

pareille opération est relativement dépourvue de dangers, nous répondrons par le fait irréfutable qu'elle exige une certaine habileté de la part de l'opérateur à cause du voisinage des gros vaisseaux; d'autre part il faut avouer, il est vrai, qu'avec les précautions antiseptiques aucun danger sérieux n'est à craindre pendant le traitement consécutif.

La ponction ne laisse pas de cicatrice difforme, avantage qui doit être pris en considération chez les jeunes filles. En outre cette petite opération n'exige pas une habileté particulière et elle est exempte de dangers. En présence de ces faits on se demande si elle peut rivaliser avec l'extirpation au point de vue de la certitude de la guérison. Elle constitue, sans aucun doute, la *méthode normale de traitement* des kystes à contenu séreux et, peut-être aussi, des kystes athéromateux. Un certain nombre de cas de guérison observés à la clinique d'ESMARCH, deux autres constatés dans ma clinique, et enfin plusieurs cas publiés dernièrement, prouvent bien que ce mode de traitement peut être employé avec succès; il faut avouer cependant qu'à la suite des injections iodées le kyste contracte avec les parties voisines des adhérences solides, qui créent des difficultés pour une extirpation ultérieure. Si l'on veut obtenir de bons résultats des injections iodées dans les cas d'athéromes, on se servira de préférence d'une teinture concentrée que l'on injectera en grande quantité; on aura soin, avant l'injection, de faire pénétrer par la canule du trocart une solution phéniquée dans la cavité du kyste, afin d'éloigner le plus possible les masses épithéliales qui en tapissent la surface interne. Avant de se servir du trocart il faut le plonger un moment dans l'eau bouillante et le laver avec une solution phéniquée; l'endroit où doit se faire la ponction sera désinfecté selon les règles habituelles.

Le traitement des **kystes sanguins**, de même que souvent leur diagnostic, est encore incertain, vu le peu d'expérience que nous possédons en cette matière. Parfois le kyste a disparu après une seule ponction; dans d'autres cas la ponction simple ou avec injection iodée a été suivie de symptômes graves, qui ont même quelquefois entraîné la mort. L'extirpation est encore ici le traitement le plus sûr, bien que, dans certaines circonstances, elle soit difficile et très dangereuse, comme le prouve le cas opéré par HUETER.

Pour les **kystes multiloculaires des enfants** nous ne possédons pas de méthode de traitement bien établie. L'incision et l'excision de portions de la paroi ont amené parfois l'atrophie du kyste, et dans un cas sa suppuration. Le séton offre encore plus de dangers sous ce rapport. L'injection iodée est inefficace dans la plupart des cas, parce que la teinture d'iode ne peut pénétrer dans toutes les cavités du kyste. L'extirpation est dangereuse lorsque la tumeur est très étendue, et elle risque d'être incomplète lorsque les kystes ont pénétré dans les tissus, ainsi que nous l'avons décrit plus haut. De nos jours l'emploi de la mé-

thode antiseptique a, il est vrai, notablement diminué les dangers inhérents à ce genre d'opérations.

Chez un homme adulte, j'ai réussi à extirper sans aucune difficulté un gros kyste de la région sus-claviculaire, et, si d'autres cas semblables se présentaient, c'est encore à l'extirpation que j'aurais recours. Mais chez les enfants, le meilleur procédé me paraît être l'excision partielle, et dans les cas de tumeurs volumineuses, la ponction suivie d'injection iodée.

Dans le **traitement des diverses tumeurs hyperplasiques** on commencera par l'application externe de teinture d'iode ou de pommade iodée; on prescrira l'usage interne de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer, de l'huile de foie de morue. Quelquefois une compression exercée sur la tumeur en détermine la régression.

L'indication de l'opération dans les cas de **lymphomes simples** dépendra du degré de difformité qu'ils entraînent. En somme l'extirpation des lymphomes et des lymphosarcomes bénins de dimensions modérées est relativement facile et de peu de gravité. Grâce à l'absence d'adhérences, la glande, une fois la capsule incisée, peut être facilement enlevée soit avec les doigts, soit avec les branches fermées des ciseaux de COOPER ou le manche d'un bistouri.

Étant admise la doctrine qui fait naître la tuberculose d'un foyer caséeux, l'idée d'extirper les **glandes caséuses** en était la conséquence nécessaire. On enleva donc les glandes scrofuleuses avec tendance à la caséification dans le but de préserver le malade de la tuberculose dont il était menacé. Cette pratique, dans la plupart des cas, est d'autant plus recommandable que ces glandes donnent lieu, bien souvent, à des suppurations de longue durée accompagnées de fièvre, et laissent finalement des cicatrices difformes. La présence bien constatée de tubercules excessivement nombreux, soit dans les glandes caséifiées, soit dans des tumeurs considérées autrefois comme de simples lymphomes, a fait entrer la question de l'opération dans une nouvelle phase. Nous n'avons pas à discuter ici sur la fréquence de la tuberculose généralisée à la suite de ces affections glandulaires, mais deux faits doivent être considérés comme certains: le premier, c'est que la guérison spontanée de ces glandes est rare; le second, c'est la tendance à la fièvre et à la formation d'abcès avec perforation, résultant de la fonte caséuse et purulente des glandes affectées. En outre le traitement médicamenteux est inefficace dans la plupart des cas. C'est pourquoi, le plus souvent, on aura raison de se décider à l'extirpation de ces tumeurs. Mais l'on devra bien se garder de chercher à extirper toutes les glandes malades.

Les tumeurs profondes caséifiées ou en voie de suppuration, et adhérentes à la jugulaire interne, sont difficiles à enlever, et si l'on procède trop radicalement, il peut facilement arriver qu'une lésion de cette

veine vienne compliquer sérieusement une opération sans cela de peu de gravité. On ne se laissera pas entraîner à faire de grandes incisions, dans l'idée d'enlever ce qui paraît être la dernière petite glande malade, car le but que l'on se propose en agissant ainsi, ne sera presque jamais atteint. Malheureusement l'examen des glandes ne permet pas jusqu'ici de porter un pronostic sur le résultat de l'opération. Tantôt l'opéré reste guéri définitivement, tantôt, au contraire, des récidives surviennent très rapidement. D'après mon expérience les récidives s'observeraient surtout après l'extirpation de glandes multiples, molles, à développement rapide. Déjà au bout de peu de mois on est surpris de trouver de nouvelles glandes en nombre plus considérable qu'au moment de l'opération; c'est dans ces cas principalement que l'on voit survenir rapidement une tuberculose généralisée, de même qu'on l'observe quelquefois à la suite d'une tuberculose locale intéressant d'autres régions, par exemple les articulations. On se décidera d'autant plus volontiers à tenter une opération, que celle-ci ne présente habituellement aucune difficulté, à la condition toutefois que les glandes ne soient pas déjà caséifiées et en voie de suppuration, et qu'elles n'aient pas encore contracté d'adhérences avec les tissus voisins; car dans ces cas on est parfois obligé de renoncer à une extirpation complète. Mieux vaut, par exemple, laisser dans la plaie une portion de glande adhérente à un nerf ou à une grosse veine, que de s'exposer à de graves lésions de ces parties.

En général il ne faut pas attendre des résultats bien favorables de l'extirpation des **lymphomes malins**. L'opération est cependant indiquée lorsque la tumeur comprime la trachée et l'œsophage au point de produire des symptômes menaçants. Si dans un cas d'asphyxie trachéale, l'extirpation n'est plus possible, on devra se contenter de faire la trachéotomie. L'ablation de la tumeur n'est pas difficile, du moins dans les formes molles; on réussit presque toujours à l'enlever soit avec les doigts, soit avec les ciseaux de Cooper fermés. Il est vrai que l'on opère toujours dans le voisinage des gros vaisseaux, mais si l'on ne peut les épargner, on arrive facilement à les pédiculiser et à les lier avant d'extirper la tumeur. De même que pour les lymphomes scrofuleux, l'opération ne présente des difficultés que lorsque la tumeur a contracté des adhérences avec les parties voisines.

En présence du mauvais pronostic de l'extirpation de ces tumeurs et de l'impossibilité de l'opération dans les cas très avancés, nous devons nous estimer heureux de posséder un moyen qui puisse nous laisser quelque espoir de guérison. C'est BILLROTH qui a introduit l'usage interne de l'arsenic dans le traitement de ces néoplasmes; lui et ses élèves ont obtenu quelques succès à l'aide de ce médicament. On donne la solution de Fowler à doses progressives, de 5 à 40 gouttes; on commence par 5 gouttes, et au bout de quelques jours on ajoute 5 gouttes à la dose initiale, et ainsi de suite.

Après un usage prolongé (deux à trois mois) de ce médicament les glandes

affectées par le néoplasme deviennent douloureuses et diminuent de volume; les malades ont de la fièvre, et tandis qu'au début l'appétit était augmenté, on voit bientôt survenir des troubles digestifs et de l'amaigrissement.

CZERNY a combiné l'usage interne avec les injections parenchymateuses de la solution de Fowler. On n'a pas à craindre la formation d'abcès si l'on prend la précaution de n'injecter qu'une goutte à la fois, de ne pas répéter trop souvent l'injection dans la même glande, et, d'autre part, de désinfecter complètement la seringue et d'observer les règles de la méthode antiseptique (WINIWARTER). Du reste les petits abcès ne causent pas d'inconvénients sérieux. A la suite de l'injection la tumeur devient douloureuse, et dans certains cas elle s'atrophie.

Les **lymphosarcomes**, de même que les carcinomes, doivent être opérés le plus tôt possible. L'opération est presque toujours entourée de difficultés à cause des adhérences de la tumeur avec les vaisseaux, les muscles, etc. Quelquefois ces adhérences sont si étendues que l'extirpation est impossible.

#### Procédé opératoire

§ 59. — Le cou renferme dans un espace restreint un si grand nombre d'organes importants, que l'extirpation des tumeurs profondes est une opération qui ne devrait jamais être tentée sans des connaissances anatomiques exactes, et une appréciation suffisante des dangers résultant de la lésion des parties qui constituent cette région. Aussi le procédé opératoire a-t-il été étudié avec prédilection par les chirurgiens; c'est ainsi que les règles que l'on peut formuler se rattachent aux noms de DIEFFENBACH, de LANGENBECK, etc.

Ces règles doivent être suivies non pas seulement pour les tumeurs que nous venons de décrire, mais encore pour un certain nombre d'autres néoplasmes qui s'étendent dans la région que nous étudions, tels que les tumeurs de la glande thyroïde, de la parotide, de la glande sous-maxillaire, etc.

Les dangers immédiats de l'extirpation de ces tumeurs résultent essentiellement de la lésion des vaisseaux sanguins. La section d'un certain nombre de petits vaisseaux artériels, celle de la jugulaire interne et de la carotide avec hémorragie mortelle, l'ouverture des veines pouvant causer la mort par l'entrée de l'air, tels sont les dangers que nous devons éviter dans ces opérations.

Nous allons exposer la méthode opératoire depuis l'incision de la peau jusqu'à l'achèvement de l'opération.

1) **Incision de la peau.** Pour les petits kystes mobiles et pour les lymphomes scrofuleux et hyperplasiques, il suffit en général de faire une simple incision longitudinale ou oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Pour les kystes volumineux on fera l'incision en avant ou en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, ou en ces deux points à la fois,