

soigne en ce moment pour une affection de ce genre : la possibilité de faire refluer dans le larynx quelques gouttes du liquide injecté par la fistule. Il serait donc possible que ces kystes eussent une origine diverse : les uns provenant de la bourse muqueuse hyo-thyroïdienne, d'autres d'une hypertrophie des glandules sous-muqueuses de la base de la langue, à moins qu'on n'admette que le kyste, ayant pris son point de départ dans la bourse hyo-thyroïdienne, s'ouvre parfois du côté de la cavité buccale.

La guérison de ces kystes et des fistules qui leur succèdent est très-difficile. Les injections de teinture d'iode ont donné des succès. Si la peau est décollée, amincie, dans le voisinage de la fistule, il faut exciser les portions malades.

## CHAPITRE VIII.

### AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU COU.

Le cou est une des parties du corps où il existe le plus grand nombre de ganglions lymphatiques. Ceux-ci sont répartis dans la région sous-maxillaire, où ils ont des connexions intimes avec la glande du même nom ; dans la région mylo-hyoïdienne ; dans la région carotidienne, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la fossette sus-sternale ; dans la région sus-claviculaire ; quelques-uns occupent la partie postérieure du cou, sur le trajet du splénius, entre le sterno-mastoïdien et le trapèze.

L'ADÉNITE du cou est aiguë ou chronique et se présente, dans l'un et l'autre cas, avec les caractères que nous avons indiqués tome I, p. 301 et suiv. Dans la forme *chronique*, les ganglions acquièrent parfois un volume considérable et constituent, surtout dans la région latérale du cou, des masses qui peuvent atteindre la grosseur du poing. D'après les recherches de H. Larrey, l'adénite cervicale est commune chez les militaires, ce que ce chirurgien attribue aux causes suivantes : l'action du froid et surtout du froid humide ; le passage de la fraîcheur humide à travers les lucarnes des guérites ; la compression mécanique occasionnée soit par le bouton et l'ourlet grossiers de la chemise, soit par le col d'uniforme.

Lorsque l'adénite cervicale résiste à l'emploi de topiques résolutifs et d'une médication interne appropriée à l'état général du sujet (voy. t. I, p. 304), que la tumeur produit une difformité bien apparente, on est en droit d'en faire l'extirpation. Boyer n'était pas partisan de cette opération, qu'il réservait pour les cas où *il n'existe qu'une seule tumeur dure, mobile, chez un sujet adulte où la diathèse scrofuleuse a été épuisée*. Il faut s'attendre parfois à de grandes difficultés, en raison des connexions intimes que présente la production morbide avec les gros vaisseaux du cou, qui peuvent être intéressés par l'instrument tranchant et donner lieu à une hémorragie grave. J'ai vu le professeur Roux commencer une de ces opérations, et après avoir soigneusement disséqué les lambeaux pour mettre la tumeur à découvert,

s'arrêter et laisser la masse ganglionnaire en place. C'est surtout dans la région carotidienne que les manœuvres offrent des dangers. Aussi a-t-on conseillé avec raison d'*énucléer* ces tumeurs, en se servant d'une spatule ou du manche du bistouri plutôt que du tranchant de cet instrument. Il est d'observation que des portions de tumeurs laissées au fond de la plaie finissent par disparaître après un certain temps, probablement parce que l'action opératoire provoque dans la masse restante une inflammation qui en favorise la résorption.

Le CANCER des ganglions lymphatiques du cou est le plus souvent consécutif à une affection de même nature des parties voisines. Quelquefois il est primitif, et sous cette dernière forme on le rencontre surtout dans les ganglions sous-maxillaires et dans ceux qui avoisinent la carotide et la jugulaire interne. Dans la région sous-maxillaire, cette affection a pu faire croire parfois à l'existence d'un *cancer de la glande sous-maxillaire*, de même qu'une adénite chronique simple de la région a été prise pour une hypertrophie de la glande. L'extirpation de la tumeur n'offre pas de grands dangers : la veine jugulaire antérieure, quelques branches de l'artère faciale, sont les seuls vaisseaux dont la blessure soit à redouter. Il en est autrement du *cancer qui a envahi les ganglions carotidiens*, parce que le plus souvent la tumeur a contracté des adhérences avec les vaisseaux profonds de la région. J'ai rapporté ailleurs (*Arch. génér. de médecine*, 1856) l'histoire d'un malade, auquel Ph.-J. Roux enleva une tumeur cancéreuse de la partie latérale droite du cou, adhérente au larynx. La tumeur était traversée par la *carotide primitive, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique et le cordon cervical du grand sympathique qui furent emportés avec la masse morbide*. Pendant le cours de cette laborieuse opération, il n'y eut d'autre effet appréciable que des envies de tousser et quelques rares besoins de vomir ; après l'opération, pas d'autre phénomène qu'une raucité de la voix un peu plus prononcée qu'avant ; pas de difficulté pour respirer. Le patient succomba au bout de sept jours, avec des phénomènes de méningo-encéphalite, et les poumons n'offrirent à l'autopsie qu'un peu d'engouement hypostatique. Dans un autre cas, dont Roux lui-même a donné la relation, il s'agissait d'une tumeur cancéreuse énorme du côté gauche du cou. Avant de continuer la dissection de la tumeur du côté de la colonne vertébrale, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu appliqua une ligature sur la carotide primitive, au niveau de la bifurcation de ce vaisseau. La ligature comprit *accidentellement le pneumo-gastrique*. Il y eut arrêt de la respiration, ralentissement du pouls. On coupa la ligature ; néanmoins les accidents s'aggravèrent au point de déterminer la mort au bout d'une demi-heure. Il y a lieu de supposer que, dans le dernier cas, le malade a succombé à l'épuisement nerveux occasionné par la longueur de l'opération plutôt qu'à la ligature du pneumo-gastrique.