

Traitement chirurgical des ganglions tuberculeux

Par Arthur Edmunds (The Hospital, 3 avril 1909.)

Avant d'opérer il y a lieu de considérer si la question de l'intervention se pose. Si à l'examen on ne constate l'existence de ganglions tuberculeux au cou que d'un seul côté, si l'on ne trouve nulle part ailleurs d'autres ganglions, on pourra se contenter d'un traitement simplement hygiénique et de l'administration de l'iodure de fer, le meilleur médicament pour les malades. On devra cependant auparavant examiner les portes d'entrée de l'infection, les amygdales, le naso-pharynx, le plancher de la bouche et les dents. Il y a des cas dans lesquels les végétations adénoïdes sont le siège de tuberculose. On devra donc soigner d'abord ces différentes lésions.

Si les tuméfactions ganglionnaires n'entrent pas en résolution, il faudra opérer. Dans la pratique on attend souvent la formation d'un abcès pour intervenir, il en résulte alors des cicatrices difformes, tandis que l'opération faite de bonne heure ne donnerait lieu qu'à une cicatrice linéaire peu apparente.

Pour l'opération, l'auteur recommande comme la meilleure l'incision presque transversale, qui expose moins à la lésion des branches du facial. L'incision est prolongée jusqu'au sterno-mastoïdien ou dans ce muscle. On procède ensuite à l'extraction des ganglions tuberculeux, en ménageant la veine jugulaire. Dans la partie supérieure c'est le nerf accessoire qu'il faudra ménager.

Dans la suture de la plaie il est essentiel d'éviter toute tension. Il faut d'abord arrêter l'hémorragie et si cela n'est pas possible mettre un drain et suturer les plans profonds. Pour la suture de la peau, employer des crins de cheval fins.

L'opération expose à diverses complications, à la section des veines faciales ou linguales, à la blessure de la veine jugulaire. La section d'une branche facial n'entraîne qu'un abaissement de la lèvre de quelques semaines. Si l'on sectionne le nerf accessoire il faut chercher à suturer les deux bouts.

Quant aux ganglions qui sont ramollis il est très difficile de les enlever dans leur totalité et il est préférable de les traiter comme un abcès.

E. St-J.

Le traitement du cancer par la fulguration

Après une description de la méthode, l'auteur donne quelques détails sur les résultats. La fulguration détermine un arrêt immédiat de l'hémorragie en nappe ; cette hémostase persiste. Quelques heures après la fulguration, survient une exsudation séreuse parfois si abondante que le pansement est inondé. Retenue dans la plaie ou mal drainée, elle cause des phénomènes d'intoxication avec énorme hyperthermie.

L'escharre fait place au bout de peu de jours à des bourgeons charnus très vivaces : la plaie se comble en inhérents à l'acte chirurgical.

général très vite. Les effets analgésiques précoces de la fulguration sont très marqués.

La cicatrisation rapide n'est pas un critérium de guérison ; la récurrence observée dans quelques cas est relativement tardive, car la réaction intense du tissu conjonctif se traduit par un processus de transformation fibreuse métamorphosant pour ainsi dire le cancer traité en un squirrhe.

Pour les cas opérables, la fulguration n'ajoute rien à l'efficacité de l'exérèse, mais il n'en est pas de même pour les cas médiocres quand l'opérateur n'est pas certain de pouvoir extirper la tumeur en totalité sans la morceler, sans ouvrir les lymphatiques et laisser quelques ganglions malades. Pour les cas franchement mauvais, il paraît légitime de renforcer l'acte opératoire par la fulguration.

Les inconvénients et dangers de la méthode sont : l'augmentation de la durée de l'opération, après laquelle la difficulté d'écoulement de la lymphe toxique peut provoquer une infection (cas de mort).

La mort peut survenir au cours de l'opération, par arrêt de la respiration et du cœur à la suite de l'éteincelage du thorax : on ne doit jamais fulgurer le pneumogastrique.

La mort survenant tardivement peut être évitée si l'on opère proprement, en évitant d'ensemencer la plaie en insufflant par l'électrode de l'air chargé de poussières bactériennes.

Les cancers viscéraux peuvent aussi être traités par la méthode : pour l'utérus, les résultats ne sont pas brillants.

Par Fredet (La Presse médicale, 6 mars 1909.)

E. St-J.

La fulguration

L'opérateur estime que le grand avantage du nouveau procédé est la production formidable de tissu fibreux qui englobe les tissus néoplasiques échappés au bistouri et à l'éteincelle....

Les résultats sont surtout brillants dans les cancers de la face : pour le vagin, l'utérus, le rectum, les résultats définitifs sont variables, mais la fulguration a l'avantage de supprimer la douleur.

Beaucoup de cas inopérables deviennent opérables grâce à la fulguration, mais les néoplasmes opérables devraient, eux aussi, y être soumis. La fulguration est et doit être une auxiliaire puissante de la chirurgie, surtout en ce qui concerne la cicatrisation : le chirurgien doit enlever le cancer aussi largement que possible ; s'il ne reste rien, l'électricité donnera une cicatrisation rapide et solide, qui comblera les pertes de substances d'une façon inespérée ; si on n'a pu enlever tout le néoplasme, la production de l'éteincelle transforme les restes du néoplasme floride en un néoplasme torpide et indolore. La fulguration bien faite ne semble capable d'ajouter aucun risque à ceux