adénite chronique est la seule ressource qui reste au chirurgien pour en débarrasser les malades quand les moyens que je vous ai décrits ont échoué. Cette extirpation, que j'ai pratiquée devant vous sur cette jeune fille, n'a été jusqu'à présent mise en usage que par un petit nombre de chirurgiens. Cela tient à deux choses : 1° Les ganglions lymphatiques ne s'engorgent ou ne dégèrent presque jamais que sous l'influence de causes éloignées ; en sorte qu'il y en a presque toujours un certain nombre de malades en même temps, et qu'il est rarement possible de les enlever tous. 2° On les a regardés comme un caractère positif de la maladie dite scrofuleuse ; ils ont paru n'être qu'un symptôme de cette affection, de telle sorte qu'on a pensé qu'il devenait tout-à-fait inutile de les enlever, attendu qu'on ne remédierait à rien ou presque à rien en n'enlevant que la partie la moins importante du mal. Sans doute on ne doit pas tenter l'extirpation des ganglions lymphatiques si l'engorgement des ganglions lymphatiques se rattache réellement à un état maladif général : il faut détruire la cause de la maladie avant d'attaquer son ombre ; on ne doit pas non plus les extirper s'ils sont nombreux et disséminés çà et là dans diverses parties du corps. Mais quand il n'y en a qu'un seul ou un petit nombre seulement, ou qu'ils sont

agglomérés en un seul paquet, et que ce paquet soit facile à isoler, à disséquer, on doit pratiquer l'opération, surtout si la constitution de l'individu est bonne, et qu'il soit dans un état satisfaisant de santé. Comme je vous l'ai déjà dit, il arrive souvent que l'enlèvement des ganglions lymphatiques engorgés les plus malades favorise la résolution de ceux qui le sont moins, et auxquels on ne touche pas. Plusieurs fois j'ai extirpé une seule ou quelques unes des tumeurs lymphatiques, sachant très bien que je respecterais les autres. Je me suis contenté d'enlever celles qui étaient ulcérées ou les plus saillantes, et j'ai vu les autres, ou rester dans le même état, et souvent diminuer de volume et disparaître; rarement j'ai vu les ganglions que j'avais respectés prendre un grand accroissement après l'opération. On peut, en reste, quand les plus dégénérées de ces tumeurs sont détruites par l'instrument tranchant et la plaie de l'opération cicatrisée; on peut, dis-je, traiter celles qu'on n'a pas cru nécessaire d'extirper par la médication topique dont je vous ai déjà entretenus. D'ailleurs peut-on mettre en balance les inconvénients passagers de l'extirpation avec ceux qui résultent de la suppuration des ganglions lymphatiques, de leur ulcération, des fistules, des décollements et des cicatrices difformes qui en résultent, alors que la maladie guérit sans aucune opération?

L'extirpation des ganglions lymphatiques exige peu de préparations: quand la peau qui les recouvre est saine, on se borne à des incisions simples des téguments; mais quand ceux-ci sont altérés, désorganisés, ou décollés de manière à ne pouvoir espérer leur retour à l'état naturel, il faut les enlever à l'aide d'une incision elliptique plus ou moins allongée, comme pour l'extirpation des autres tumeurs.

Je vous ai déjà plusieurs fois parlé du genre d'incisions que je veux substituer aux incisions en T ou cruciale qu'on emploie généralement, surtout quand il s'agit de tumeurs

un peu volumineuses. Je la crois avantageuse dans ce cas; on taille ainsi un lambeau qu'on renverse du bord libre au bord adhérent, et qui donne au chirurgien une grande liberté pour tous les détails de l'opération. Quand les téguments sont incisés, on procède à la dissection de la tumeur: on l'accroche avec une érigne simple ou double que l'on confie à un aide; on la sépare avec précaution des parties environnantes. Comme ces parties ne sont ordinairement que collées autour des ganglions et qu'elles leur adhèrent peu, il est généralement assez facile de les en détacher et de les isoler; c'est ce qui fait que l'énucléation avec le doigt ou le manche du scalpel peut être substituée ici à l'instrument tranchant partout où l'on peut craindre de blesser de gros vaisseaux ou de gros nerfs. Je vous ai dit qu'on pouvait ne pas enlever minutieusement tous les ganglions affectés, et que l'on pouvait se contenter d'enlever les principaux, ceux qui causaient le plus de gêne ou de difformité, les autres demeurant stationnaires ou revenant plus tard à leur état naturel; ainsi il devient inutile dans ce cas de rechercher minutieusement tous les ganglions engorgés. Il n'y a pas ici, comme dans les cancers, à craindre la prompte repullulation du mal, si on en laisse quelques racines; c'est ce qui fait que partout dans le cours de la dissection le bistouri doit être porté sur les limites exactes ou la circonférence de la tumeur plutôt qu'au-delà, ainsi qu'on le fait quand on extirpe les cancers. On peut, par la même raison, se servir des doigts pour détacher, arracher même les dernières racines du ganglion malade quand il est profondément situé, ou qu'il se trouve mêlé à des organes qu'il serait dangereux d'inciser. Dans le cas où de grosses veines, de grosses artères se trouvent à la base des tumeurs lymphatiques qui ont été isolées autant que possible par la dissection, et que l'on craint de léser ces vaisseaux; c'est le cas d'étrangler le pédicule de ces tumeurs avec une ligature pour y interrompre toute

circulation, et les faire tomber en gangrène ou les exciser.

Quand l'extirpation des tumeurs lymphatiques a été faite, que les vaisseaux capables de fournir une hémorrhagie ont été liés, on procède au pansement. Je ne conseille pas, après cette opération, d'avoir recours à la réunion par première intention, rarement elle réussit; elle pourrait même amener des accidents; la plaie résultant de l'opération étant presque toujours inégale et sinueuse, offrant des cavités et des culs-de-sac plus ou moins profonds, on ne pourrait obtenir que très difficilement un adossement des surfaces. De là, des foyers de sang, de lymphe, de pus, et tous les accidents que vous pouvez facilement prévoir. Aussi n'avez pas recours à la réunion immédiate, à moins que vous n'avez enlevé qu'un ganglion unique, que la plaie ne soit régulière et ne présente pas d'anfractuosité. J'ai déjà pratiqué un grand nombre de fois l'extirpation des ganglions lymphatiques au cou, à l'aîne, à l'aisselle, à la région sus-claviculaire, etc., etc., et je n'ai pas eu d'accident quand j'ai eu recours à la réunion médiante, tandis que j'ai au contraire vu survenir des inflammations, des abcès, des fusées purulentes, des érysipèles phlegmoneux, etc., etc., chez le plus grand nombre de ceux chez lesquels j'avais tenté la réunion immédiate. Voici donc comment je panse les opérés: je place au fond de la plaie et dans toutes ses anfractuosités des boulettes de charpie très fine; je les remplis entièrement, puis je recouvre la plaie d'un linge fin troué et cératé; par-dessus je mets des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage simplement contentif. Lorsque je n'ai aucune hémorrhagie à craindre, je mets un petit nombre de boulettes de charpie; dans le cas contraire, je les y entasse de manière à ce qu'elles puissent exercer une sorte de compression sous le bandage. Trois ou quatre jours après, on enlève les pièces extérieures de l'appareil jusqu'au linge troué. Un ou deux jours après, les boulettes de charpie étant suffisamment

imbibées de liquide, on les enlève facilement et sans douleurs. A dater de ce moment, on dépose chaque jour dans le fond de la plaie de nouvelles boulettes de charpie, dont on diminue graduellement le nombre. La cicatrisation est rapide, car les malades sont ordinairement guéris dans l'espace de trois semaines à un mois au plus tard.

Nous allons parler maintenant des tumeurs lymphatiques des diverses régions du corps où elles se développent le plus ordinairement, et des manières de procéder à leur extirpation. Je vous ai parlé des tumeurs lymphatiques sus-claviculaires, je vous parlerai donc seulement de celles du cou, de l'aisselle et de l'aîne.

Tumeurs lymphatiques du cou. — Les ganglions lymphatiques du cou sont en si grand nombre et disséminés sur tant de points différents dans cette partie du corps, que partout ils peuvent y donner naissance à des tumeurs.

Il s'en développe derrière le muscle sterno-mastoïdien, et ils semblent reposer sur la face externe du trapèze; il s'en développe aussi quelquefois au tiers supérieur du cou, ou dans le voisinage de la région occipito-mastoïdienne, en arrière du muscle sterno-mastoïdien. J'en ai extirpé plusieurs fois derrière le muscle sterno-mastoïdien, entre ce muscle et le trapèze; une simple incision les met à découvert. Aucun organe important n'étant à ménager dans cette partie, on peut y procéder largement, rapidement, et à grands coups de bistouri.

Tumeurs lymphatiques parotidiennes. — Ces tumeurs sont très fréquentes; leur développement considérable, et par suite l'atrophie qu'ils déterminent dans la glande parotide ont fait croire à beaucoup de chirurgiens qu'ils avaient extirpé la parotide, tandis qu'ils n'avaient réellement enlevé que des ganglions lymphatiques dégénérés. Si on en croyait, en effet, les faits rapportés par plusieurs auteurs du siècle dernier, rien ne serait aussi facile et aussi simple que l'extirpation de la parotide; mais si on examine ces faits avec

attention, on verra que la plupart sont loin d'être concluants, et que cette opération est au contraire extrêmement difficile. Quelques auteurs recommandables, au milieu desquels nous trouvons Boyer, nient même la possibilité de cette extirpation. La plupart des faits cités par les auteurs Heister, Scultet, Verdier, Palfin, Gooch, Garengéot, et de beaucoup d'autres encore, se rapportent évidemment, pour la plupart au moins, à l'ablation de tumeurs lymphatiques dégénérées, et qui étaient développées dans la profondeur de l'espace parotidien, ou à des kystes soit salivaires, soit purement séreux, et non de la parotide elle-même. Je ne veux pas dire que la glande n'a jamais été enlevée, car Béclard a positivement démontré que cette glande pouvait être complètement enlevée sur le vivant, ainsi que MM. Gensoul, Carmichaël, Lisfranc, Mott, Chélius, Weinhold, Hendricks, Warren père, Warren fils, etc., je veux dire seulement que très souvent on se trompe ou qu'on s'est trompé en croyant extirper la parotide: on extirpe des tumeurs qui lui sont étrangères. Il y a, en effet, dans l'épaisseur même de la parotide une grande quantité de ganglions lymphatiques. Ces organes peuvent devenir et deviennent en effet quelquefois tuberculeux, cancéreux, se transforment en tumeurs bosselées qui étalent, aplatissent, dénaturent le tissu glandulaire et trompent sur la nature réelle des parties qu'on enlève. J'ai pratiqué un grand nombre de fois des opérations pareilles, et je suis arrivé jusqu'à mettre à nu toute l'excavation parotidienne; j'avais presque la conviction que j'avais enlevé la parotide. Il fallait que je me livrasse ensuite à une dissection attentive de la tumeur pour m'assurer que j'avais affaire à une dégénérescence des ganglions et non point de la glande. Des tumeurs mélicériques, lipomateuses, fibreuses, mélaniques, encéphaloïdes et autres, peuvent en imposer, comme les ganglions dégénérés, pour une dégénérescence de la parotide.

Tumeurs lymphatiques sous-maxillaires. — Les engor-

gements des ganglions lymphatiques sous-maxillaires se remarquent ordinairement dans l'espace mylo-hyoïdien; mais on en rencontre aussi directement sous le menton, sous l'angle de la mâchoire, sur la face externe de cet os, au-devant du muscle masséter. Sur la ligne médiane, elles sont souvent cutanées, du moins en avant des muscles, et ne sont avoisinées par aucune artère volumineuse. L'artère sous-mentale est le seul vaisseau capable de fournir du sang et de réclamer une ligature.

Sous l'angle des mâchoires, les ganglions lymphatiques engorgés peuvent acquérir le volume d'une noix, d'un œuf, du poing, et plus encore même. Placés dans cet endroit, en dehors du muscle digastrique, de la glande sous-maxillaire, au-devant du muscle sterno-mastoïdien, ils sont trop voisins de la veine jugulaire interne et des artères carotides internes pour ne pas inspirer quelque crainte quand on pratique leur extirpation. J'en ai souvent enlevé dans cette région, et j'ai rarement trouvé de grandes difficultés pendant l'opération. Voici comme j'y procède: le malade étant incliné du côté sain, et le menton un peu relevé, est bien fixé par des aides dans cette situation. L'épaule du côté malade est en même temps un peu abaissée. Si la tumeur est d'un volume médiocre, on la découvre à l'aide d'une incision courbe, moulée en quelque sorte sur la courbure de la région sous-maxillaire. Si la tumeur est au contraire d'un assez grand volume, je fais une incision semi-lunaire très prononcée, et j'obtiens ainsi un lambeau que je relève de bas en haut et d'arrière en avant, du côté de la mâchoire; je dissèque ensuite la tumeur. A mesure que le bistouri divise les parties, le doigt les écarte et distend et achève l'énucléation de la tumeur quand on arrive près des parties profondes, s'il y a là des organes qu'on craint de blesser. L'opération étant achevée, on panse la plaie comme je vous l'ai dit, c'est-à-dire qu'il convient mieux d'avoir recours à la réunion secondaire qu'à la réunion immédiate.

Quand on enlève les ganglions lymphatiques de la face externe de la mâchoire, on doit s'attendre à blesser l'artère faciale ou maxillaire externe, car elle est souvent comme enveloppée par les tumeurs. Au surplus, il est facile de la tordre ou de la lier; il faut pratiquer cette ligature ou cette torsion sur le bout inférieur et sur le bout supérieur; car le reflux du sang se fait facilement par les artères angulaire et coronaire. Après l'enlèvement des ganglions sur la face externe de la mâchoire, on peut réunir la plaie immédiatement, parce qu'elle repose sur un plan fixe, que son fond ne présente pas autant d'anfractuosités que dans d'autres régions, et qu'il est plus facile à cause de ce plan fixe de les faire disparaître.

Tumeurs lymphatiques mylo-hyoïdiennes. — La région mylo-hyoïdienne, qui contient la glande sous-maxillaire, renferme un assez grand nombre de ganglions lymphatiques, qui deviennent souvent malades et acquièrent quelquefois un volume très considérable. C'est principalement sous l'influence des maladies de la figure, de la partie antérieure du crâne, de l'intérieur de la bouche, des dents, des gencives, de la langue, etc., que ces ganglions s'engorgent. Les tumeurs lymphatiques de cette région sont globuleuses, généralement ovoïdes, mobiles, dures ou élastiques et très saillantes au-dessous des mâchoires. Si on les presse par la bouche ou par la région sus-hyoïdienne en même temps, on semble les rendre presque sous-cutanées ou sous-muqueuses. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par cette sensation, car ces tumeurs sous-maxillaires sont toutes sous-aponévrotiques, et il faut aller les chercher assez profondément pour les enlever exactement. Du reste, l'opération se fait soit à l'aide d'une incision droite ou parallèle au bord inférieur de la mâchoire, ou d'une incision en T si la tumeur est très volumineuse, ou mieux encore à l'aide d'une incision en demi-lune; on taillerait alors un lambeau qui permettrait de découvrir toute la région cutanée de la tumeur, et qui par

son propre poids retomberait sur le fond de la plaie. Le malade est couché la tête renversée en arrière et inclinée du côté sain, l'incision des téguments est prolongée en avant sans aucune crainte, car il n'y a de ce côté aucune artère importante; mais en arrière il faut procéder avec plus de précaution. On trouve de ce côté la veine faciale, la veine maxillaire externe même, qui peuvent être soulevées et rendues plus superficielles que dans l'état ordinaire, et qu'on pourrait léser. C'est ce qui fait qu'on doit procéder à la dissection de la tumeur par en haut, par en bas ou par sa moitié antérieure. On l'accroche ensuite avec une érigne; on la dégage autant que possible du fond de la région mylo-hyoïdienne avec le doigt ou le manche du bistouri, et on en complète ainsi l'extraction. Si on coupe l'artère faciale, ce qui arrive assez souvent, on en fait la ligature. Il faut vous souvenir dans cette circonstance qu'on croit souvent avoir ouvert cette artère, quand on n'a intéressé qu'une de ses branches, la maladie des ganglions lymphatiques donnant lieu à un développement très considérable de ces branches; il n'est même pas très rare de les voir acquérir le volume d'une plume de corbeau.

Les tumeurs lymphatiques de la région mylo-hyoïdienne s'étendent quelquefois très loin en arrière, et on est obligé de pousser la dissection jusque sur les côtés du larynx et au-devant des artères carotides. C'est ainsi que j'ai vu au fond d'une caverne profonde occupée par la tumeur que je venais d'enlever, caverne assez profonde pour loger le poing, battre les artères linguales en dedans, la carotide interne en arrière, l'artère maxillaire en dehors. Ce n'est point, comme vous le voyez, le cas de fermer la plaie par la réunion immédiate; on doit la remplir de boulettes de charpie molle, et tamponner légèrement, comme je vous l'ai dit en parlant du pansement qui suivait ces opérations en général. Au bout de huit ou dix jours, quand les boulettes de charpie deviennent inutiles, vous ferez bien atten-

tion que la lèvre supérieure de la plaie a une grande tendance à se relever du côté de la face; ceci réclame du soin pour éviter des difformités. Il faut, avec une bandelette de diachylon placée en dehors le long du bord inférieur de la mâchoire, retenir cette lèvre supérieure et la refouler par en bas pour en prévenir le renversement. Cette bandelette devient encore plus nécessaire pour s'opposer à ce renversement quand on a fait l'incision en demi-lune au lieu de faire une incision simple ou une incision en T.

Tumeurs lymphatiques de la région carotidienne.— Dans le sillon sterno-carotidien, les engorgements des ganglions lymphatiques sont extrêmement fréquents. Après la région parotidienne et le creux mylo-hyoïdien, c'est là où on les rencontre le plus souvent. Depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la fossette sus-sternale, il existe une longue trainée de ces ganglions, dont les uns se trouvent sur la face antérieure et autour de l'artère carotide et de la veine jugulaire, les autres sur la face interne, d'autres enfin sur le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et il y en a même qui se prolongent jusque sous la face postérieure du pharynx et de l'œsophage.

Quand ces tumeurs lymphatiques sont nombreuses et profondes, mais peu saillantes, qu'elles se bornent à soulever le muscle sterno-mastoïdien au lieu de proéminer du côté de la nuque ou du côté du larynx, il faut les laisser et se borner à les attaquer par les topiques ou les médications générales. Mais quand elles forment des bosselures mobiles faisant relief entre le muscle sterno-mastoïdien et le milieu du cou, si elles n'enlacent pas l'artère carotide ou la veine jugulaire interne, et ne se prolongent pas du côté de la poitrine, on peut les extirper. Enfin tant qu'on peut ménager les gros vaisseaux et les nerfs de cette région, on peut tenter l'opération. Pour la pratiquer, le malade est couché sur le dos, la tête étant fortement relevée, afin que le muscle sterno-cléido-mastoïdien soit tendu, déjeté

en arrière, et que les tumeurs soient repoussées en avant, ce qui les rend d'ailleurs plus superficielles et plus fixes en même temps. Le chirurgien fait sur la peau une incision de haut en bas, et qui dépasse les limites de la tumeur de dix à douze lignes environ. Il dissèque les deux lèvres de la plaie, saisit la tumeur avec une érigne, qui est confiée à un aide pendant qu'il continue la dissection. Lorsqu'il est arrivé près du fond de la région carotidienne, il procède avec beaucoup de précaution, et fait toujours précéder du doigt la pointe du bistouri, que l'on dirige toujours avec attention vers la tumeur, afin de bien ménager les gros vaisseaux qui se trouvent en arrière. En procédant par énucléation, je suis parvenu à dégager des lobules très profondément situés, et qui s'étaient engagés derrière la carotide ou la veine jugulaire, ou entre ces deux vaisseaux. Dans cette opération très délicate, car on met souvent à nu la veine jugulaire interne, l'artère carotide, le nerf pneumo-gastrique et le nerf grand sympathique, on conçoit combien il est important de ne blesser aucun d'eux. Lorsque quelques uns des prolongements des tumeurs lymphatiques proéminent vers le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, on les voit souvent s'incliner en avant, et se cacher en quelque sorte sous le muscle à mesure qu'on en extirpe les bosselures antérieures. Aussi vaudrait-il peut-être mieux les attaquer à part au moyen d'une incision indépendante de la première, avant de commencer l'autre partie de l'opération. C'est ce que j'ai fait, et j'ai vu alors la tumeur antérieure, débarrassée de toute adhérence en arrière, se porter librement en avant, et être enlevée très facilement à l'aide de tractions légères. Si par hasard la tumeur lymphatique était très épaisse et étranglée par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, je n'hésiterais pas à couper ce muscle en travers pour la découvrir entièrement et en faire plus facilement la dissection; je trans-

formerais alors la plaie en une large incision en T, dont la tige serait placée en travers.

Après l'enlèvement des ganglions lymphatiques de la région carotidienne, on procède au pansement. Ici, plus encore que dans la région sous-maxillaire et le creux mylohyoïdien, on doit se garder de faire la réunion par première intention. L'état lamelleux des tissus, la mobilité naturelle et inévitable de plusieurs d'entre eux, la multiplicité ou l'importance des vaisseaux qui ont pu être ouverts, les anfractuosités des cavités d'où les ganglions ont été extraits, etc., etc., ne peuvent point permettre d'espérer la réunion primitive. D'ailleurs, la crainte des fusées purulentes dans diverses directions, et surtout du côté de la poitrine, doit éloigner de cette idée. Vous panserez donc dans ce cas comme je vous l'ai dit, c'est-à-dire en remplissant la cavité avec des boulettes de charpie, et en tamponnant très légèrement; on se met aussi, par ce moyen, plus à l'abri des érysipèles, et on n'en obtient pas moins, dans l'espace de quinze jours à un mois, une guérison solide.

Vous ayant déjà parlé en commençant ces leçons, des tumeurs lymphatiques sus-claviculaires, je passe maintenant aux tumeurs lymphatiques de l'aisselle.

Tumeurs lymphatiques de l'aisselle. — Le creux de l'aisselle est une des régions dans lesquelles les ganglions lymphatiques s'engorgent le plus souvent; des maladies très variées du sein et du membre supérieur sont le point de départ de ces engorgements des ganglions. Le chirurgien est très souvent obligé de respecter ces tumeurs et de ne point en tenter l'extirpation, à cause de la nature des maladies dont elles ne sont que le symptôme, et qui ne permet pas de regarder l'affection des ganglions lymphatiques comme purement locale. Tels sont, par exemple, les squirrhes et cancers du sein, qui donnent presque toujours naissance à des engorgements des ganglions dans l'aisselle.

L'extirpation des ganglions de l'aisselle est du reste une opération délicate; il y a dans cette région des organes importants et qu'il faut absolument ménager; ainsi, la veine axillaire et les branches qu'elle reçoit peuvent donner lieu à des hémorrhagies abondantes; l'introduction de l'air peut encore se faire par elles. Nous trouvons ensuite l'artère axillaire et les nerfs si nombreux et si volumineux du plexus brachial. Ajoutons à cela, la profondeur de la région, la difficulté que l'on éprouve pour manœuvrer le bistouri, gêné qu'il est par la disposition ou les rapports des muscles pectoraux en avant, de l'épaule en arrière et en dehors, de la poitrine en dedans, et on s'expliquera la réserve que l'on met généralement dans l'enlèvement des tumeurs ganglionnaires de la région axillaire. Néanmoins, l'occasion s'étant souvent présentée à moi d'enlever ces ganglions engorgés de l'aisselle, j'ai dû surmonter la répugnance que j'avais pour cette opération; je l'ai pratiquée dans des cas très nombreux et très diversifiés, et j'ai acquis la conviction qu'elle est plus effrayante en apparence qu'en réalité. Plusieurs de mes malades avaient même d'énormes tumeurs qui soulevaient le muscle grand pectoral, qui entouraient les nerfs du plexus brachial ou les vaisseaux axillaires, et qui se prolongeaient même dans le creux sous-claviculaire, après avoir rempli tout le creux de l'aisselle; je suis parvenu à les extirper. J'ai arraché tous les ganglions lymphatiques les uns après les autres, et j'ai perdu très peu de malades; la plupart même se sont rétablis avec une grande promptitude.

Cette extirpation des ganglions de l'aisselle est suivie de quelques inconvénients qui ne sont pas sans quelque gravité: 1^o la circulation lymphatique se fait mal, et il en résulte des infiltrations et des engorgements du membre supérieur; 2^o le resserrement qui se fait dans le creux de l'aisselle amène une gêne plus ou moins grande dans les mouvements de l'épaule et dans l'écartement des bras du tronc.