

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.

Il y a, du reste, deux manières de pratiquer cette opération : la première par le creux de l'aisselle, la seconde par devant cette région.

Extirpation des ganglions par le creux de l'aisselle. —

Le malade est placé sur un lit plutôt que sur une chaise, le bras maintenu écarté par un aide qui le lui éloigne du tronc et le relève; un autre aide est prêt à comprimer l'artère sous-clavière sur la première côte, si cela est nécessaire. Le chirurgien fait alors une incision comprenant tout le grand diamètre du creux de l'aisselle, et qui s'étend de la racine du bras au-dessous de la tumeur et jusque sur les côtés de la poitrine. Si une seule incision peut suffire, elle doit être placée plutôt en arrière qu'en avant et trop près du bord antérieur de l'aisselle; dans le cas contraire, quand on est obligé de la convertir en incision en T, comme c'est sur la lèvre postérieure qu'on pratique cette seconde incision, il vaut mieux l'établir tout-à-fait en avant. On peut du reste remplacer avec avantage l'incision simple, si elle ne suffit pas, ou l'incision en T, ou l'incision cruciale, par l'incision en demi-lune, dont on aurait alors le soin de tourner le bord libre, soit en arrière, soit en dehors. Lorsque les téguments ont été incisés, ainsi que le fascia sous-cutané, et l'aponévrose, on porte dans la plaie un doigt qui sert de guide à l'égrigne simple ou double avec laquelle on accroche la masse qu'on va enlever; on continue alors la dissection de la tumeur en avant, puis en arrière, puis en dedans, et enfin de bas en haut, à mesure que l'aide l'entraîne, tantôt dans un sens et tantôt dans un autre. Lorsque le chirurgien a disséqué jusque dans le creux de l'aisselle et du côté du bras, on réussit souvent à détacher complètement la tumeur à l'aide de petits coups de bistouri, pendant que l'indicateur de la main gauche, dirigé en arrière et profondément, soulève le plexus brachial et les vaisseaux, et les préserve de toute atteinte. Cette dissection au milieu de parties si importantes est très déli-

cate. Si les lobules de la tumeur se prolongent trop loin du côté de la clavicule ou du cou, et s'entremêlent trop avec les vaisseaux ou les nerfs, il vaut mieux les détacher, les déchirer doucement avec le doigt que d'employer exclusivement l'instrument tranchant. Si les ganglions engorgés ne se prolongent que par un pédicule en haut et en dehors, on peut étrangler ce pédicule avec un fil et exciser au-dessous de lui tout le reste de la tumeur. Quand on use de toutes ces précautions, on enlève assez promptement et assez facilement les tumeurs dont le volume n'est pas plus considérable que celui d'un œuf, et celles qui se présentent sous l'aspect de grappes, principalement quand elles occupent la paroi thoracique de l'aisselle; les dangers et les difficultés ne se rencontrent que pour les tumeurs qui sont placées près de l'articulation scapulo-humérale, ou quand, dépassant la racine du bras, elles se prolongent jusqu'au-dessus de la clavicule.

Les artères que l'on peut ouvrir pendant l'extirpation des tumeurs ganglionnaires par le creux de l'aisselle sont peu nombreuses : ce sont des branches de la mammaire externe, des thoraciques antérieures, de la scapulaire commune, et rarement de la circonflexe interne. On peut, si l'on veut, en faire la ligature ou la torsion à mesure qu'on les coupe, ou bien se borner à fermer leur orifice béant à l'aide du doigt jusqu'à la fin de l'opération, et les lier ou les tordre ensuite. Si on avait eu le malheur d'ouvrir l'artère axillaire, comme on en cite quelques cas, celui de M. Wolf, par exemple, qui est rapporté dans le tome VII du journal de Graefe et de Walter, on en ferait immédiatement la ligature.

L'hémorrhagie veineuse est un des accidents les plus fréquents et des plus incommodes pendant l'extirpation des tumeurs de l'aisselle. Le reflux veineux n'est pas tout-à-fait anéanti dans cette région, et rend l'écoulement du sang par les veines divisées très abondant et opiniâtre;

toutefois la fermeture des ouvertures par les doigts d'un aide pendant le cours de l'opération, un tamponnement et une compression légère même après elle suffisent pour arrêter l'hémorrhagie. J'ai vu cette compression réussir très bien dans le cas de l'ouverture de la veine axillaire elle-même.

Lorsque l'extirpation des tumeurs lymphatiques de l'aisselle est achevée, il reste une caverne large, anfractueuse, irrégulière, qui ne permet en aucune façon de songer à la réunion par première intention; on pense donc, comme je vous l'ai dit, avec des boulettes de charpie molle dont on remplit bien la caverne, et de manière à établir une compression suffisante pour mettre obstacle à l'écoulement du sang veineux. Par-dessus ces boulettes, on met un linge troué et cératé, de la charpie molle, et le bandage ordinaire de l'aisselle.

Extirpation des tumeurs lymphatiques par le devant de l'aisselle. — Lorsque la situation des tumeurs lymphatiques de l'aisselle ou leur volume empêchent de les enlever par le creux de l'aisselle, ou si elles se trouvent développées, ainsi que je l'ai vu avec M. Bérard jeune et Jules Cloquet, entre les deux muscles pectoraux ou très rapprochées de leur face postérieure, il vaudrait mieux inciser, diviser la paroi antérieure de la région axillaire que d'opérer par le creux de l'aisselle. Dans un cas de ce genre, j'incisai les tissus obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, depuis le tiers interne de la clavicule jusqu'au bord inférieur du muscle grand dorsal; je fis ensuite une autre incision parallèle au bord postérieur de l'aisselle, et je circonscrivis ainsi quatre lambeaux, dont deux petits que je renversai en bas et en arrière, et deux très larges que je disséquaï en les renversant, l'un du côté du sternum, l'autre du côté de l'épaule. Ces deux derniers comprenant toute l'épaisseur des muscles pectoraux, me permirent de détacher peu à peu du devant et du côté de la poitrine la totalité de la tumeur,

qu'il fallut isoler ensuite en arrière du muscle sous-scapulaire, en haut et en avant du bord de la clavicule, en dehors de tout le plexus brachial, et déraciner à la fin du creux sus-claviculaire, où elle se prolongeait par une racine assez volumineuse. Au lieu de faire une incision cruciale, on pourrait faire une incision en T; la branche horizontale du T étant placée en arrière, parallèlement au bord postérieur de l'aisselle, mettrait à même de faire tomber sur elle une incision verticale ou plus ou moins oblique, qu'on ferait partir du devant de la clavicule. Les deux lambeaux triangulaires étant circonscrits de cette manière, donneraient toute la facilité possible pour pratiquer l'extirpation et faire ensuite le pansement. Si la tumeur était plus saillante en avant qu'en haut, on pourrait la découvrir plus facilement encore, à l'aide de l'incision semi-lunaire, que l'on taillerait sur une courbe plus ou moins profonde, plus ou moins allongée, suivant le cas, et dont on tournerait le bord convexe du côté de l'aisselle, ou du sternum, ou du bras, suivant la forme, la position et la conformation de la tumeur. En relevant ce lambeau sur sa base, on pourrait disséquer facilement la tumeur jusque dans ses racines les plus profondes. L'incision des fibres musculaires ne présente absolument rien de grave. Quand l'extirpation des tumeurs lymphatiques par le devant de l'aisselle a été faite, on rapproche les lambeaux de manière à leur faire recouvrir aussi complètement que possible la paroi antérieure de l'aisselle et à combler le vide opéré par l'extraction de la tumeur. On peut tenter, si on veut, la réunion par première intention; mais je préfère mettre une mèche ou quelques rouleaux de charpie entre les lèvres de la partie inférieure de la plaie pour laisser un écoulement aux liquides. Si on voulait absolument obtenir une réunion immédiate, on pourrait employer les bandelettes, aidées de la position, ou même de la suture.

L'opération étant achevée, on maintient le bras immo-

bile et un peu relevé du côté de l'épaule ; on a soin d'éviter que les matières ne stagnent dans la plaie, et de leur donner issue dès qu'on s'aperçoit qu'elles se réunissent en foyer. Pour prévenir cet accident, on doit éviter la réunion trop prompte de la partie inférieure de la plaie ; on écarte alors un peu le bras du tronc, on fait usage des cataplasmes émollients, enfin on a recours aux injections émollientes et détersives dans la caverne. Vous n'oublierez pas, messieurs, que dans l'extirpation des tumeurs lymphatiques de l'aisselle, comme de celles d'autres parties du corps, on n'est pas obligé d'enlever scrupuleusement tous les ganglions engorgés, comme lorsqu'on procède à l'extirpation de tumeurs de nature maligne, des tumeurs squirrheuses, cancéreuses, encéphaloïdes, etc., dont il ne faut pas laisser échapper la moindre parcelle sous peine de récurrence. Vous pourrez extirper ces tumeurs lymphatiques ganglionnaires ou tuberculeuses, et voir votre opération couronnée de succès, lors même que vous seriez dans la nécessité de laisser dans le creux de l'aisselle ou au-dessus de lui quelques ganglions malades.

Extirpation des tumeurs lymphatiques du bras.—Les tumeurs lymphatiques se développent quelquefois sur le trajet de la veine céphalique et dans la région deltoïdienne ; mais c'est ordinairement, et presque uniquement même, à la partie interne du bras qu'on les voit. Elles peuvent se trouver sur tous les points du trajet de l'artère brachiale ; elles siègent le plus souvent à un ou deux pouces au-dessus de l'épitroclée. Leur extirpation est facile ; pour la pratiquer, on écarte le bras du tronc et on tient l'avant-bras dans la supination. Une incision longitudinale commencée au-dessus de la tumeur et qui se termine un peu au-dessous d'elle, suffit ordinairement et permet de disséquer complètement la tumeur et d'arriver à son pédicule, pendant qu'un aide, après l'avoir saisie avec une érigne, l'attire convenablement au-dehors, et qu'un autre comprime l'ar-

tère brachiale du côté de l'aisselle. Ces tumeurs ganglionnaires ont souvent des rapports intimes avec l'artère brachiale et les nerfs médian et cubital ; c'est ce qui oblige quelquefois, dans la crainte d'intéresser ces organes importants si elles envoient des prolongements entre eux et qu'il parût trop difficile de les dégager avec les doigts ou le bistouri ; ce qui oblige, dis-je, d'en étrangler le pédicule avec une forte ligature.

Après l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du bras, on peut tenter la réunion de la plaie de l'opération par première intention, car elle présente dans cette région des chances de succès ; mais, comme je vous l'ai déjà dit, le pansement à l'aide de boulettes de charpie, du linge troué, des gâteaux de charpie, de compresses carrées, et d'un bandage roulé modérément, amènent presque aussi promptement à guérison ; le membre est d'ailleurs placé dans la demi-flexion sur un coussin ou un oreiller jusqu'à ce que la période des accidents primitifs soit passée.

Tumeurs lymphatiques de l'aîne.— Les tumeurs lymphatiques de l'aîne sont extrêmement communes ; elles présentent trois variétés capitales et qu'il faut bien se garder de confondre. En effet, les unes sont dues à une cause vénérienne, les secondes tiennent à une maladie du pied ou de la jambe, les troisièmes sont de nature cancéreuse.

Lorsque les tumeurs lymphatiques de l'aîne sont de nature syphilitique, il faut toujours, avant de les extirper, soumettre les malades qui en sont atteints à un traitement antivénérien. Lorsque les tumeurs lymphatiques doivent leur origine à une maladie du membre inférieur, et que cette maladie existe encore, il faut tenter d'abord sa guérison avant d'avoir recours à l'opération. Quand tous les moyens ont échoué, que toutes les médications générales et locales ont été vainement employées, on peut procéder à l'opération. Quand l'engorgement des ganglions de l'aîne est de nature cancéreuse, on ne doit pas pratiquer d'opé-

ration; cela est encore plus certain si les ganglions qui existent dans la fosse iliaque participent à la maladie, car l'opération serait alors sans profit pour le malade : l'affection cancéreuse ne tarderait pas à se reproduire.

L'enlèvement des ganglions lymphatiques de l'aîne est une opération très délicate; en effet, le voisinage de l'artère et de la veine fémorale, des branches volumineuses et nombreuses qui en proviennent, de la veine saphène interne, du nerf fémoral, la rendent en effet à la fois difficile et dangereuse. Toutefois, les dangers de cette opération ne sont pas les mêmes dans tous les cas. Je dois vous rappeler ici, messieurs, la disposition des ganglions de l'aîne.

Ils forment deux groupes bien distincts : l'un placé dans le fascia sous-cutané, l'autre sous le feuillet superficiel du fascia lata et dans le canal crural. Le premier reçoit les vaisseaux lymphatiques des parties génitales externes, ceux qui rampent dans le fascia sous-cutané de l'abdomen, et presque tous les superficiels des membres pelviens; il est facile alors d'expliquer la rapidité de l'infection vénérienne qui leur arrive pour donner naissance aux bubons; alors il y a deux ordres de phénomènes pathologiques : les uns primitifs, produit de la cause spécifique, se passent dans les ganglions eux-mêmes; les autres, secondaires, se comportant comme s'ils dépendaient d'une toute autre cause, ont leur siège dans le tissu cellulaire ambiant. Au nombre de six ou huit, rassemblés dans le creux inguinal, autour de la veine saphène ou aux environs de l'ouverture de l'aponévrose, ils occupent les points où se montrent ordinairement les hernies crurales. Quand ils sont le siège d'un gonflement chronique indolent, il ne serait pas difficile de les confondre avec l'une de ces tumeurs, si on n'y faisait une grande attention. Sabatier fit, en effet, appliquer une fois un bandage herniaire sur un bubon vénérien. Rendus immobiles par une inflammation et au-devant des vais-

seaux fémoraux, ils peuvent être soulevés par les battements artériels et faire croire à l'existence d'un anévrisme.

Les ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux du pénis et des organes sexuels étant tous dans le pli de l'aîne ou sur le devant du ligament de Fallope, suffisent en s'engorgeant pour prouver que le mal a son siège dans les organes génitaux ou l'abdomen, et pour faire soupçonner qu'il est de nature syphilitique. Les autres, placés au-dessous et en dedans, ne se gonflent que sous l'influence d'une maladie du membre abdominal, au contraire, et n'indiquent rien de syphilitique par eux-mêmes.

Les ganglions profonds de l'aîne, au nombre de trois, quatre ou cinq, entourent l'artère fémorale, siègent entre les deux feuillets du *fascia lata*, et communiquent avec les précédents à l'aide d'artérioles, de veinules et de vaisseaux lymphatiques. Ce sont ces moyens de communication qui peuvent transmettre aux glandes profondes les maladies des autres. Ceux qui sont dans le canal crural sont fortement serrés dans ce canal; quand ils sont enflammés, ils peuvent y faire naître des symptômes plus ou moins alarmants, comme gonflement, engourdissement de toute l'extrémité inférieure, et quelquefois même les phénomènes de l'étranglement de la hernie, de telle sorte que plus d'une fois ils ont porté à pratiquer l'opération que réclame cet accident. Ces ganglions, placés dans le canal crural, peuvent en même temps coiffer le sommet d'un sac herniaire; il serait facile alors, en supposant qu'on voulût en lier le pédicule, de comprendre une portion d'intestin dans la ligature. M. Panis (Thèse, Paris, 1829) a rapporté un cas de ce genre. Ces ganglions profonds, plus immédiatement adossés que les superficiels à l'artère fémorale, recouverts par une couche fibreuse très épaisse qui en empêche la mobilité, peuvent aussi, en se développant, en imposer pour une tumeur anévrismale. En se gonflant et s'enflammant autour de la hernie crurale, ils compliquent l'opéra-

tion d'une manière fort embarrassante ; ils peuvent même devenir le siège de petits abcès qu'on est obligé de traverser pour arriver au sac. J'éprouvai en 1851 ce genre de difficultés pour découvrir l'artère fémorale affectée d'anévrisme.

D'après ces dispositions anatomiques, vous voyez que l'extirpation des glandes lymphatiques de l'aîne ne doit pas être faite à la légère. Les dangers qu'entraîne cette extirpation ne sont pas, du reste, les mêmes dans tous les cas ; tant qu'il ne s'agit que des ganglions sous-cutanés, il est en effet possible, avec un peu d'adresse et de connaissances anatomiques, de l'effectuer sans crainte ; mais si les ganglions profonds constituent la tumeur, on y renoncerait ; on se résoudrait à lier les vaisseaux du côté de la fosse iliaque, car il serait bien difficile de ne pas les léser dans l'opération.

Si on enlève les ganglions placés dans le fascia sous-cutané, on peut trouver deux cas fort distincts ; tantôt, en effet, ce sont les ganglions sous-inguinaux qu'on attaque ; d'autres fois ce sont les ganglions de la rainure inguinale elle-même.

Extirpation des ganglions sous-inguinaux. — Les ganglions sous-inguinaux n'ont point de rapports avec les vaisseaux fémoraux ; ils en sont séparés par le muscle couturier et l'aponévrose fascia lata. Cette extirpation est donc facile et sans dangers.

Le malade est couché sur le dos, la cuisse un peu fléchi et renversée en dehors. L'opérateur fait avec un bistouri ordinaire une incision à la peau ; cette incision est d'une longueur proportionnée au volume et à l'étendue des tumeurs à enlever. On peut aussi employer avec avantage l'incision semi-lunaire, et dans ce cas il faut plutôt en tourner le bord libre en dedans qu'en dehors. Si on avait fait une incision longitudinale et qu'on voulût la convertir en incision en T, c'est sur le bord interne plutôt que sur

le bord externe qu'on ferait l'incision transversale. On peut sans crainte pénétrer jusqu'à la couche sous-cutanée, car il n'y a là aucun organe important à ménager. Le chirurgien dissèque ensuite la tumeur, qu'il fait soulever par un aide avec une érigne. Cet aide suit attentivement tous les mouvements de l'opérateur, afin de hâter la dissection. Quand celle-ci a été faite jusqu'à la racine des tumeurs, on la détache par petits coups de bas en haut, afin de ménager la veine saphène interne, sur le trajet de laquelle ces ganglions sous-inguinaux sous-cutanés se trouvent ordinairement. Au surplus, si cette veine était ouverte par hasard, ou qu'on ne pût faire autrement que de l'inciser pour enlever les tumeurs, il suffirait de la faire comprimer au-dessous, et on terminerait facilement et promptement l'opération. Il ne faut pas oublier que dans le cas de section des veines un peu volumineuses dans cette région, elle est suivie très souvent de l'écoulement de sang par le bout supérieur de ces vaisseaux, et que dans quelques cas cet écoulement est assez opiniâtre pour exiger une forte compression, et même la ligature de la veine. On doit ensuite, quand on procède à la dissection des tumeurs sous-inguinales, commencer cette manœuvre par le côté interne d'abord, puis par le côté externe, ensuite de bas en haut, et la terminer par leur extrémité inguinale ; de cette manière, rien n'empêcherait, si les ganglions paraissaient se continuer au moyen d'un pédicule dans le canal crural et du côté des vaisseaux, d'en étrangler la racine avec une ligature avant d'en opérer la section.

On peut tenter avec avantage la réunion par première intention après l'extirpation des tumeurs sous-inguinales sous-cutanées. Ici la plaie est ordinairement régulière, et la réunion immédiate réussit bien, si on n'a dû se servir que de l'instrument tranchant, et non pas des doigts, pour arracher, enucléer les glandes engorgées, et s'il n'y a ni ligature des vaisseaux à faire, ni compression ou tampon-

nement à exercer pour arrêter l'écoulement sanguin; dans le cas contraire, on les réunit immédiatement, comme je vous l'ai déjà dit.

Extirpation des tumeurs lymphatiques de la rainure inguinale. — Ces tumeurs siègent tantôt en dedans et du côté de l'épine du pubis, tantôt en dehors et du côté de l'épine iliaque, d'autres fois sur le trajet même de l'artère crurale. Il faut bien tenir compte de ces différences de siège, car, d'après elles, l'enlèvement des ganglions lymphatiques constituera une opération très simple ou une opération très difficile. Dans tous les cas, le malade est placé comme dans le cas d'extirpation des tumeurs sous-inguinales; on fait, suivant les circonstances, tantôt une incision longitudinale, tantôt une incision semi-lunaire. Si une incision simple suffit, on la fait dans le sens du grand axe de la tumeur; si on fait une incision semi-lunaire, on met en dehors et en bas le bord libre du lambeau; si on croit devoir préférer l'incision en T, c'est sur la lèvre externe de l'incision longitudinale qu'on fait la seconde incision. On dissèque les tumeurs inguinales internes comme les tumeurs sous-inguinales, d'abord en dedans, puis en dehors, et enfin de bas en haut. Les tumeurs externes sont isolées d'après une règle tout-à-fait opposée, afin de réserver pour la fin de l'opération l'isolement de la tumeur sur le point le plus rapproché des vaisseaux; de cette manière, on peut arriver jusqu'au ligament de Poupert et même jusqu'au niveau du sommet de la fosse iliaque. Quand les ganglions lymphatiques engorgés sont au milieu de l'aîne, on les dissèque et on les isole successivement des deux côtés par en haut et par en bas, de manière à ne dégarnir le pédicule qu'en dernier lieu. On peut être dans la sécurité tant qu'on n'est point obligé de traverser l'aponévrose, et que la tumeur ne se prolonge pas dans le canal iliaque; mais quand on craint que le pédicule de la tumeur ne s'étende vers le tronc de la saphène interne, il faut, après

l'avoir isolé le plus possible, l'étrangler avec un fil avant d'exciser la tumeur qui reste en dehors. Sur une femme que j'opérai en 1836 d'une tumeur lymphatique de l'aîne, je découvris ainsi la veine saphène jusque dans son entrée dans la veine fémorale; je disséquai horizontalement la tumeur, et je pus l'isoler même complètement sans être obligé d'appliquer de ligature. En agissant de cette manière, et avec cette prudence, on peut poursuivre des tumeurs lymphatiques jusque dans la fosse iliaque si elles s'y prolongeaient; on pourrait même diviser le ligament de Fallope et énucléer, arracher avec le doigt ces ganglions sans courir le risque de blesser des branches artérielles importantes. Mais, messieurs, ainsi que je vous l'ai dit, cette opération ne devrait plus être tentée s'il s'agissait de tumeurs cancéreuses, ou si les vaisseaux fémoraux étaient entourés par les ganglions lymphatiques, ou s'il y avait lieu de croire à l'existence de tumeurs dégénérées du côté de la région lombaire.

La réunion primitive est bien rarement indiquée après l'extirpation des tumeurs lymphatiques de la rainure inguinale; les tissus de cette région sont peu homogènes, et la peau y est d'ailleurs mal disposée pour cela; néanmoins, si la plaie était unique et dans le sens de la rainure inguinale, on pourrait tenter la réunion immédiate; il suffit alors de maintenir la cuisse un peu fléchie pour mettre en contact les deux lèvres de la plaie. Dans le cas contraire, il faut avoir recours à la réunion médiante à l'aide des boulettes de charpie, de linge troué et cératé, de gâteaux de charpie, de compresses, etc.