



UNIVERSITÉ DE LYON

ACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. -- N° 176

DE LA LYMPHORRÉE

CONSÉCUTIVE

A L'OPÉRATION DE HALSTED

POUR CANCER DU SEIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 5 Juillet 1923

PAR

BASILE CHLOROCOSTAS

né le 6 Décembre 1898, à Elassona (Grèce)



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{ie}

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1923

DE LA LYMPHORRÉE

CONSÉCUTIVE

à l'OPÉRATION de HALSTED

POUR CANCER DU SEIN

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. -- N° 176

DE LA LYMPHORRÉE

CONSÉCUTIVE

A L'OPERATION DE HALSTED

POUR CANCER DU SEIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 5 Juillet 1923

PAR

BASILE CHLOROCOSTAS

né le 6 Décembre 1898, à Elassona (Grèce)



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{ie}
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. HUGOUNENQ	DOYEN HONORAIRE.
MM. J. LEPINE	DOYEN.
ROQUE	ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Chirurgie infantile	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATAJRET
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURICQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COERMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Botanique	BRETIN
Orthopédie	LARUYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAYV	TRILLAT
LERICHE	FROMENT	SARVONAT
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX.
CADE	COTTE	CORDIER
GARIN	DUROUX	ROUBIER
		MM. FAVRE
		BONNET
		NOEL, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, Président ; NOVE-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui
sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend
en donner ni approbation ni improbation*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
JEAN CHLOROCOSTAS
A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR EVANTHIA
A MA GRAND-MÈRE

Qui a su entourer mon enfance des
soins les plus dévoués. Elle fut tou-
jours pour moi douce et bonne.

Je lui garderai mon immense ten-
dresse.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce premier modeste tra-
vail, et exprime ma profonde affec-
tion et reconnaissance pour les sacri-
fices et la longue séparation qu'ils
ont supportés.

A MON ONCLE COSTAS CHLOROCOSTAS

En témoignage de ma vive recon-
naissance pour les sacrifices qu'il s'est
imposés pour contribuer à mon édu-
cation.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS
A MON GRAND-PÈRE ET MA GRAND-MÈRE
A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
Professeur de Chirurgie Opératoire de l'Université de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter de présider notre thèse.

Nous avons suivi avec le plus grand
bénéfice ses cours magistraux de chi-
rurgie opératoire. Stagiaire dans son
service pendant un an, nous avons
apprécié son remarquable enseigne-
ment clinique et nous avons admiré
la maîtrise de son art.

Nous le prions de vouloir bien
agréer notre gratitude pour son
accueil toujours plein d'affabilité et
nous conservons de lui le plus respec-
tueux souvenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
PATEL

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse, qu'il a pris la peine de diriger.
Nous avons suivi avec le plus grand
intérêt ses cours d'Anatomie Topo-
graphique.

Qu'il veuille bien trouver ici un
hommage de notre très vive reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LERICHE

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de son amabi-
lité et des renseignements que nous
avons trouvés dans sa communication
à la Société de Chirurgie de Lyon.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de Clinique Ophthalmologique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'Honneur*

Il nous a accueilli dans son service
comme externe suppléant avec sa
bienveillance coutumière. Nous lui de-
vons nos connaissances d'ophthalmo-
logie.

A TOUS MES MAITRES

*de la Faculté de Médecine de Lyon
de la Faculté de Médecine de l'Université Nationale d'Athènes
et de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Faible témoignage de notre recon-
naissance et de notre respectueuse
gratitude.

**A MONSIEUR LE MEDECIN-INSPECTEUR
ECAT**

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Officier de la Légion d'Honneur*

Hommage respectueux.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR
ETIENNE MARTIN**

Professeur de Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Lyon

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
ROCHAI**

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MAZEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. THÉOBALT

*Médecin-Major de 2^e classe
Chevalier de la Légion d'Honneur*

En souvenir du temps que nous
avons passé pendant la guerre à Salo-
nique.

AU DOCTEUR PAPACOSTAS

Hommage amical.

INTRODUCTION

La lymphorrhagie opératoire, au sens le plus compréhensif du mot, est certes un phénomène banal. Quand le chirurgien pratique une exérèse quelconque, le nombre des vaisseaux lymphatiques que son bistouri sectionne est aussi important que celui des vaisseaux sanguins.

Le mélange de la lymphe au sang l'empêche de s'en rendre compte : il va, songeant uniquement aux branches artérielles ou veineuses dont il a appris à connaître la disposition anatomique normale, et, chemin faisant, il ligature, pince ou tord les vaisseaux qui saignent. Il ne s'inquiète guère des vaisseaux lymphatiques, tant leur section lui paraît bénigne. Du

reste, ils ne se signalent guère à son attention : cette lymphorrhagie est très discrète ou même nulle sur le moment ! Il faut en effet remarquer tout d'abord que le réseau lymphatique a tant de ramifications, les quelques gros troncs, tant d'affluents et de voies de dérivation, ils sont si souvent interrompus par des lacunes ou des relais ganglionnaires, que la lymphe ne circule dans ce labyrinthe qu'avec une pression très faible. La lumière même de ces vaisseaux ne permet qu'un débit modéré. De plus, la lymphe épanchée se coagule rapidement en un caillot fibrineux assez résistant, qui aveugle et oblitère les sections vasculaires. Enfin, il est un fait que les physiologistes savent bien, et qui contribue à expliquer pourquoi l'ouverture de ces troncs lymphatiques passe généralement inaperçue : c'est le spasme vasculaire réflexe de Borgehold et Weischer, commun aux vaisseaux blancs et aux vaisseaux rouges, qui les fait se fermer pour un temps après leur section. Quand ce spasme a cessé, il peut arriver que cette lymphorrhagie prenne des proportions vraiment insolites. L'on voit alors, à partir du deuxième jour, un liquide laitieux abondant sourdre par la ligne de suture, soulevée par des caillots fibrineux. Et l'on attribue cet écoulement aux sécrétions de la plaie, alors qu'il s'agit d'une véritable « hémorragie lymphatique » : les caractères de l'épanchement, son rythme intermittent plaident en faveur de sa nature lymphatique, de même d'ailleurs que la date de sa disparition.

Halsted a en effet montré que les lymphatiques d'un membre devenaient injectables le seizième jour

après leur section. Et il ajoute : « Il est probable que la lymphe passe plus précocement ».

Cette lymphorrhée postopératoire s'arrête le plus souvent spontanément par la compression et l'organisation de caillots fibrineux. Les fistules lymphatiques sont exceptionnelles, et le danger de ces épanchements minime en réalité.

Cependant, ils peuvent, dans des cas rares, constituer une véritable complication locale, par les dangers d'infection secondaire et le retard de cicatrisation de la plaie opératoire qu'ils provoquent.

Exceptionnellement, ils ont pu aggraver l'état général des malades.

Ces derniers cas, si rares soient-ils, méritent l'attention du chirurgien, à qui rien ne doit être étranger de la pathologie et de l'intérêt de ses malades.

Aussi, leur étude n'est-elle ni vaine, ni inutile.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS



Il est logique d'admettre a priori que cette complication doive se produire de préférence, sinon exclusivement, dans les régions riches en canaux lymphatiques, telles que l'aîne, le bassin, le cou, l'aiselle.

La lymphorrhée consécutive à l'ablation des ganglions de l'aîne est connue de vieille date: elle a été décrite il y a trente ans par Riedeler et, depuis, par Imbert, dans le *Lyon Chirurgical*. Le Docteur Durand l'a observée très souvent après les ablations de lymphogranulomatose inguinale.

En ce qui concerne le triangle de Scarpa, les écoulements lymphatiques post-opératoires sont bien connus et décrits.

Vantrín insiste sur la gravité quelquefois mortelle de la blessure des gros troncs, tels que le canal thoracique ou la grande veine lymphatique. Quant aux

vaisseaux blancs de troisième ordre, il a constaté plusieurs fois cette complication avec une allure d'assez haute gravité, dans l'évidement pelvien pour cancer utérin.

Dans l'hystérectomie pour fibrome, il a vu survenir des lymphorrhées abondantes.

(600 grammes par jour chez une opérée, après ouverture d'un vaisseau lymphatique du ligament large). Mais ici le fait serait moins habituel et moins grave.

Le même Vautrin cite des cas personnels où cette lymphorrhée, surajoutée à la cachexie et au choc opératoire, a entraîné la mort.

Mais la lymphorrhée qui suit les opérations dans la région axillaire paraît beaucoup moins fréquente. Les classiques n'en parlent pas. Faut-il voir dans ce mutisme la preuve de la rareté de cette complication ? ou de sa banalité ? Nous l'avons dit : c'est une question d'espèce. L'écoulement lymphatique peut être et est en fait le plus souvent d'une importance médiocre. Mais il peut arriver qu'il soit abondant ou anormalement prolongé, et alors il frappe l'attention.

On ne s'en inquiète que parce qu'il dépasse la mesure.

Vautrin écrit implicitement qu'il a observé, après des interventions sur l'aisselle, des collections séro-sanguines, qu'il faut évacuer. C'est même dans ces circonstances qu'on rencontrerait le plus souvent des fistules lymphatiques persistantes !

Il y a quelques mois, le Docteur Leriche attirait l'attention de la Société de Chirurgie de Lyon, sur

quelques cas de lymphorrhée consécutive à l'opération de Halsted.

Notre maître, le Docteur Patel, en a observé trois cas, fort curieux, et c'est sous son inspiration que nous faisons notre travail inaugural sur ce sujet.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Si l'on veut bien se rappeler la richesse en lymphatiques et en ganglions du territoire pectoro-axillaire, et les conditions dans lesquelles est faite l'ablation des ganglions de l'aisselle, au cours de l'opération de Halsted, il est surprenant que cette lymphorée post-opératoire ne s'observe pas plus souvent.

Jetons un coup d'œil sur les deux figures que nous reproduisons, d'après l'ouvrage d'Anatomie de PORRIER, CHARPY et CUNÉO; les ganglions du creux axillaire s'échelonnent sur trois chaînes principales : l'une de ces chaînes, chaîne humérale, appliquée sur la paroi externe de l'aisselle suit le paquet vasculo-nerveux principal. La seconde, chaîne thoracique, accompagne l'artère mammaire externe. La troisième, chaîne scapulaire, satellite de l'artère scapulaire inférieure est appliquée sur la paroi postérieure

de l'aisselle. Entre ces trois chaînes, se trouve le groupe ganglionnaire central. Toutes ces chaînes se fusionnent vers le sommet du creux axillaire pour constituer le groupe sous-claviculaire.

Et l'importance du confluent axillaire apparaît quand on songe que s'y collectent la majorité des lymphatiques du membre supérieur, du dos, du thorax et de la mamelle.

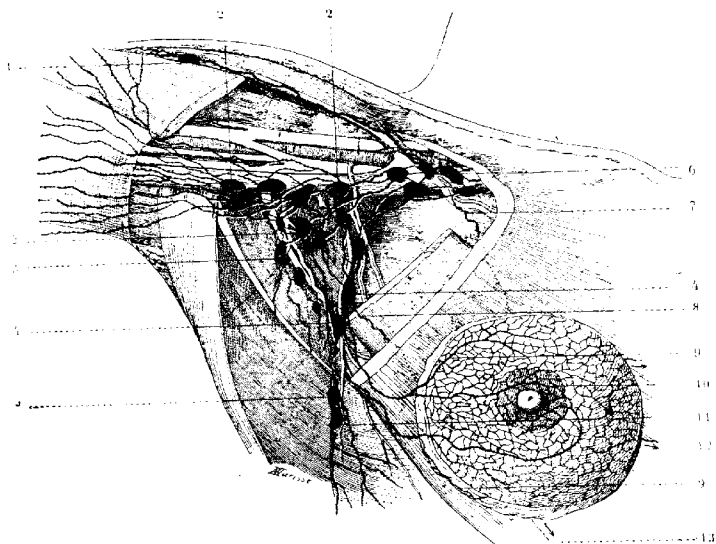
Les lymphatiques qui drainent les mamelles se répartissent en trois groupes :

a) *L'externe*, représenté par deux, trois ou quatre troncs, qui contournent le bord inférieur du muscle grand pectoral et se jettent dans les ganglions de l'aisselle de la chaîne mammaire externe.

b) *L'interne*, né de la partie interne de la glande, envoie ses collecteurs dans les ganglions parasternaux de la chaîne mammaire interne.

c) *L'inférieur* enfin, draine la partie la plus profonde de la glande. Des troncs qu'il forme, les uns cheminent dans l'aponévrose du grand pectoral et se rendent aux ganglions axillaires; les autres perforent le grand pectoral, s'insinuent entre ce muscle et le petit pectoral et aboutissent aux ganglions sous-claviculaires.

D'un autre côté, nous savons que toute l'opération de Halsted est conduite de façon à ce que le sein, la peau, les pectoraux, les ganglions et le contenu de l'aisselle soient enlevés en bloc. Toute cette vaste exérèse est dirigée en somme contre les lymphatiques et les ganglions. Mais, aux confins de la section et sur le plan costal thoracique, les innombrables



Lymphatiques du sein et ganglions axillaires (demi-schématique)

1. Ganglion delto-pectoral. — 2. Ganglions de la chaîne humérale. — 3. Ganglion du groupe central. — 4. Ganglion de la chaîne scapulaire. — 5. Ganglion de la chaîne thoracique (groupe supéro-interne). — 6. Ganglion de la chaîne thoracique (groupe inféro-externe). — 7. Lymphatique mammaire aboutissant aux ganglions sous-claviculaires (inconstant). — 8. 9. Collecteurs mammaires aboutissant aux ganglions de la chaîne thoracique. — 10. Plexus sous-aréolaire. — 11. Collecteur cutané des parois latérales du thorax. — 12. 13. Collecteurs mammaires allant aboutir aux ganglions mammaires internes.

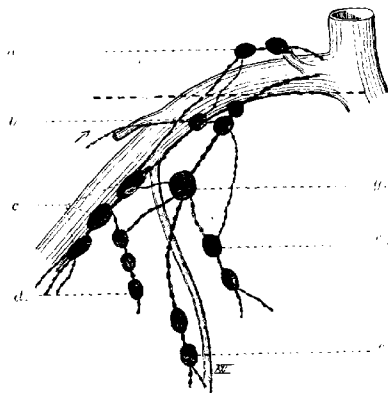


Schéma des ganglions axillaires.

a. Ganglions sus-claviculaires. — b. Ganglions sous-claviculaires. — c. Chaîne humérale. — d. Chaîne scapulaire. — e. Amas inféro-externe de la chaîne thoracique. — f. Amas supéro-interne de la chaîne thoracique. — g. Groupe central. — La ligne pointillée indique la situation de la clavicle.

effluents et affluents lymphatiques de la mamelle et du membre supérieur, sont béants. Et cependant, on n'observe généralement qu'une lymphorrhagie banale, qui est évacuée par le drainage, sans qu'on s'en soucie beaucoup.

Il est fort rare de trouver ces collections ou ces inondations de lymphes qui font le sujet de notre thèse. La statistique du Professeur Patel ne renferme que trois cas de ce genre sur cinq cents interventions.

Le Professeur Leriche, depuis 1913, n'a observé que deux fois sur trente-deux opérations, une lymphorrhée très abondante.

Et cependant, tous les chirurgiens ont vu des faits analogues, sans qu'ils croient devoir les publier.

Il semble donc que la lymphostase spontanée, habituelle, puisse être en défaut dans un certain nombre de cas. Si bien que, quelquefois, la lymphe peut s'épancher avec une grande abondance, sans qu'on puisse bien s'en expliquer la raison.

Le Docteur Patel se demande s'il n'y aurait pas un rapport quelconque entre la forme anatomique de la tumeur maligne du sein, son stade évolutif et cette complication post-opératoire. Peut-on même prévoir la lymphorrhée d'après le volume et la consistance du noplasse, l'importance de l'adénopathie ou de la lymphangite apparente ?

Bien que de telles relations soient possibles, nous ne saurions y insister autrement, car il est bien difficile d'en donner des preuves.

Quant au rôle de l'obstruction lymphatique, fac-

teur pathogénique de varices des vaisseaux blancs, dans la lymphorragie ultérieure, il reste assez obscur encore et mériterait d'être étudié sur de plus nombreuses observations.

« Toutes ces constatations négatives orientent plutôt l'esprit vers quelque chose d'indépendant de l'affection causale, mais qui touche de près à l'acte chirurgical, dans son exécution ou dans ses suites » (Patel et Vergnory).

Quoi qu'il en soit, on doit admettre la constance de cet écoulement lymphatique consécutif à l'évidement de l'aisselle pour cancer du sein. D'ailleurs, on l'admet bien empiriquement, par le seul fait de pratique courante de renforcer les pansements, traversés par de la sérosité et non par du sang. Cette pseudosérosité n'est autre que de la lymphe.

Bien plus, c'est le suintement de cette lymphe qui justifie le drainage bien plus que l'écoulement de sang, à moins d'hémostase insuffisante. S'il ne s'agissait en effet que de parer à l'hémorragie, on pourrait arriver à se passer de drainage. pourrait arriver à se passer de drainage.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Si cet écoulement de lymphe est le plus souvent négligeable, il en va autrement des formes anormalement surabondantes ou prolongées. Ces lymphorées, que nous étudions ici, revêtent deux modalités cliniques :

Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'une collection que l'on voit poindre, se développer et grossir, quelques jours après l'intervention, au niveau de la ligne de suture ou en un point déclive de l'aisselle. C'est une collection plus ou moins importante, froide, fluctuante, qui finit par s'évacuer spontanément par désunion de la suture, si on ne lui ouvre un passage au bistouri.

Par cette fistule naturelle ou artificielle, s'écoule un liquide séreux ou blanchâtre, qui a tous les caractères de la lymphe.

Cette lymphorrhagie n'est pas continue, elle se fait par intervalles, suivant un rythme intermittent et irrégulier.

Sa durée est variable, mais ne dépasse guère deux semaines environ.

L'évolution est absolument apyrétique. La fistule ne tarde pas à se fermer, dès que l'écoulement est tari, et la cicatrisation de la plaie se poursuit normalement, à moins de complications secondaires.

Dans un deuxième ordre de faits, il se produit, d'emblée, le soir même ou le lendemain de l'intervention, une véritable inondation lymphatique. Le pansement et le linge de la malade sont transpercés comme après un accès de paludisme au stade de sueurs profuses. Les caractères du liquide épanché son rythme d'écoulement sont ceux de la lymphe. Dans ces formes exceptionnelles, cette lymphorrhagie réalise une sorte de saignée blanche, au sens strict du mot, et peut offrir le tableau de l'anémie séreuse aigüe, telle qu'on l'observe après des ponctions répétées d'ascite.

La malade a un facies pâle et pincé. Elle est déshydratée, éprouve une soif vive, a de l'oligurie et une diminution générale des sécrétions. Le pouls est petit et rapide. Elle éprouve des vertiges et tombe quelquefois en lipothymie.

La malade s'affaiblit et maigrit, quelquefois d'une façon assez inquiétante. Les suites opératoires locales sont les mêmes que ci-dessus.

Le pronostic de l'une et l'autre forme est généralement bénin.

Sans doute il résulte de cet accident une désunion de la plaie, la nécessité d'un drainage plus ou moins prolongé, avec cicatrisation retardée. Certes, le plus grand danger est l'infection et la suppuration secondaire : ces épanchements de lymphes sont d'excellents bouillons de culture où peuvent fructifier les germes autochtones ou autres.

Sans parler enfin du désagrément sérieux que constitue pour la malade ce bain de lymphes, cette quantité quelquefois énorme de lymphes, que le drainage évacue, n'est pas sans retentir sur l'état général de femmes âgées, éprouvées déjà par la maladie et l'acte opératoire lui-même.

Vautrin conclut sévèrement :

« Prédisposant à l'infection, aggravant une déchéance que l'opération aurait dû conjurer, cet accident a pu avoir la valeur d'une véritable complication et la gravité d'une hémorragie secondaire, survenant chez un opéré épuisé ou cachectique ».

Cependant nous nous permettons plus d'optimisme. MM. les Docteurs Patel, Leriche, Durand, n'ont jamais observé de cas mortels ou même vraiment graves. Pour eux, tout se borne à un retard de la cicatrisation de la plaie opératoire et de la convalescence.

Aussi bien, les faits cliniques ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse se faire une opinion d'ensemble.

CHAPITRE IV.

THÉRAPEUTIQUE

Quelle est donc la conduite à tenir pour éviter ou guérir cette complication ?

Faut-il, comme le veut Vautrin, instituer le dogme de la lymphostase tout à côté du dogme de l'hémostase ? Ou doit-on simplement, se souvenant de la rareté de cet accident, y pallier par le drainage, le pansement aseptique et bien étoffé, comme le pensent la plupart des chirurgiens ?

Nous ne pouvons nous défendre de citer *in extenso* l'opinion de Vautrin, toute prophylactique.

Lier les vaisseaux lymphatiques comme les vaisseaux sanguins, telle lui paraît devoir être la pratique prudente du chirurgien, dans les régions où la lymphe afflue avec une certaine abondance. Il estime qu'ainsi on guérit plus vite, on évite l'infection et on épargne au patient une notable partie de ses forces.

La lymphostase soigneuse supprimerait et collections lymphatiques et suppurations secondaires de

longue durée; il n'y aurait plus de fistules. La guérison serait obtenue sans drainage, en quelques jours, et la plaie opératoire se refermerait par première intention. Pour obtenir ce résultat, il faudrait lier avec soin les vaisseaux blancs qui se rendent vers la région claviculaire en passant en avant et en arrière du petit pectoral. Il faudrait lier encore le faisceau collecteur du membre supérieur, satellite des gros vaisseaux, et les quelques anastomoses lymphatiques qui se rendent à la plèvre en traversant les espaces intercostaux. Ces dernières branches anastomotiques auraient une importance particulière, trop souvent méconnue. Vautrin aurait vu plusieurs fois leur arrachement brusque déterminer une déchirure de la plèvre et le pneumothorax consécutif.

Quand on oublie de lier ces vaisseaux, ils donnent lieu à une exsudation abondante, qui vient perler sur leur lumière béante, à la surface du revêtement nacré des muscles intercostaux.

Lorsque toutes ces branches lymphatiques ont été aveuglées, l'écoulement de lymphé dans le creux de l'aisselle est négligeable, et la guérison s'accomplit sans aucun incident.

Telle est la technique proposée par Vautrin. Que vaut-elle dans la pratique ?

Tout d'abord, les cas sont vraiment rares où la lymphorrhée postopératoire a eu des suites graves: en tout cas, nous ne pensons pas qu'on en ait observé dans l'évidement du creux axillaire.

Cependant, on peut se prémunir contre cet accident, qui reste habituellement peu inquiétant, par une

large ligature au niveau du pédicule scapulo-circonflexe, étreignant en masse de gros vaisseaux lymphatiques. On pourrait ainsi réduire si bien l'écoulement lymphatique, qu'il serait possible de refermer l'aisselle, sans la drainer, à l'exemple du Professeur Leriche.

Si l'on s'en tient à cette unique ligature fasciculaire, la toilette de l'aisselle n'en est vraiment pas compliquée.

Mais comment lier les multiples vaisseaux blancs qu'on aperçoit difficilement ou qu'on devine à peine ? Est-il vraiment la peine de s'attarder à une lymphostase aussi minutieuse et de prolonger ainsi une opération si étendue et par ailleurs si délicate ? Comment oublier que le temps est ici, plus qu'ailleurs, un facteur de shock très important !

Et d'ailleurs ces ouvertures des lymphatiques ont un danger infiniment plus redoutable que celui de la bégnine fistule : elles sont responsables des inoculations. Ne vaut-il pas mieux faciliter l'issue au dehors d'éléments cellulaires suspects de malignité par un drainage en bonne place ?

Aussi le plus grand nombre de chirurgiens pensent que la plupart du temps « il n'y a pas lieu de s'en préoccuper et que tout s'arrange en deux semaines ». (Durand). M. Leriche fixe ainsi la conduite à tenir : « Etant donné que de nouvelles voies lymphatiques se font rapidement, il faut, en prévision de pareils cas, attendre une quinzaine de jours sans rien faire, puis ponctionner la collection en dehors de la cicatrice. Il est probable que, dans ces conditions, l'évo-

tion se ferait sans aucun incident et sans cet ennui très regrettable de l'inondation quotidienne que j'ai vue chez mes opérées ».

Le Docteur Patel draine toujours l'aisselle au milieu de sa base et laisse le drain quatre ou cinq jours, ou plus longtemps, si l'écoulement séro-sanguinolent paraît un peu abondant. Il pense que la constance de l'écoulement lymphatique, quelle que soit son intensité, invite à drainer régulièrement et à ne supprimer le drain qu'en temps opportun. Ce drainage permet à la lymphe de s'évacuer au dehors, et il ne peut avoir que ce but logique.

Il suffit de changer le pansement autant de fois qu'il est nécessaire, avec l'asepsie ordinaire, de surveiller les inoculations septiques possibles au niveau de la plaie.

Il faut enfin remonter l'état général, par des injections de sérum artificiel en particulier, qui sont le meilleur remède contre la déshydratation et l'hypotension.

En somme, phénomène banal et constant, la lymphorrhée consécutive à l'opération de Halsted n'acquiert de l'importance que dans des cas exceptionnels, par son abondance et sa persistance. Son pronostic est généralement bénin, et son traitement se résume dans l'évacuation et le drainage, avec ce point particulier : drain unique à la base du creux axillaire, minimum exigible, ou drain de secours au niveau de la section des insertions humérales du grand pectoral, débouché des lymphatiques du bras dans l'aisselle.

OBSERVATION I

P..., 50 ans.

Cancer du sein gauche.

Halsted typique, juin 1909.

Drain enlevé au bout de 48 heures.

Le huitième jour, on s'aperçoit de l'existence d'une collection au niveau de la ligne de suture; il s'agit d'un lymphome, car le liquide évacué présente tous les caractères de la lymphe.

Écoulement important, de la valeur de deux grands verres, au niveau de la cicatrice, désunie en un point.

Pas de température.

Durée de l'écoulement: quinze jours.

Gnérison et cicatrice normale.

(Observation prise dans le service de M. le Docteur PATEL)

OBSERVATION II

G..., 55 ans.

Néoplasme du sein droit, avec adénite axillaire. Femme maigre.

Opérée le 27 février 1920: Halsted typique. Drain.

Inondation véritable du pansement, du linge de la malade et du

lit, par un écoulement très abondant qui se fait au niveau du drain, dès le soir de l'opération.

On est obligé de changer le pansement.

Même phénomène pendant trois jours.

Pas de température.

Devant l'abondance de cette lymphorrhée, le drain est laissé dix jours. Puis l'écoulement se tarit.

Cicatrice normale.

(Observation d'une malade du service du Docteur PATEL)

OBSERVATION III

Ch..., 47 ans.

Néoplasme du sein droit, avec adénite axillaire. Opérée le 15 décembre 1920: Halsted typique.

Drain enlevé au bout de 48 heures.

La cicatrisation de l'orifice de drainage s'étant faite très précocement, on voit apparaître au huitième jour, au niveau de la suture, un écoulement d'importance moyenne qui dure quinze jours.

Désunion partielle de la plaie.

Dans la suite, cicatrice normale, souple.

Jamais de température.

(Observation d'une malade du service du Docteur PATEL)

Les deux observations suivantes ont été rapportées par Monsieur le Docteur Leriche à la Société de Chirurgie de Lyon, le 21 Décembre 1922.

OBSERVATION IV

Femme de 60 ans.

Tumeur de la moitié externe du sein.

Opération de Halsted. Après hémostase minutieuse, la peau fut entièrement réunie sans traction.

Pas de drainage.

Suites apyrétiques.

Au huitième jour, on trouve toute la partie inférieure de la cicatrice distendue par une volumineuse collection fluctuante.

On enlève quelques fils, et un flot de liquide citrin, légèrement rosé, s'écoule. On croit à de la sérosité, et on met une mèche.

Le soir même, inondation véritable. Nouveau pansement vers six heures, nouvelle inondation, nouveau pansement. Le quatrième jour la lymphorrhagie se reproduit, mais moins abondante. Bientôt elle diminue, et tout rentre dans l'ordre vers le quinzième jour.

OBSERVATION V

Femme de 60 ans.

Mêmes accidents.

Même intervention.

Au huitième jour, après évolution absolument apyrétique, découverte d'une collection fluctuante au bas de la cicatrice. Une ponction à l'aiguille ramène de la sérosité claire, à peine rosée.

Dans l'après-midi, inondation extrêmement abondante, mouillant les draps.

Le lendemain matin, vers cinq heures, nouveau flux. A l'examen, on constate au sommet, une cicatrice nette, mais au point de ponction, une petite déchiscence, comme un noyau de cerise, à bords blanchâtres, à fond recouvert par une sorte de petite coagulation fibrineuse rosée, comme celle que l'on trouve dans le Douglas, dans certaines salpingites aiguës avec péritoine très œdémateux. Le surlendemain, nouveau flux, mais moins abondant et plus tardif, et ainsi de suite, jusqu'au quatorzième jour, où tout rentra dans l'ordre progressivement. Au bout de trois semaines tout le liquide restant dans la partie déclive de l'aisselle s'était résorbé.

Evolution apyrétique.

CONCLUSIONS

I. — A la suite de l'opération de Halsted, on peut observer, au niveau de l'aisselle, d'abondants écoulements lymphatiques, qui sont dûs à l'ouverture des nombreux vaisseaux lymphatiques au cours de l'opération.

II. — Cette lymphorrhée se traduit tantôt par un écoulement abondant de lymphe dans les trois premiers jours qui suivent l'opération; tantôt par une tumeur liquide, survenant au voisinage du dixième jour et contenant du liquide lymphatique.

III. — Le pronostic est généralement bénin: la lymphorrhée primaire se tarit après quelques jours; la tumeur lymphatique secondaire guérit spontanément après l'ouverture.

IV. — Ces faits montrent la nécessité de drainer toujours le creux axillaire pendant deux jours au minimum, après l'opération de Halsted.

Le Président de la Thèse,
VILLARD.

Vu :
Le Doyen,
J. LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 juin 1923.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
CAVALIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PATEL et VERGNORY. — De la lymphorrhée consécutive à l'opération de Halsted pour cancer du sein. *Gazette des Hôpitaux*, Mars 1923.
- VAUTRIN. — Considérations sur les plaies des vaisseaux lymphatiques. *Revue Médicale de l'Est*, 1904-1905.
- LERICHE. — Communication à la Société de Chirurgie de Lyon (Séance du 21 Décembre 1922).
-



Table des Matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Généralités</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Pathogénie</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Etude clinique</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Thérapeutique</i>	28
OBSERVATIONS	29
CONCLUSIONS	33
BIBLIOGRAPHIE	35

