

leurs que l'on se pénètre bien de cette idée que toute gêne de la déglutition exige un examen attentif du pharynx.

Il est à peine croyable que l'on puisse confondre un abcès rétro-pharyngien avec un polype naso-pharyngien. D'après Gillette, l'erreur aurait été commise au moins deux fois.

Il peut être difficile de distinguer un phlegmon juxta-pharyngien d'un abcès par congestion consécutif à un mal cervical de Pott. Ce dernier a une allure particulièrement lente; mais nous savons que certains phlegmons juxta-pharyngiens se manifestent par des phénomènes d'une acuité très modérée au début et prennent bientôt une marche chronique. Il est rare que les commémoratifs ne fournissent pas quelque renseignement utile sur le début de l'affection. Enfin le mal cervical de Pott a des signes propres : raideur et instabilité de la tête, gonflement et douleur au niveau des apophyses des vertèbres, etc.

Dans les phlegmons inférieurs, placés derrière le larynx, l'inspection du pharynx peut n'être d'aucun secours; mais même dans ces cas le doigt atteint généralement sans peine la partie gonflée. En l'absence de tout renseignement fourni par l'examen direct, il faudrait établir le diagnostic sur l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés, et particulièrement sur la dysphagie, le gonflement et la raideur du cou, la douleur spontanée et provoquée au niveau du point enflammé, les signes généraux de la suppuration.

**Pronostic.** — Une erreur de diagnostic est le plus souvent fatale, puisque la terminaison par la mort est à peu près de règle chez les malades abandonnés à eux-mêmes. Lorsque la maladie est reconnue à temps, le résultat dépend en grande partie du traitement. Si la tumeur est ouverte assez tôt, et bien ouverte, la guérison s'obtient presque toujours. Il faut faire une exception pour les phlegmons à marche gangreneuse qui poursuivent, quoi que l'on fasse, leur marche envahissante le long de l'œsophage, vers le médiastin. Cette variété est heureusement très rare.

**Le traitement** est contenu tout entier dans ce précepte : ouvrir dès que la collection est formée.

Certains abcès juxta-laryngiens doivent être ouverts par la bouche; d'autres doivent être attaqués par l'extérieur.

Les collections qui se sont étendues jusqu'au voisinage de la ligne médiane du pharynx, ou qui ont dépassé cette ligne, peuvent être incisées sans crainte; mais celles qui sont restées latérales exposent à la

blesure des gros vaisseaux et particulièrement à celle de l'artère carotide interne. Aucun pharyngotome spécial, aucun procédé d'ouverture ne met à l'abri de ce redoutable accident. Dans certains cas seulement la collection est si tendue et si prête à se rompre que l'ongle ou un instrument moussé comme le manche d'une cuiller suffisent à l'ouvrir. Peut-être vaudrait-il mieux dans ces cas-là avoir recours au bistouri. En effet, quand la tumeur proémine fortement dans le pharynx, on peut faire sans crainte l'incision au moyen d'une lame recouverte de linge de façon à ne pas être tranchante sur plus d'un centimètre de largeur. Lorsque l'abcès ne proémine que fort peu dans la cavité pharyngienne, il vaut mieux aller à sa recherche en incisant la peau au niveau du bord antérieur du sterno-cléidomastoïdien, et en rejetant ce muscle en dehors, comme si l'on voulait pratiquer la ligature de la carotide externe.

La collection doit être ouverte assez largement, surtout lorsqu'elle est abordée par le pharynx. A ce prix seulement elle se vide facilement et marche régulièrement vers la guérison. On connaît un cas d'asphyxie à la suite de la pénétration du pus dans le larynx, au moment où l'abcès fut ouvert. On éviterait cet accident en recommandant au malade de faire une forte expiration lorsque le pus est mis en liberté, et si c'est un enfant, en lui fermant la glotte avec le doigt, ou en mettant immédiatement la tête en bas.

La trachéotomie trouve rarement son indication dans le traitement des abcès juxta-pharyngiens. Quand elle a été mise en usage, c'est presque toujours à la suite d'une erreur de diagnostic. Elle peut pourtant devenir nécessaire.

## II

## AFFECTIONS DES GANGLIONS DU COU.

Les maladies des ganglions lymphatiques sont presque toutes le résultat d'une infection. Un élément étranger envahit ces petits organes et se développe dans leur tissu.

Selon la nature de l'agent infectant, selon les conditions locales et générales du sujet, le résultat de cette invasion peut être une inflammation violente, aiguë, ou une inflammation chronique. Il faudrait décrire

autant d'adénites aiguës et autant d'adénites chroniques qu'il existe d'agents spéciaux d'infection. Mais il faut le reconnaître, tous ces agents, microbes ou éléments anatomiques altérés, ne sont pas bien connus; et d'autre part, il est vraisemblable que certains d'entre eux réagissent, malgré leur différence spécifique, de la même façon sur les ganglions.

On conserve donc avec raison la grande section des adénites aiguës dans laquelle se confondent les adénites à marche rapide terminée le plus souvent par la suppuration et à étiologie banale ou mal déterminée, et celle des adénites chroniques, forme diminuée de la précédente. A côté de ces adénites vulgaires, *caput mortum*, dans lesquelles l'avenir établira peut-être des divisions nouvelles, on distingue actuellement les adénites nettement spécifiques de la tuberculose, de la chancrelle, de la syphilis, de la peste, du cancroïde ou de l'épithéliome, du carcinome, du sarcome, etc. Ces dernières, au sens propre du mot, ne sont pas des adénites, mais bien des tumeurs. On les désigne plutôt par le terme d'*adénopathie*.

La plupart du temps l'affection ganglionnaire est donc secondaire. Ce sont des produits puisés au loin, et transportés par la voie des lymphatiques qui viennent inoculer le ganglion. Dans un petit nombre de cas, cependant, il est impossible de trouver un point de départ étranger. C'est ce qui arrive notamment pour certaines tumeurs appelées à cause de cela primitives, tandis qu'on réserve le nom de tumeurs secondaires des ganglions aux productions que nous caractérisons tout à l'heure du nom d'adénites ou adénopathies épithéliomateuses, cancéreuses, etc.

#### 1° ADÉNITE AIGÜE.

La région cervicale est certainement celle où s'observe le plus souvent l'adénite aiguë. Les ganglions y sont nombreux; ils reçoivent leurs lymphatiques de membranes qu'atteignent fréquemment des lésions diverses: peau de la face, du crâne ou du cou; muqueuses de la bouche, du nez, du pharynx et de l'œsophage, du larynx et de la trachée. Des angines de toute nature en sont la cause la plus commune. L'action directe du froid sur la région cervicale provoque parfois des adénites qui semblent échapper à la règle commune. On ne trouve pas ici l'origine tégumentaire ordinaire.

L'inflammation d'un ganglion ou d'un groupe de ganglions se dévoile par la présence d'un ou de plusieurs corps arrondis (ce sont les glandes tuméfiées), douloureux à la pression, mobiles sous la peau, isolés les uns des autres. Leur présence cause toujours une certaine gêne. Ainsi les ganglions sous-maxillaires sont comprimés douloureusement lorsqu'on abaisse la mâchoire. De même les ganglions placés sous le sterno-cléido-mastoïdien sont bridés par le muscle. Dans ce cas, le malade incline instinctivement le cou, et tourne la face de façon à la mettre dans le relâchement (*Torticolis symptomatique*).

Souvent l'adénite se termine par résolution. Au bout de deux ou trois jours, les douleurs disparaissent, les glandes restent encore tuméfiées pendant quelque temps, puis peu à peu elles diminuent et reprennent leur volume primitif.

Une autre terminaison, c'est la suppuration. Au lieu de se borner, comme nous l'avons indiqué, aux ganglions, l'inflammation s'étend à l'atmosphère cellulaire de ces organes. Les glandes, jusque-là mobiles, se fixent, puis se confondent dans une masse unique. Un adénophlegmon est constitué. Nous avons, dans le chapitre précédent, étudié largement les diverses variétés d'adéno-phlegmon. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

L'adénite aiguë ne présente aucune difficulté de *diagnostic*. Une tuméfaction de forme arrondie, douloureuse, mobile sur les parties qui l'entourent, multiple souvent, survenue rapidement, ne peut guère être confondue avec une autre affection. Le diagnostic se complétera par l'examen du tégument facial ou céphalique et par l'inspection de la bouche et du pharynx. Presque toujours on trouvera sans peine une lésion primitive d'où l'affection du ganglion dépend, et l'on complétera le diagnostic en indiquant la nature de cette lésion: adénite aiguë simple (?), érysipélateuse, scarlatineuse, diphthéritique, etc.

Le traitement a été suffisamment indiqué, soit dans le tome I de cet ouvrage (page 438: Adénite en général), soit dans les pages précédentes, en ce qui touche à l'adéno-phlegmon, pour que nous n'ayons pas à revenir sur ce sujet.

#### 2° ADÉNITE CHRONIQUE SIMPLE.

Il n'est pas douteux que des ganglions de la région sous-maxillaire

ne puissent être chroniquement enflammés du fait de la carie dentaire, que des ganglions de la chaîne carotidienne ne soient pris à la suite d'angines à répétition, etc., sans qu'il s'agisse là en aucune façon d'une altération appartenant à l'une des grandes divisions spécifiques indiquées plus haut.

Ces adénites sont intéressantes au point de vue du diagnostic. Il est important mais difficile ordinairement de reconnaître s'il s'agit bien de l'adénite simple que nous envisageons ici. La distinction d'avec l'adénite tuberculeuse en particulier est souvent impossible, du moins pendant longtemps.

La plupart des moyens préconisés contre l'adénite chronique simple sont ceux que l'on recommande contre l'adénite tuberculeuse. Avant tout il faut ici faire disparaître la cause locale qui entretient l'irritation ganglionnaire.

##### 5° ADÉNITE TUBERCULEUSE.

Nous ne toucherons pas à la question de doctrine, qui a été suffisamment étudiée t. I, p. 441. Nous répéterons seulement que pour nous il n'y a pas de différence essentielle entre les ganglions de la scrofule et les ganglions tuberculeux. Dans leur stade d'hypertrophie, les premiers marquent la phase première de l'affection. L'existence de foyers caséux ou tuberculeux indique seulement une période plus avancée. Cornil, qui récemment encore essayait avec Ranvier de distinguer histologiquement la scrofule de la tuberculose, a retrouvé des bacilles dans le pus des ganglions qualifiés scrofuleux aussi bien que dans les autres (Cornil et Babès).

*Synonymie* : Écrouelle, adénite scrofuleuse, hypertrophie ganglionnaire, adénite cervicale militaire.

On pourrait décrire à la tuberculose ganglionnaire deux formes : l'une *galopante*, l'autre *chronique*.

Nous avons observé dans ces dernières années, chez plusieurs malades adultes, la forme galopante. Dans l'espace de quelques jours chez eux tous les ganglions de la région cervicale se sont trouvés atteints, d'un seul côté. Très rapidement, le tissu cellulaire qui les enveloppait s'est abcédé. De nombreux clapiers s'entre-croisaient sous la peau, qui était décollée dans toute la hauteur du cou. Les malades succombèrent rapidement à une tuberculose généralisée à tous les organes.

La forme la plus commune est la forme *chronique*. C'est celle-là que nous décrivons uniquement dans les paragraphes suivants.

**Étiologie.** — La tuberculose des ganglions cervicaux ne naît pas sous l'influence de causes spéciales, propres à la région. A la vérité, sa fréquence extrême donne à penser que les érosions si communes des muqueuses et de la peau de la face et du cou jouent ici quelque rôle.

Faut-il croire que le bacille s'introduit directement dans le système lymphatique au niveau de l'érosion, ou bien celle-ci ouvre-t-elle seulement la porte à une adénite inflammatoire simple et, par là, se borne à créer un *locus minoris resistentiæ*, que le bacille envahit comme il fait chez les animaux inoculés des articulations soumises à un traumatisme expérimental? Nous ne sommes pas en mesure de trancher cette question.

Les causes générales ordinaires : maladies débilitantes, mauvaises conditions hygiéniques, misère physiologique, hérédité alcoolique, syphilitique ou scrofuleuse, ont ici leur influence ordinaire. Notons que de même, du reste, que pour d'autres tuberculoses locales telles que la tuberculose osseuse ou testiculaire particulièrement, on peut voir survenir la maladie chez des individus au teint coloré, légèrement obèses, qui semblent à tous les points de vue placés dans de bonnes conditions générales. La nature tuberculeuse de l'adénite cervicale militaire, si longtemps discutée par les chirurgiens d'armée, a été mise hors de doute par les recherches de Kiener et de Poulet.

**Anatomie pathologique.** — Les ganglions peuvent être envahis sans que leur volume soit sensiblement modifié ; mais le plus souvent ils passent par une première période de gonflement, dans laquelle leur masse devient double, triple, décuple de ce qu'elle était primitivement. Dans cet état nous les trouvons assez consistants, souples, rénitents. A l'incision, la coupe est d'un gris à peine rougeâtre, qui rappelle l'aspect de la coupe des testicules. Le ganglion est d'abord libre dans son atmosphère cellulaire, mobile, facile à énucléer.

Plus tard, au sein du tissu se montrent des granulations rares ou confluentes, dont la réunion aboutit à la formation de petits amas caséux répandus çà et là dans la masse du ganglion.

La glande tout entière peut être envahie et transformée en une

poche caséuse ou purulente séparée des tissus avoisinants par une sorte de membrane kystique développée aux dépens du tissu cellulaire ambiant ; mais souvent, de bonne heure, le ganglion a déterminé l'inflammation de ce tissu cellulaire ; des foyers caséux superficiels ont perforé en quelque sorte la membrane d'enveloppe et se sont répandus dans le voisinage.

Les foyers profonds et même les poches purulentes résultant de la fonte totale d'un ganglion peuvent se transformer en des noyaux crétaqués par la résorption des parties liquides et l'infiltration calcaire des éléments figurés ; mais le plus souvent, lorsque le ramollissement du ganglion s'est produit, le tissu cellulaire avoisinant s'enflamme ; il s'épaissit, rougit, un véritable phlegmon de voisinage se produit. La peau se décolle, s'amincit et se perforé, la glande verse de son côté, dans le clapier sous-cutané, les produits de sa tuberculisation, et une fois vidée elle constitue une véritable caverne unie à l'extérieur par un trajet fongueux qui a la plus grande tendance à rester longtemps fistuleux. A la longue pourtant, après des mois et même des années, ces lésions guérissent souvent après l'élimination de tous les produits caséux, en laissant seulement subsister une induration profonde à la place qu'occupait le ganglion, et une cicatrice déprimée, entourée souvent d'une zone de peau mince et chagrinée qui correspond au décollement primitif.

L'affection peut être limitée à un seul ganglion. Mais il est commun de la voir étendue à plusieurs ; quelquefois toute la chaîne ganglionnaire se prend de proche en proche. De là des masses difformes gênantes, capables d'exercer des compressions, d'ailleurs modérées d'ordinaire, sur les vaisseaux et les organes de la région cervicale.

Lorsqu'un certain nombre de ganglions est arrivé à la suppuration, qu'il existe des décollements larges et des fistules multiples, le cou devient hideux. Même après la guérison, il peut exister une cicatrice non seulement difforme, mais encore vicieuse, inextensible et courte qui fixe la tête dans une position invariable (torticolis cutané cicatriciel).

**Symptômes.** — Nous avons peu de chose à ajouter à l'exposé des lésions anatomiques pour donner une idée de la tuberculose ganglionnaire de la région cervicale.

L'affection évolue le plus souvent sans phénomènes généraux. Tout

au plus existe-t-il un peu de fièvre lorsque se montre un phlegmon de voisinage. Les symptômes locaux sont implicitement contenus dans le paragraphe précédent.

On trouve en somme une ou plusieurs tumeurs, lisses, arrondies, rénitentes, d'abord libres et mobiles dans le tissu cellulaire et que l'on pressera sans occasionner de douleur. La terminaison de la maladie peut s'obtenir à cette première période par la diminution graduelle du ganglion qui, presque jamais, ne disparaît pourtant complètement.

Dans une période plus avancée se montrent les signes du ramollissement ganglionnaire et du phlegmon circonvoisin. L'ouverture spontanée n'amène pas la guérison, mais la formation de fistules qui peuvent se tarir pendant des semaines ou des mois, puis se rouvrir en s'accompagnant de décollements nouveaux de la peau, pour se refermer encore. La guérison peut enfin être obtenue à la longue de la façon que nous avons indiquée. La phthisie pulmonaire vient souvent compliquer la tuberculisation des ganglions cervicaux.

**Diagnostic.** — Il est bien difficile de distinguer les ganglions tuberculeux, à leur période d'hypertrophie, d'avec certaines tumeurs ganglionnaires et particulièrement d'avec le lymphadénome. Assurément cette dernière affection possède une physionomie assez particulière ; mais certains cas de tuberculose ganglionnaire au début la reproduisent absolument. Le diagnostic dans ce cas est impossible parfois. Seules la marche de la maladie et l'influence du traitement sont capables de dissiper l'incertitude du chirurgien.

**Traitement.** — En face de l'hypertrophie ganglionnaire des scrofuloux, il faut avant tout faire usage d'une thérapeutique reconstituante qui s'adresse à l'économie tout entière : huile de foie de morue, arsenic, iodures, créosote, bains sulfureux, séjour au bord de la mer, eaux de Salies de Béarn, etc. — Il est certain que dans un bon nombre de cas, cette médication est très efficace. Mais, par contre, malgré ces moyens, l'hypertrophie ganglionnaire persiste souvent et s'étend même à d'autres ganglions. Les malades, désolés par une affection qui les rend difformes et les empêche souvent d'être acceptés comme ouvriers ou comme employés, insistent pour qu'on agisse. On a essayé à diverses reprises des injections interstitielles de diverses substances : acide phénique, teinture d'iode, chlorure de zinc, etc. Cette intervention ne produit rien ou bien active les choses

et détermine l'apparition rapide d'un adéno-phlegmon qui ne guérit pas la tuberculose ganglionnaire.

L'extirpation des ganglions à cette période de la maladie a été faite bien des fois sous le nom d'extirpation de ganglions hypertrophiés. Des chirurgiens de mérite : Billroth, Kocher, Fischer, la pratiquent de bonne heure, dans l'idée de débarrasser l'économie d'un foyer local de tuberculose. Elle ne présente pas de grandes difficultés, malgré le voisinage des vaisseaux, tant que l'atmosphère celluleuse n'est pas prise, et elle paraît, quoi qu'on en ait dit, très supérieure à la plupart des autres moyens. Les cicatrices qu'elle laisse ne présentent aucun caractère fâcheux.

Lorsque le ganglion est suppuré, la préoccupation du chirurgien doit être d'évacuer son contenu en laissant le moins de traces possible. On a recommandé à ce titre les ponctions répétées, le drainage, le séton filiforme; mais tous ces moyens échouent souvent.

L'ouverture de la poche à sa partie déclive, et la cautérisation énergique de sa face interne au moyen du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc, donnent d'assez bons résultats. Le raclage bien complet de cette même poche avec la curette tranchante vaut mieux, mais peut-être expose-t-il un peu plus à de nouvelles poussées tuberculeuses sur d'autres points de l'économie. L'extirpation à cette période devient une opération difficile, à cause des adhérences que la tumeur a contractées avec les parties avoisinantes, et notamment avec les vaisseaux. Elle n'en a pas moins été faite souvent, et Cazin (de Berk) lui attribue une excellente influence.

Il faut reconnaître que cette opération ne laisse pas de présenter quelques dangers : introduction de l'air dans les veines, hémorragies secondaires pour lesquelles, dans un cas, Poulet fit la ligature de la carotide primitive; en outre les récidives sont fréquentes.

#### 4° ADÉNITE SYPHILITIQUE.

Les ganglions cervicaux présentent dans leurs rapports avec la syphilis deux points intéressants à noter. — Les chancres de la face étant assez communs, notamment ceux des lèvres, les glandes de la région sous-maxillaire sont fréquemment le siège d'un bubon caractéristique.

Cette adénite primitive s'accompagne toujours là d'une induration

notable du tissu cellulaire avoisinant. Elle contraste à ce point de vue avec les bubons de l'aîne. Il semble qu'un phlegmon sous-maxillaire menace de se former. La peau est rouge, tendue, mais sans œdème. Il n'y a pas de fièvre, peu de douleur locale.

Cette allure tranquille et surtout la présence de l'érosion caractéristique permettent de faire aisément le diagnostic.

Les adénites secondaires sont très communes à la région cervicale, aussi bien dans la partie antérieure que vers la nuque, où Ricord a l'habitude d'aller *tâter le pouls à la vérole*. Nous n'ajouterons rien à ce qui a été dit à ce sujet dans le tome I<sup>er</sup> de cet ouvrage, page 449.

#### 5° ADÉNITE OU ADÉNOPATHIE CANCÉREUSE.

Le cancer commun de la face et du cou, c'est le cancroïde et l'épithélioma. Qu'il s'agisse d'un cancroïde des joues, du nez, des lèvres, etc., ou d'un épithélioma des fosses nasales, de la langue, du pharynx, du larynx, le chirurgien examine toujours avec soin les ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, et la chaîne carotidienne, pour voir si l'affection s'est propagée à ces organes.

Le ganglion envahi est augmenté de volume. Il est d'une dureté presque caractéristique. D'abord mobile dans son atmosphère celluleuse, il se fixe et adhère de bonne heure aux parties avoisinantes. Au début on peut le confondre avec un ganglion enflammé chroniquement.

Dans quelques cas, les malades se présentent avec une tumeur ganglionnaire qui seule les a frappés, et par un examen attentif on découvre l'existence d'un petit épithélioma du pharynx, de la base de la langue ou de l'ouverture postérieure des fosses nasales, qui était resté ignoré jusque-là. Toute adénite cervicale portant sur un ou deux ganglions, caractérisée par une augmentation de volume, et une induration notable, indolente, surtout si elle survient vers cinquante ans, doit donner l'éveil au chirurgien. A la longue tous les ganglions cervicaux, au moins d'un côté, peuvent se perdre, d'où les phénomènes les plus graves de compression.

Au bout d'un temps plus ou moins long, les ganglions envahis par l'épithélioma se ramollissent; ils forment des poches fluctuantes, de faux abcès, qui s'ouvrent à l'extérieur par ulcération de la peau. Leur contenu, formé par une sérosité louche et les débris caséux de la

masse épithéliale, s'évacue, et il reste une cavité aux parois solides, infiltrées d'épithélioma qui constitue un nouvel ulcère cancéreux.

Les malades qui ne succombent ni à la compression des voies respiratoires ni à la cachexie, périssent souvent dans ce cas, à la suite d'hémorragies répétées. Les gros vaisseaux du cou sont en effet très voisins des ulcérations et facilement envahis.

Le traitement de ces altérations ganglionnaires a été examiné en même temps que celui des tumeurs et des ulcérations qui leur donnent naissance.

#### 6° TUMEURS PRIMITIVES DES GANGLIONS CERVICAUX.

Il n'est pas démontré que l'on observe dans les ganglions du cou de véritables cancers primitifs, ni des sarcomes proprement dits, ni des chondromes, etc. — Le lymphadénome ou lymphosarcome (les deux termes ont exactement la même valeur) est la seule tumeur qui s'y montre assez communément.

Nous renvoyons pour l'historique, l'étiologie et l'anatomie, à l'article Lymphadénome de cet ouvrage, tome I, page 228, car la description de l'affection repose presque tout entière sur l'observation des cas observés du côté des ganglions du cou. Nous nous bornerons à mettre en lumière quelques points cliniques.

**Symptômes.** — L'affection débute par un engorgement ganglionnaire qui se fait presque toujours au niveau de la partie la plus élevée du cou, dans la région sous-maxillaire, ou parotidienne. On ne trouve d'abord qu'un ou deux ganglions, puis peu à peu les autres se prennent, de haut en bas, suivant le sens du courant lymphatique. Au bout d'un temps assez court, toutes les glandes d'un côté participent à la maladie, y compris les glandes sus-claviculaires. Le cou disparaît dans une masse qui unit la tête à l'épaule. Exceptionnellement le lymphadénome se développe des deux côtés du cou à la fois.

Les ganglions tuméfiés sont arrondis, mobiles sur la peau et les parties voisines, absolument indolents.

Quels que soient la durée de la maladie et le volume acquis par la tumeur, celle-ci ne présente aucune tendance à l'ulcération ni à la suppuration. Trousseau et Virchow considéraient cette règle comme invariable. Verneuil a observé cependant quelques cas d'ulcération spontanée, et Reclus dit en avoir rencontré plusieurs exemples.

Selon Langhans, l'affection peut, dans certains cas, rester cantonnée dans la région où elle est apparue et persister sans aggravation sous cette forme. On aurait affaire à un *lymphadénome bénin*, local, limité.

Mais le plus souvent le lymphadénome, né à la région cervicale, s'étend de proche en proche aux régions avoisinantes; les ganglions de l'aisselle, du médiastin, de l'abdomen sont envahis les uns après les autres, et l'on voit apparaître des tumeurs même dans des points où n'existent pas normalement des ganglions lymphatiques.

Tantôt les ganglions sont mous, diffluent au point de faire croire à l'existence d'un contenu liquide, tantôt au contraire ils sont durs et résistants. Pour Langhans et Virchow ce sont là deux formes différentes au point de vue anatomique et au point de vue de l'évolution.

Sous ce dernier rapport, la forme molle se caractérise par une marche particulièrement rapide. De bonne heure, les tumeurs ganglionnaires déterminent la compression des vaisseaux, des nerfs, de la trachée et de l'œsophage, d'où de l'œdème de la face, de la congestion cérébrale, des hémorragies nasales, des fourmillements nerveux, de la dyspnée, etc. Rapidement dans cette forme éclatent des troubles généraux : diarrhée, vomissements, fièvres à forme intermittente, albuminurie, et bientôt le malade tombe dans un état cachectique auquel il succombe assez vite.

Le lymphadénome dur procède en somme de la même façon, mais il marche un peu plus lentement. Il finit, lui aussi, par conduire à des compressions redoutables, à l'invasion des viscères et à une cachexie mortelle.

**Le diagnostic** du lymphadénome est fort incertain au début. Il est probable que tous les auteurs, ceux qui se sont occupés le plus de la question comme les autres, ont dû commettre de nombreuses confusions.

Le lymphadénome bénin de Langhans n'était-il pas souvent une simple hypertrophie ganglionnaire? Dans bien des cas, tant que l'affection reste limitée au cou, il est impossible de faire la distinction; cependant la variété molle a une physionomie très particulière et qui permettra généralement de la reconnaître.

L'examen du sang fait distinguer le lymphadénome de la leucocy-

témie, dans laquelle du reste les lésions ganglionnaires sont dès le début plus généralisées.

**Traitement.** — Il est peu efficace. L'extirpation des ganglions malades est possible à la rigueur au début lorsque les glandes sont en petit nombre. Mais à ce moment le diagnostic n'est presque jamais fait. Plus tard l'opération devient grave, et elle est généralement suivie de récidive.

Le traitement général est celui des engorgements scrofuleux; s'il a donné souvent des succès, c'est peut-être qu'il ne s'agissait pas de véritables lymphadénomes. On recommande aussi le phosphore, l'arsenic à l'intérieur, les injections interstitielles de solutions arsenicales. (Voyez tome I, page 255.)

### III

#### MALADIES DES MUSCLES DU COU.

La pathologie des muscles du cou est fort limitée.

1° LEURS AFFECTIONS TRAUMATIQUES ne méritent pas de nous arrêter. Rappelons seulement que le grand muscle du cou, le sterno-cléido-mastoïdien, est sujet à des ruptures qui se produisent spécialement chez les nouveau-nés pendant un accouchement laborieux. La présentation des fesses (Blachez), l'emploi du forceps (Stromeyer), seraient les causes prochaines de l'accident. Des hématomes de forme et de dimensions variables se produiraient dans les mêmes conditions dans la gaine du muscle (trachélatome de Tordens); ils pourraient se terminer au bout de quelques mois par une sclérose partielle du muscle (myosclérose, Bohn-Henoch).

2° LA SYPHILIS DES MUSCLES trouve dans le sterno-cléido-mastoïdien un siège de prédilection. On ne l'a pas signalée dans les autres muscles du cou. Lecuyer en a rassemblé quinze cas dans sa thèse inaugurale (1881). Deux appartenaient à des nouveau-nés et seraient la conséquence de la syphilis héréditaire; mais ils sont contestables. Il s'agissait probablement d'hématomes ou de ruptures incomplètes du muscle. Les treize autres s'étaient montrés chez des adultes dont l'âge varie entre vingt-cinq et soixante-quatre ans. Les observations recueillies sur des femmes sont en majorité: neuf. Le plus grand

nombre des malades avait suivi un traitement incomplet au cours de la syphilis.

Tantôt il s'agit d'une myosite scléreuse diffuse, qui occupe toute la longueur du muscle ainsi transformé en une corde dure et rigide, ou une partie seulement de ce muscle. Tantôt il y a de véritables gomme, en nombre variable. On sent une, deux et quelquefois un plus grand nombre de tumeurs dures arrondies. Elles font corps avec le muscle, et se montrent à toutes les hauteurs: les unes au niveau des insertions inférieures, certaines dans la région moyenne, les autres en haut. Bouisson a vu les deux sterno-cléido-mastoïdiens affectés à la fois.

La tumeur cause peu de gêne. Elle est indolente; les mouvements sont assez bien conservés, même si les tumeurs gommeuses sont nombreuses et étendues.

Après une période d'induration pendant laquelle la peau reste longtemps libre sur les parties malades, survient si l'affection n'est pas traitée à temps, une période de ramollissement et d'ulcération dans laquelle la peau prend des adhérences à la tumeur, s'enflamme et finalement se perforé.

Les gomme sont évacuées à la façon ordinaire, en laissant à leur place une perte de substance profonde.

Le diagnostic des gomme du sterno-cléido-mastoïdien ne présente aucune difficulté sérieuse. Les tumeurs des muscles en général, celles du sterno-cléido-mastoïdien en particulier, sont très rares. Quand elles sont très dures, ligneuses, ou étendues à une grande partie du muscle, ce sont toujours des lésions syphilitiques. Ni un kyste hydatique ni une tumeur érectile (Desprès en cite une dans le sterno-mastoïdien) ne ressemblent, à ce point de vue, aux gomme musculaires. Dès que l'on aura bien constaté que la tumeur fait réellement corps avec le muscle, le diagnostic sera donc fait. L'hématome du muscle, lorsqu'il a subi la transformation fibreuse, pourrait seul causer quelque embarras; mais il s'agit d'une affection des nouveau-nés. Les renseignements sur une syphilis antérieure, l'influence du traitement spécifique, auraient évidemment, en cas de besoin, la plus grande importance. Il semble difficile de confondre la gomme ulcérée du sterno-cléido-mastoïdien soit avec le cancer, soit avec un abcès froid. — Le traitement n'a rien de spécial; c'est celui de la syphilis tertiaire.