

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,