genre. Elles semblent véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimes, et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce fait; il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs; il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie.

Le silence se fit de nouveau jusqu'à la période contemporaine où l'audace chirurgicale créée par l'antisepsie d'une part, les idées nouvelles sur la nature tuberculeuse quasi constante de ces ganglions d'autre part, remirent en honneur, d'abord en Allemagne (Billroth, Fischer, Kirch), puis en France, l'ablation des adénopathies.

De nos jours, l'opération compte de chauds partisans, mais elle a aussi des détracteurs acharnés; soumise en 1884 à la Société de chirurgie, la question ne fut point tranchée d'une façon définitive et les avis restèrent partagés.

La discussion s'ouvrit à propos d'un rapport de M. Chauvel sur un cas malheureux de Poulet (agrégé du Val-de-Grâce); l'observation était intitulée : « Sur un cas de mort par septicémie à la suite de l'extirpation des ganglions du cou (hémorrhagie de la carotide et gangrène du cerveau). »

Les conclusions de Poulet étaient celles-ci : Au début de l'affection, quand les ganglions sont petits, bien isolés, non ramollis, il faut les extirper, malgré les dangers de l'opération.

Plus tard au contraire, quand ces ganglions sont nombreux, ramollis, plus ou moins confondus, quand le foyer s'est ouvert au dehors, qu'il existe des abcès,

des fistules, des fongosités, il faut se contenter d'un curage, d'un raclage avec la curette tranchante de Volkmann. Dans ces conditions l'extirpation est rendue difficile par l'écoulement du sang, par les limites indécises des tumeurs, par le manque de résistance des coques ganglionnaires qui se déchirent sous la pince[1].

M. Chauvel ne peut admettre cette règle de conduite : extirpation ou curage; il croit beaucoup à l'influence du traitement général et ce n'est qu'après l'avoir longtemps essayé qu'il se déciderait à intervenir; encore serait-ce seulement par le curage, les caustiques, etc., sans tenter l'ablation radicale des ganglions, toujours incomplète et très souvent dangereuse.

M. Després partage absolument cette opinion et se déclare hostile à toute intervention sur les ganglions, à moins qu'il ne s'agisse de ganglions cancéreux.

M. Trélat se déclare partisan du curage, mais du curage sérieux, véritable extirpation avec la curette ou même de l'ablation quand le traitement général est resté insuffisant et n'a amené aucune amélioration; cette ablation du reste n'est souvent qu'une simple question d'esthétique, mais il faut que l'opération puisse se faire sans mettre le malade en danger. Il est moins réservé sur l'ablation des ganglions axillaires qui offrent beaucoup moins de danger.

M. Verneuil n'est point partisan du curage et pas beaucoup plus de l'ablation qu'il n'a été forcé qu'assez rarement de pratiquer; mais il la pratique cependant dans certaines circonstances, quand les accidents sont graves ou menaçants.

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 163 et suiv., 1884.

M. Cazin, dont la pratique est énorme puisqu'elle concerne 102 opérations, n'a eu que deux morts, l'une par hémorrhagie secondaire sans septicémie, l'autre par une phlébite de la jugulaire interne suivie de septicémie. Il s'était agi dans les deux cas d'opérations très sérieuses; il enlève au bistouri les ganglions non ulcérés et au thermo-cautère, qui lui rend de signalés services, les ganglions ulcérés; arrivé dans les régions profondes, il abandonne thermo-cautère et bistouri et se contente du doigt, d'une spatule ou du dos du bistouri. Le curage à l'aide de la curette de Volkmann n'est pas non plus à dédaigner pour transformer en places nettes les surfaces malades et anfractueuses.

M. Lefort a surtout en vue l'adénopathie des jeunes soldats; il ne serait pas chirurgical, selon lui, d'enlever des ganglions que l'hygiène et le traitement général feront disparaître.

Mais quand elle est jugée indispensable, on doit s'attacher à faire l'ablation aussi complètement que possible. Il n'intervient qu'après avoir soumis au traitement général le malade pendant deux ou trois mois.

Ma conviction, dit-il, mon expérience, m'ont convaincu que l'ablation des ganglions ulcérés gagne en sécurité et en rapidité.

Et il termine par cette conclusion :

J'ai voulu seulement établir que si l'on n'a pas encore le droit d'affirmer qu'il faut enlever tout foyer tuberculeux, comme on détruit une pustule maligne, comme on supprime un cancer, l'ablation des ganglions tuberculeux, surtout lorsqu'ils sont ulcérés, est une opération légitime.

Elle est exempte de danger si l'on prend les précautions que j'ai indiquées; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation; elle laisse après elle des cicatrices moins hideuses et peut-être diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale.

L'année suivante Pozzi fournit un cas d'ablation d'une masse ganglionnaire volumineuse parfaitement guérie et racontait avoir pratiqué cinq ablations semblables.

Puis vint le *Congrès de chirurgie de* 1889 dans lequel cette question fut de nouveau agitée accessoirement, à propos de cette question à l'ordre du jour « résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales ».

Le professeur Demosthène (de Bucarest) a fait 61 opérations pour gangliophymies dont 21 raclages et 40 extirpations. Il s'en déclare peu partisan. Selon lui la formation d'autres adénopathies est assez souvent très précoce après extirpation. « En effet, dit-il, les pléiades ganglionnaires secondaires surgissent dans un délai variable de trois semaines à six mois à partir de l'opération. »

Pour lui l'extirpation est souvent un coup de fouet qui accélère et précipite l'envahissement d'autres ganglions par le processus morbide. Les injections antiseptiques intra-ganglionnaires se montrent plus inoffensives, sinon plus efficaces.

Daniel Mollière professait une opinion diamétralement opposée et d'autant plus optimiste qu'il étudiait surtout le cas où les ganglions axillaires ou cervicaux présentent en même temps des lésions pulmonaires.

Selon lui l'incision, le raclage, la modification des abcès ganglionnaires par les caustiques, l'évidement, alors même qu'ils ne sont que des opérations palliatives destinées à mettre le malade à l'abri de l'*infection mixte*, sont de bonnes opérations qui, combinées chez des sujets jeunes avec le traitement général, l'hygiène et le séjour au bord de la mer, peuvent donner des résultats définitifs.

L'extirpation des ganglions est encore préférable, mais à condition qu'elle soit radicale. Il en a vu six ans, huit ans même après l'acte opératoire avec un amendement très notable des lésions pulmonaires.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a fait 30 extirpations pratiquées largement et de bonne heure, renonçant aux topiques et même aux injections iodoformées qui lui ont toujours paru insuffisantes. Il a obtenu 30 guérisons opératoires et un seul insuccès thérapeutique : une mort par méningite survenue dix-huit jours après la guérison. Une malade a dû être opérée deux fois par suite de récidive locale résultant d'une opération trop parcimonieuse. Une autre guérie d'adénite cervicale a succombé aux progrès de la phtisie vingt mois après sa guérison et une troisième guérie d'adénite caséeuse est morte de coxo-tuberculose vingt-huit mois après.

Les 27 autres opérés sont actuellement encore bien portants sans aucune trace de récidive, leur état général s'est amélioré et ceux qui étaient menacés de phtisie pulmonaire en sont encore indemnes à l'heure qu'il est.

Léaoté (de Bucarest) préfère les injections médicamenteuses à l'extirpation parce que cette extirpation

incomplètement pratiquée est suivie de récidive plus importante que la lésion initiale dans des ganglions qui paraissaient indemnes avant l'opération. Il ne paraît cependant pas trop avoir à se plaindre de sa statistique, car sur 16 cas d'extirpation d'adénites tuberculeuses, il accuse 16 guérisons et 2 récidives seulement au même endroit, l'une après quatre ans et l'autre après deux ans, à partir de l'opération.

M. Queirel (de Marseille) pourrait citer un certain nombre de cas de ganglions tuberculeux suppurés, grattés et nettoyés à l'éther iodoformé suivis de guérison radicale, persistant depuis longtemps, et pour lui il n'y a pas d'hésitation à supprimer un foyer tuberculeux partout où il est accessible.

M. Routier déclare que l'ablation ou la destruction de ces foyers de tuberculose locale semble exercer même chez les tuberculeux viscéraux une heureuse iufluence sur la santé générale et mérite d'être recommandée.

M. Le Dentu estime que cliniquement l'ablation d'un foyer limité de tuberculose ne peut qu'exercer une action salutaire sur toute l'économie et même une action salutaire à distance sur les foyers tuberculeux auxquels on ne touche pas.

Fontan (de Toulon) a opéré 18 tuberculoses des ganglions, il n'a eu qu'une mort par progrès de la tuberculose générale, après un curage à fond, à deux reprises, d'une tuberculose ganglionnaire de l'aisselle.

Iscovesco ne rejette pas l'opération, mais il est persuadé, ce que personne ne lui conteste, que les ablations sont presque toujours incomplètes et qu'on laisse des ganglions déjà infectés. Toutefois la question

de nombre a son importance en matière d'infection bacillaire et souvent on doit se contenter d'en enlever le plus possible sans avoir la prétention de détruire la source de toute infection secondaire ; il n'est pas possible de formuler pour le traitement des adénites tuberculeuses des règles absolues. Le nombre des adénites qui guérissent seules est innombrable et attribuer la guérison à l'ablation dans des cas où la guérison eût été spontanée est une erreur.

Le professeur Romnicianu (de Bucarest) a pratiqué un nombre considérable d'interventions sur les ganglions : 200 énucléations et 70 raclages. Il n'a eu sur ce nombre que 12 résultats négatifs avec le *statu quo* et 3 morts dues 2 fois à la tuberculose pulmonaire et une mort par albuminurie, encore cette albuminurie était-elle due à une scarlatine intercurrente.

Cette longue énumération des opinions émises au Congrès de chirurgie et l'énorme statistique qu'elle apporte étaient nécessaires pour qu'on puisse se faire une opinion justifiée.

L'ensemble de toutes ces communications est très favorable à l'opération radicale, quand elle est possible, et même à l'opération forcément et sciemment incomplète.

Sans doute la théorie et nos connaissances actuelles sur l'infection générale précoce de l'économie par le bacille est au premier abord en contradiction avec cette manière de faire, mais il n'y a qu'à s'incliner devant tant de faits significatifs. Bien souvent le chirurgien ne fait qu'aider la nature en enlevant une masse ganglionnaire et peut-être même sous l'influence du traitement général la nature toute seule aurait-

elle suffi à la besogne ; mais c'est déjà quelque chose d'avoir aidé l'économie dans sa tâche et de l'avoir mise à même de triompher dans la lutte.

M. Queirel a une comparaison que nous acceptons volontiers.

Permettez-moi, dit-il, de rapprocher ce que nous faisons, en curant un foyer tuberculeux, de ce que font les accoucheurs, en curant un utérus infecté par des débris placentaires qui ont déjà donné la pyohémie. Sans doute on n'agit que localement, mais dans les deux cas le but est le même : débarrasser l'économie le plus possible de l'ennemi qui lui livre une guerre à mort, guerre d'autant plus meurtrière que cet ennemi sera plus nombreux ou se multipliera plus facilement.

Sans formuler de règles fixes dans le mode de l'intervention chirurgicale, cherchons cependant à préciser les indications les plus nettes de l'opération ou de l'abstention.

Pour le faire il nous faut à présent étudier à part les adénopathies suivant les régions.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU COU

Il est un point sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord, c'est l'extrême difficulté qu'ont trouvée les opérateurs à enlever d'une façon à peu près complète les masses ganglionnaires du cou, alors même que ces ganglions semblaient mobiles sur les parties profondes, énucléables et que leur ablation paraissait facile. Ces difficultés augmentent encore quand un ou plusieurs ganglions sont déjà ramollis, quand il y a eu

périadénite et que le tissu cellulaire a subi des modifications scléreuses dans sa contexture lâche.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner quand on songe :

1° Que tous ces ganglions du cou sont tous sous-aponévrotiques et par conséquent beaucoup plus profonds qu'ils ne paraissent au premier abord ;

2° Qu'ils entourent pour ainsi dire les gros vaisseaux du cou ;

3° Que ceux qui font une saillie sous-cutanée ne sont que l'avant-garde d'une pléiade qui s'enfonce de plus en plus profondément jusqu'au-devant de la colonne vertébrale ;

4° Que la carotide et les jugulaires, alors même que leurs parois ne sont pas altérées par l'envahissement, sont tout au moins adhérentes aux ganglions ; que les rapports anatomiques sont souvent changés et qu'on avance sans guide certain dans la dissection d'une région éminemment dangereuse ;

5° Que la section des nerfs peut elle-même devenir une source de danger ou de difformité permanente. Exemple, la section du facial dans la région parotidienne.

Il faut donc se garder de l'illusion qui consiste à croire qu'on aura une opération facile et sans danger. Il sera parfois nécessaire, *dans les masses volumineuses*, d'isoler les gros vaisseaux, de sectionner le sterno-mastoïdien et bien des chirurgiens se sont arrêtés au cours de l'ablation, effrayés des délabrements auxquels ils étaient entraînés. Pour peu qu'on ne veuille pas faire une opération incomplète, on sera donc exposé à un certain nombre d'accidents qu'il ne faut pas perdre de vue un seul instant.

1° Hémorrhagie primitive par blessure de la jugulaire ou de la carotide nécessitant la ligature immédiate de l'un ou de l'autre de ces gros vaisseaux (cas de MENEAULT);

2° Hémorrhagie consécutive par contusion, tiraillement, pression, exercés sur l'un ou l'autre de ces vaisseaux, hémorrhagie consécutive qui peut encore être favorisée par la septicémie (cas de POULET);

3° La phlébite par septicémie ;

4° L'entrée de l'air dans les veines, accident rare mais possible (BÉGIN, ROUX, MIRAUT d'Angers) ;

5° La section du nerf facial (LUCKE).

Est-ce à dire qu'en présence de ces difficultés et de ce danger on doive proscrire l'ablation des ganglions cervicaux tuberculeux? nous ne le croyons point. Mais il y a lieu d'établir ici des cas différents :

I. S'il ne s'agit pas de masses volumineuses, mais *de ganglions isolés et isolables* disposés en chaîne occupant la région sterno-mastoïdienne, nous estimons qu'après un traitement général de plusieurs mois resté inutile, il y a intérêt pour le malade à l'en débarrasser. La plupart du temps le séjour au bord de la mer, condition, selon nous, presque indispensable d'une modification spontanée, ne peut pas être continué très longtemps. En enlevant les ganglions et en faisant suivre l'opération d'une prolongation de quelques mois de traitement marin, on arrive à une très heureuse solution. Les malades sortent guéris de l'hôpital et leur guérison se maintient s'ils ne retombent pas dans les mêmes conditions d'hygiène déplorable où les adénopathies s'étaient produites. Nous suivons cette conduite à Pen-Bron et nous nous en trouvons bien.

Le plus grand nombre de nos ganglionnaires quitte l'hôpital guéri après un séjour de six mois à un an sans avoir été opéré ; mais, quand au bout de quelques mois l'état est resté stationnaire nous n'hésitons pas à intervenir.

Dans ces cas, du reste, l'exérèse est facile même à la région carotidienne, à plus forte raison aux régions sous-maxillaires, sus et sous-hyoïdienne.

L'indication se pose encore plus formellement quand l'adénopathie est suppurée, fistuleuse ou en train de le devenir. Il y a ici en plus des autres considérations une question d'esthétique et une cicatrice linéaire vaudra toujours mieux que la cicatrice froncée regrettable de l'écrouelle suppurée guérie spontanément. Cette considération qui a bien son importance nous éloigne dans ces cas de suppuration de l'injection d'éther iodoformé dont nous ne sommes pas éloignés quand il s'agit d'adénopathies non suppurées.

Nous avouons cependant que ces injections que nous avons beaucoup pratiquées ne nous ont pas semblé à la hauteur de la réputation qui leur a été faite. Dans beaucoup de cas, pour ne pas dire dans la plupart des cas, elles ne nous ont point donné en dehors du traitement général de résultats complets et quand nous avons eu un succès, c'était dans ces cas où le traitement général seul suffit à la guérison. Nous citons volontiers un cas qui démontre bien l'insignifiance de ces injections ; il ne s'agissait pas d'une adénopathie, mais d'une vaste poche d'abcès par congestion, suite du mal de Pott dorsal. Cet abcès, gros comme une orange, existait à la région inguinale

et chez l'enfant maigre qui le portait on sentait très bien passer sous l'arcade de Fallope le cordon qui avait extériorisé l'abcès. La lésion dorsale était guérie et le cordon lui-même semblait oblitéré et n'être plus en communication avec un trajet abdominal. Pendant plusieurs mois à dix reprises nous avons vidé cet abcès et nous y avons injecté des doses progressives de la solution à 5 p. 100 d'éther iodoformé sans aucun résultat. Nous avons dû finalement disséquer et enlever cet abcès comme une poche kystique ; elle n'avait plus en effet de communication abdominale et nous obtînmes un succès définitif et durable que nous n'avions pu obtenir par les injections.

L'ablation d'un ou plusieurs ganglions dégénérés et suppurés est beaucoup supérieure à l'incision simple ; mais l'incision est elle-même supérieure à l'ouverture spontanée qui laisse toujours une cicatrice étendue plus désagréable ; il faut en prévenir les familles qui pencheraient pour l'expectation pure et simple.

La méthode du séton recommandée jadis par Perrochaud, et qui consiste à passer avec une aiguille courbe un fil aseptique à travers les deux points extrêmes de l'adénite suppurée, laisse deux points de cicatrices au lieu d'une ligne un peu plus étendue ; c'est une méthode lente, permettant mal les injections modificatrices ou les cautérisations. Le pus se vide incomplètement, par ces piqûres insuffisantes obstruées d'ailleurs par un fil ; on est de plus exposé à la mortification progressive de l'espace cutané qui sépare les deux piqûres et la cicatrice devient plus laide que celle de l'incision franche.

Le thermo-cautère, qui n'a pas ici d'avantages, laisse

également une cicatrice plus étendue que le bistouri.

Si l'ablation est refusée par les parents, on aura recours aux injections iodoformées, aux cautérisations de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, etc.

Il arrive souvent qu'à côté de ganglions isolables suppurés dont l'ablation est indiquée se trouvent des ganglions hypertrophiés mais non suppurés. Si leur ablation est facile on peut profiter de la même incision pour les enlever du même coup et à ce propos il est bon de faire remarquer qu'on peut souvent, par une ouverture minime, faire sortir grâce à leur énucléation facile des ganglions assez profonds et assez éloignés de l'incision ; mais si l'ablation de ces ganglions simplement hypertrophiés doit compliquer beaucoup l'intervention on peut se contenter d'enlever les ganglions suppurés, laissant les autres en place et confiant au temps, au traitement marin et à l'hygiène appropriée le soin de les faire disparaître. Cette conduite nous a souvent réussi.

Pour résumer la conduite que nous tenons en cas d'adénopathies cervicales tuberculeuses facilement isolables nous dirons :

1° Attendre avant d'opérer que le traitement général soit constaté insuffisant ;

2° Enlever sans hésitation les adénopathies suppurées et toutes celles qu'on pourra atteindre par la même incision ;

3° Traiter par les injections iodoformées les adénopathies non suppurées ; mais si celles-ci ne produisent pas de résultat les enlever également aussi radicalement que possible ;

4° Continuer le plus longtemps que faire se peut le traitement général.

II. Quand les adénopathies tuberculeuses fondues ensemble par la périadénite forment ces masses ganglionnaires volumineuses que nous avons signalées, la conduite à tenir devient plus hésitante. Voici notre manière de faire personnelle.

Si les masses ganglionnaires volumineuses du cou ne sont pas suppurées, attendre très longtemps, c'est-à-dire plusieurs années, l'influence du traitement général surtout chez les enfants. On assiste chez ces derniers à des régressions très lentes mais progressives et contre toute espérance ; chez les adultes, c'est-à-dire après 17 ou 18 ans, on ne peut guère avoir dans le traitement général la même confiance.

C'esi ici le cas de faire intervenir les injections modificatrices de toutes sortes et de s'abstenir à moins que l'on ne soit sollicité, ce qui est assez fréquent, d'intervenir pour faire disparaître une difformité aussi disgracieuse. On peut dans ces cas intervenir en faisant des réserves au point de vue du danger qui est réel et de l'utilité de l'opération. Il est bon de prévenir le malade ou son entourage qu'on fera son possible pour tout enlever, mais que des ganglions, échappés à l'énucléation à cause de leur petit volume, peuvent à leur tour s'hypertrophier et former une tumeur presque aussi volumineuse que la première. Ces réserves faites, on aura souvent un très bon résultat quand l'opération sera suivie d'un traitement post-opératoire prolongé.

Dans les masses ganglionnaires suppurées qui finissent par altérer profondément l'économie et consti-

tuent une des plus répugnantes maladies qui existent. nous serions plus audacieux et nous les enlevons volontiers dans la limite des difficultés chirurgicales que présente une semblable opération. Mais il y a là une question de tempérament chirurgical et quand on se décide à cette intervention désagréable, tout le monde doit être bien prévenu du danger qu'elle peut entraîner.

L'opération est-elle jugée impossible ou est-elle refusée, le rôle du chirurgien n'est pas fini : c'est alors qu'il doit intervenir en ouvrant et en modifiant avec le thermo-cautère les parties fluctuantes de la masse ganglionnaire, en les curant avec la curette de Volkmann, en y faisant des injections modificatrices. La curette peut dans ces cas rendre de véritables services; elle permet non seulement de nettoyer la coque ganglionnaire, mais encore de faire une véritable énucléation intra-capsulaire sans danger. Poncet[1] (de Lyon) a même conseillé d'en faire un véritable instrument d'exérèse. Il fait une longue incision superficielle et les premiers ganglions qui se présentent sont décortiqués avec les doigts, la spatule et le manche du bistouri. Arrivé dans les régions dangereuses, le bistouri pique seulement de la pointe les ganglions; par cette ouverture on glisse une curette et on fait au moyen d'une énucléation sous-capsulaire une destruction complète.

Il y a quelquefois lieu de faire des contre-ouvertures du phlegmon periadénique, d'y passer des drains, de faire des lavages abondants, de transformer en un mot

1. *Lyon médical*, 1889, p. 55.

les cavernes tuberculeuses en plaie nette et facile. Sous l'influence de ce traitement palliatif on peut voir la masse ganglionnaire cesser de suppurer, diminuer même de volume, les fistules se cicatriser, les anfractuosités se combler et bourgeonner franchement.

L'état général s'améliore et le ganglionnaire jeune peut arriver à une guérison durable quand on a laissé en place une partie des ganglions suppurés, on est autorisé à laver la plaie avec une solution phéniquée forte ou même avec la solution de chlorure de zinc au 1/10. Pour se servir de cette dernière, il faut cependant ne pas être au contact des gros vaisseaux dont les parois pourraient être altérées par le caustique. Le chlorure de zinc a encore cet inconvénient de provoquer des douleurs vives plusieurs heures après la fin de l'opération.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

L'exérèse des adénopathies tuberculeuses du cou ne doit pas être entreprise sans une connaissance approfondie de l'anatomie du cou. On est toujours entraîné plus profondément qu'on ne croyait au premier abord et l'on ne s'aventure pas sans quelque danger dans une région qui réunit, en un espace si restreint, des vaisseaux dont la blessure peut devenir mortelle entre des mains peu exercées.

On ne peut donner des règles bien précises à une opération dont les indications varient suivant le volume de la tumeur, ses adhérences profondes, etc.

1° *Incision.* — S'il s'agit de ganglions multiples dis-

posés en chapelets, relativement superficiels, une seule ou plusieurs petites incisions séparées, obliques de haut en bas et d'arrière en avant, parallèles en un mot au sterno-mastoïdien et situées le long des bords antérieurs ou postérieurs de ce muscle permettent l'extirpation.

Quand les ganglions sont mobiles, on réussit bien en les saisissant entre les doigts, de façon à tendre la peau et à les faire saillir entre les lèvres béantes de la plaie.

Une fois la capsule incisée, la glande s'énuclée pour ainsi dire, — on la saisit alors avec une pince de Museux; mais, avant de la détacher, il importe de jeter un fil ou une pince sur le pédicule vasculaire.

Sans cette précaution on aurait peut-être grand'peine à retrouver les vaisseaux rétractés sous l'aponévrose.

On peut souvent par une ouverture unique et relativement petite enlever un assez grand nombre de ganglions voisins de l'incision.

Quand au lieu de ganglions mobiles, peu volumineux et disposés en chapelets, il existe une masse ganglionnaire, cette incision ou ces incisions multiples ne suffiront plus; il la faudra longue, dépassant en haut et en bas la tumeur, de façon à pouvoir écarter latéralement, au moyen des fourchettes de Volkmann, les lèvres de la plaie, de façon surtout à pouvoir lier au fur et à mesure les vaisseaux afférents et efférents, de façon enfin à remédier rapidement à la blessure d'un gros vaisseau si elle se produisait. On sera souvent amené à faire la ligature en haut et en bas de la jugulaire externe ou de la jugulaire antérieure qui se présente au-devant de la tumeur et qui gênerait le chirurgien tout le temps de l'opération.

La peau est-elle malade, ulcérée, fistuleuse ou simplement enflammée au-devant de la tumeur, l'incision de Langenbeck, elliptique, avec excision du lambeau malade, est indiquée. Cette peau tuberculeuse en effet n'est pas bonne à conserver, elle est impropre d'ailleurs à donner une bonne réunion consécutive et du même coup on se crée ainsi une voie large et facile.

Les limites de cette ellipse doivent être cependant calculées de telle sorte que la réunion ne soit pas rendue difficile et que la suture ne soit pas tiraillée.

Dans des cas exceptionnels enfin on pourrait avoir recours au lambeau à base supérieure (Langenbeck) ou à l'incision cruciale (Dieffenbach) malgré leur inconvénient au moment de la réunion.

2° *Séparation de la tumeur dans la profondeur.* — Dans les grosses masses ganglionnaires, une fois l'incision faite et les lèvres de la plaie écartées, le temps d'isolement commence et l'attention du chirurgien doit redoubler.

Le bistouri à ce moment est laissé de côté; les ongles et les ciseaux courbes entrent en jeu.

Les parties qui ne cèdent pas sous le doigt contiennent presque toujours des vaisseaux et, avant de les sectionner, on devra placer deux pinces et ne couper qu'entre deux ligatures. Une remarque à ce sujet: ce serait se faire illusion que de croire qu'en pareil cas les veines se distinguent toujours et se présentent gorgées de sang noir comme dans une dissection. Sous l'influence des tractions et de la compression