

qu'on va à la recherche de ces abcès par des incisions sous-claviculaires, l'épaisseur des fibres musculaires à traverser est considérable, l'issue des liquides est mal assurée, et l'aponévrose placée en arrière du grand pectoral, alors même que toutes les fibres de ce muscle sont divisées, peut encore masquer le foyer purulent.

Appréciation. Nous partageons l'opinion populaire d'attendre la maturité des abcès pour les opérer. Cette conduite, amenant une guérison beaucoup plus prompte, peut être érigée en règle. Dans tous les cas d'abcès froids, le caustique présente une grande supériorité sur le bistouri. M. Sédillot un des premiers a indiqué la cause de ce fait admis plutôt qu'expliqué par les anciens chirurgiens, et ramené la pratique dans cette voie d'heureuse innocuité. Les caustiques, déterminant une eschare et une inflammation éliminative par production de bourgeons charnus, créent une véritable barrière aux infections lymphatiques et veineuses, et exposent peu à l'érysipèle, à la lymphangite et aux phlébites, si communes après l'emploi du bistouri. Les caustiques exercent en outre une action résolutive très-marquée, et semblent également préserver la surface des plaies des effets de la virulence du pus avec lequel elles sont en contact.

La réunion immédiate des phlegmons superficiels peut être tentée, avec la précaution d'y renoncer sans retard si l'on s'aperçoit que du pus tend à se reformer. Quant aux vastes abcès froids, nous ne connaissons pas de meilleurs moyens d'en obtenir l'occlusion simple et régulière, que les larges ouvertures déclives, les injections détersives et la cautérisation ponctuée répétée tous les jours, pour augmenter la vitalité des parties et en amener la résolution. Le traitement étiologique reste toujours indispensable.

Tumeurs ganglionnaires. Les tumeurs formées par les ganglions lymphatiques sont communes au cou, à l'aîne et à l'aisselle. On les considère comme étant habituellement liées au vice scrofuleux; mais beaucoup d'entre elles sont formées par les éléments du tubercule à ses divers degrés d'évolution. Il n'est pas douteux qu'elles se développent très-fréquemment sous l'influence de l'encombrement, dans les écoles, les ateliers et les casernes, aussi bien que sous celle de la misère et des autres agents extérieurs qui dépriment l'économie. Isolées, elles résultent souvent d'une irritation locale voisine, telle qu'une dent cariée etc.

La médecine opératoire dispose de plusieurs procédés contre les tumeurs ganglionnaires: le *vésicatoire*, l'*écrasement*, le *broiement*, la *cautérisation*, le *séton*, le *rasement*, l'*extirpation*.

Nous ne parlons pas des topiques médicamenteux employés avec

tant d'avantages, tels que les sangsues, les cataplasmes, les frictions mercurielles et iodées, les emplâtres fondants de toutes sortes etc.

C'est au chirurgien à apprécier l'opportunité de ces moyens, de l'opération ou de l'abstention, d'après une connaissance approfondie de la nature, des périodes et des indications que présente l'affection.

Vésicatoire. Il agit comme résolutif dans les ganglionnites chroniques, indolentes et sans réaction, et comme maturatif dès que la suppuration a commencé. On en retire de très-bons effets.

Écrasement. L'écrasement convertit la tumeur ganglionnaire en une sorte de bouillie, et la place dans les conditions d'une collection de grumeaux de sang épanché. La compression exercée ensuite sur la masse ganglionnaire broyée parvient quelquefois à en obtenir la résorption. L'inflammation peut aussi s'en emparer et la convertir en abcès.

On pratique l'écrasement à l'aide du pouce ou des doigts, que l'on fait agir perpendiculairement à la tumeur. Le voisinage des artères impose une grande réserve. On peut également recourir à l'écrasement latéral.

Cette méthode est inapplicable aux ganglions indurés et réussit peu.

Le *broiement* avec une aiguille à cataracte ou un ténotome enfoncés dans la tumeur est un moyen de résolution d'un emploi plus facile, mais aussi peu efficace.

La *cautérisation* est le procédé le plus convenable à employer dans les ganglionnites suppurées. La pâte de Vienne, dont l'action est d'une régularité parfaite, est le meilleur caustique à mettre en usage lorsque les téguments sont encore intacts. On excite la surface de la peau, quand elle n'est ni rouge ni amincie, par quelques frictions, et on étend la pâte, suffisamment ramollie par un peu d'alcool camphré ou non camphré, sur la portion de tégument que l'on veut détruire. Une spatule sert à la déposer, une seconde spatule en égalise les bords, et l'on enlève la sérosité qui s'écoule parfois, avec du papier mousseline. On obtient ainsi des eschares de diverses grandeurs, linéaires, ovalaires et d'une parfaite régularité.

La cautérisation rend encore de très-bons services lorsque les ganglionnites suppurées ont été ouvertes ou qu'elles se sont ouvertes spontanément, et qu'elles donnent lieu à un écoulement de pus intarissable par des plaies dont le fond est constitué par l'enveloppe du ganglion ou par les portions non encore détruites du ganglion lui-même. C'est à la pâte de Canquoin, dont les limites

d'action sont parfaitement connues, qu'il convient alors de recourir soit en l'appliquant à la surface des plaies, soit en l'introduisant dans les parties en suppuration. On peut y revenir autant de fois que cela est nécessaire, et détruire ainsi, avec le temps, des masses ganglionnaires volumineuses.

Séton. Levantier (de Toulon) a proposé ce moyen, auquel il attribue la rapide disparition de tumeurs inguinales anciennes. On passe, à l'aide d'une aiguille, plusieurs fils au travers de la masse ganglionnaire. On les laisse pendant cinq ou six jours, puis on les retire, en l'on en place d'autres dans des directions différentes. Cette méthode donne rarement de bons résultats.

On peut en dire autant des sétons caustiques, qui, de plus, peuvent déterminer de graves hémorrhagies au moment de la chute des eschares.

Le *rasement* consiste à enlever par tranches une partie des ganglions malades.

C'est une opération que nous avons pratiquée plusieurs fois au moyen d'une cuiller de fer tranchante, dans des cas de tumeurs ganglionnaires inguinales, saillantes au travers de la peau incisée ou ulcérée. Les suites en sont ordinairement favorables.

Extirpation. On fait une incision linéaire, en T, en + ou semi-lunaire. S'il y a plusieurs ganglions distincts, il vaut mieux faire plusieurs incisions; la cicatrisation en est plus facile. On accroche le ganglion avec une érigne ou une pince à griffes. Quelquefois les ganglions sont assez lâchement unis aux tissus environnants pour qu'il soit possible de les énucléer. Si la tumeur, disséquée dans une grande étendue, adhère à des organes importants et paraît impossible à séparer, on termine l'opération par la ligature du pédicule. On doit redouter l'introduction de l'air dans les veines à la région cervicale.

Le procédé d'extirpation le plus rapide et le plus sûr est de fendre largement la peau sur le ganglion, que l'on met à nu et que l'on peut même légèrement entamer sans inconvénient, et d'y implanter une érigne, sans toucher au tissu cellulaire ambiant. On attire alors la tumeur au dehors, on cherche à l'énucléer, et l'on fait agir le bistouri sur les seuls points adhérents du tissu conjonctif que l'on coupe sur la tumeur même. On évite ainsi les vaisseaux et l'écoulement du sang. M. Chassaignac a proposé d'énucléer le ganglion au moyen d'un cordon avec lequel on l'étrangle, la pression de la ligature devant chasser la tumeur au dehors; c'est un procédé très-défectueux. Il nous est arrivé nombre de fois d'enlever des chapelets de ganglions indurés, occupant toute la région cervicale, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la cla-

vicule. Il faut, dans quelques cas, pratiquer deux incisions verticales, parallèles, l'une au devant, l'autre en arrière du muscle sterno-mastoïdien: on est même parfois obligé de couper ce muscle en travers, et l'on cherche ensuite à le réunir par quelques points de suture. Deux fois (voy. *Comptes rendus de clinique*), M. Sédillot n'hésita pas à lier et à enlever une portion de la jugulaire interne, comprise dans des ganglionnites envahissantes d'une nature suspecte; les malades ont guéri: mais ce sont des hardiesses fort dangereuses, et peut-être serait-il plus prudent de considérer ces cas comme désespérés et de laisser une petite partie de la tumeur dans la plaie.

Justement préoccupé des inconvénients qui résultent de la section du muscle sterno-mastoïdien, M. Sédillot s'est arrêté aux règles suivantes, dans l'extirpation toujours longue, difficile et laborieuse de masses ganglionnaires cervicales considérables. 1° Ménager le sterno-cléido-mastoïdien et en conserver au moins, dans les cas les plus difficiles, l'insertion claviculaire; 2° pratiquer l'incision des téguments le long du bord interne de ce muscle, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule s'il y a lieu; 3° commencer la dissection et l'énucléation des ganglions de dedans en dehors, afin de découvrir dès le début de l'opération les vaisseaux carotidiens profonds, et de faire cesser la compression et la déviation de la trachée et du larynx; 4° chercher le plus possible à énucléer partiellement les tumeurs, par la division des adhérences cellulaires de leur coque, par la déchirure de ces mêmes adhérences à l'aide du manche du scalpel ou d'une spatule, à l'aide des doigts, entre lesquels on fait saillir les ganglions par pression; 5° renverser de plus en plus le sterno-cléido-mastoïdien de dedans en dehors, de manière à atteindre, sans diviser le muscle, les ganglions latéraux et postérieurs; ce temps de l'opération est facilité par une pression exercée sur les téguments de la région cervicale postérieure, d'arrière en avant et de dedans en dehors, par un aide habile qui pousse en dedans les ganglions et les fait saillir vers la main de l'opérateur; 6° diviser les grosses veines entre deux ligatures, si on le juge indispensable, mais se borner habituellement à en faire comprimer les orifices par des aides ou avec de petites pinces à ressort; le froncement et la rétractilité des vaisseaux suffisent à arrêter l'écoulement du sang.

Pansement. Dans le cas où les plaies sont très-vastes, il convient de faire un pansement à plat pour éviter les accidents. Dans les cas ordinaires, on panse mollement avec des boulettes de charpie introduites dans la plaie. Comme condition d'une prompt cicatrisation, il faut veiller à l'immobilité, que l'on obtient au moyen