

§ 6. — Affections des ganglions du cou

Bibliographie. — 1^o *Néoplasmes.* — BÉRARD, *Gaz. des Hôp.*, 1845. — GUERSANT, *Ibid.*, 1845 et 1846. — WAGNER, in *Deutsche klinik*, 1853. — HUGUIER, *Soc. de chir.*, 1853 et 1854. — LANNELONGUE et CASTIAUX, in *Soc. anat.*, 1872. — TRÉLAT, in *Gaz. hebdom.*, 1872, p. 22. — LANGHANS, in *Arch. de Virchow*, t. LIV, 1872. — LUCKE, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1873, p. 242. — V. WINIVARTER, in *Arch. de Langenbeck*, t. XVIII, 1875. — POULET, in *Soc. de chir.*, 1877. — CHAMBARD, in *Revue mensuelle*, 1880. — LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 279. — VOLKMANN, in *Centr. f. Chir.*, 1882. — BRAUN, in *Arch. de Langenbeck*, t. XXVIII, p. 356. — RIEDEL, in *Deutsche Chir.*, Lief. 36, 1882 (Bibliogr.).

Thèses de Paris. — 1855, BONNAUD. — 1874, BERGERON (Agrég.). — 1874, GOGLIOSO. — 1875, REY. — 1878, HUMBERT (Agrég.). — 1884, TOSTAIN.

2^o *Tuberculose.* — VELPEAU, in *Arch. gén. de méd.*, 1836 et *Méd. opér.*, t. III et *Clin. chir.*, 1841. — LARREY, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 271, 1852. — GUERSANT, *Bull. de thérap.*, t. LXIV, p. 348, 1863. — WAIZ, *Arch. de Langenbeck*, 1877, t. XXI. — KRÖNLEIN, *Ibid.*, (Suppl.). — NEUBER, *Ibid.*, t. XXVI, p. 88, 1881. — RIEDEL, in *Deutsche Chirurgie de Billroth et Lucke*, Lief 36 (Bibliogr. très complète). — KOCHER, in *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1883. — *Soc. de chir.*, 1884 (POULET, CAZIN). — POULET, in *Arch. de méd. milit.* 1884, t. III.

Thèses de Paris. — 1862, GEY (Strasb.), VISCARO. — 1857, ROUX. — 1859, CAUBÈRE. — 1867, CORNAY, ROSSET. — 1868, LAVAT (Strasb.). — 1872, LAMBRY, BERGERON (Agr.), LEGENDRE. — 1873, BOUHEBEN. — 1874, LAUZERAL. — 1875, MONART. — 1876, DELIGNY. — 1877, HERVOUET.

Considérations générales. — Il n'entre pas dans notre plan de décrire en détail les nombreuses maladies qui peuvent intéresser les ganglions cervicaux ; ce serait reproduire ici ce que nous avons dit ailleurs des diverses adénopathies, car les ganglions du cou ont toujours servi de type à nos descriptions.

On y rencontre des adénites aiguës et chroniques, des adéno-phlegmons, des néoplasmes. L'adéno-phlegmon succède presque constamment à une irritation périphérique, à une angine grave ; dans cet ordre d'idées il convient de faire une place spéciale à l'adéno-phlegmon de la scarlatine.

Les adénopathies se divisent en deux groupes, suivant qu'elles sont primitives ou secondaires ; les premières, beaucoup plus rares que les autres, ne comprennent qu'un petit nombre de lymphomes, de sarcomes et de carcinomes. Les altérations secondaires des ganglions résultent en général de la propagation d'une altération périphérique de même nature. Qu'il suffise de rappeler ici les adénopathies néoplasiques, syphilitiques, etc.

Quelques auteurs admettent un troisième groupe comprenant les altérations qui peuvent être indifféremment primitives ou secondaires. A cette variété ils ont rapporté l'adénopathie leucémique, le lymphome malin, la tuberculose des ganglions ; pour nous, cette distinction n'aurait pas sa raison d'être. Le bacille tuberculeux, pas plus que les autres virus, ne jouit de la propriété de se développer primitivement dans les ganglions, et il a dû y être apporté le plus souvent, sinon toujours, par la voie lymphatique. De même le lymphadénome reconnaîtrait pour origine une altération dans les réseaux lymphatiques.

Dès lors l'hypertrophie simple idiopathique encore admise par les auteurs n'existerait pas ; l'hypertrophie n'est qu'un symptôme qui correspond à plusieurs maladies, et les recherches modernes ont montré que dans plus d'un cas il s'agissait d'une manifestation lente, chronique, de la tuberculose. Il faut également rayer du cadre nosologique des entités morbides propres, l'adénite cervicale militaire. L'anatomie pathologique, les inoculations, la recherche des bacilles ont montré à KIENER et POULET qu'il n'y avait aucun doute à avoir sur la nature tuberculeuse de cette altération décrite par les chirurgiens militaires français, H. LARREY entre autres.

1^o AFFECTIONS PRIMITIVES DES GANGLIONS

Sarcomes. — La plupart des auteurs français et étrangers admettent l'existence du sarcome primitif des ganglions du cou. Cette affection est souvent désignée sous le nom de *lympho-sarcome malin*. On trouve dans le ganglion qui se tuméfie de bonne heure les cellules lymphatiques ordinaires ou des cellules rondes plus volumineuses. Bientôt le néoplasme ne reste pas confiné dans la capsule du ganglion outre mesure distendue et bosselée ; il la traverse, se répand dans les tissus ambiants qu'il infiltre à la façon de tous les sarcomes. Les ganglions voisins sont fréquemment intéressés à leur tour, de même qu'on voit des tumeurs secondaires, molles, envahir le poumon, la rate, etc. La mort en est donc la conséquence à brève échéance, car elle arrive habituellement en moins d'un an. A la fin de la vie les tumeurs se modifient, se ramollissent. La thérapeutique reste absolument impuissante jusqu'ici ; il n'est même pas prouvé que l'intervention ne donne pas un coup de fouet au néoplasme.

On a décrit d'autres formes du lympho-sarcome un peu moins malignes, à marche plus lente. Assez longtemps limitée à un ganglion, l'affection ne devient envahissante qu'au bout de deux ou trois ans ; l'extirpation au début est possible. Ajoutons enfin que certains auteurs ne distinguent pas nettement le lymphadénome et le sarcome ganglionnaire. Les préparations arsenicales et phosphorées préconisées contre ces tumeurs sont très inconstantes dans leurs effets.

Carcinome. — L'existence de cette variété est des plus contestables ; il n'existe dans la science qu'un très petit nombre d'exemples ; encore ne peut-on dans tous les cas affirmer leur authenticité.

2^o AFFECTIONS SECONDAIRES DES GANGLIONS

Le *sarcome* secondaire des ganglions est rare, ce qui s'explique facilement si l'on se rappelle la faible tendance du sarcome à se propager par les lymphatiques. Si l'on considère le lymphome malin, le lymphadénome comme faisant partie du groupe des sarcomes, il y aurait lieu d'élargir le cadre de ces tumeurs. RIEDEL en décrit d'assez nombreuses variétés. En dehors du sarcome

vrai, il admet l'adénie leucémique qui forme au cou des tumeurs très volumineuses, le lymphome malin décrit par LANGHANS, VIRCHOW, WINIVARTER et



Fig. 166. — Lympho-sarcome du cou.

dont il existerait deux variétés : l'une molle, extrêmement infiltrante ; l'autre dure, caractérisée par sa tendance marquée à la périadénite chronique et à la

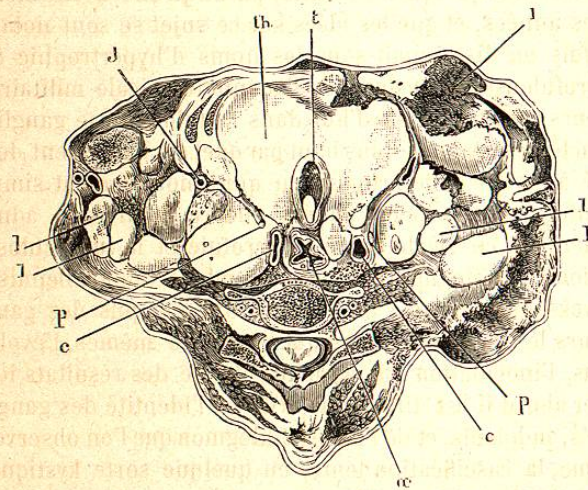


Fig. 167. — Coupe d'un lympho-sarcome malin du cou (d'après BRAUN.) — *t*, trachée, — *th*, corps thyroïde, — *a*, œsophage, — *c*, carotide, — *p*, pneumogastrique, — *l*, ganglions lymphatiques malades, — *j*, jugulaire.

formation d'une véritable capsule périphérique. Après une période d'indolence et d'évolution lente, la tumeur augmente, les deux côtés du cou se

prennent (fig. 166), d'autres néoplasmes de même nature apparaissent dans les viscères. Ces masses ganglionnaires volumineuses finissent tôt ou tard par déterminer des phénomènes compressifs persistants, accidents qui accélèrent encore la cachexie (fig. 167). RIEDEL ne serait pas éloigné de rattacher le lymphome malin à la malaria (?). Nous pensons qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention en pareil cas, et recourir aux préparations arsenicales et phosphorées.

Le *carcinome* secondaire est très fréquent, qu'il s'agisse de l'épithéliome ou de l'encéphaloïde. Tout le monde connaît l'importance de l'adénopathie dans le pronostic de l'épithélioma des lèvres, des joues, de la langue, du pharynx. C'est toujours un symptôme fâcheux ; elle est en effet un terrain tout préparé pour les récidives à distance. Rappelons la tendance de ces ganglions au ramollissement central et à leur dégénération ; peu à peu ils ulcèrent la peau, leur contenu se vide ; il en résulte des ulcérations de mauvaise nature qui sécrètent un ichor fétide. Dès que les ganglions sont ouverts, la cachexie n'est pas éloignée. Quelquefois ces tumeurs suppurent ; on a dans nombre de cas signalé des érysipèles graves, qui amènent momentanément la flétrissure de l'épithélioma. L'extirpation hâtive, totale, quand elle est possible, constitue le seul traitement qui convienne à ce genre de néoplasmes.

3^e TUBERCULOSE DES GANGLIONS CERVICAUX

Cette affection extrêmement commune, surtout de quinze à trente ans, mérite de nous retenir quelques instants, parce qu'elle a été bien étudiée dans ces dernières années, et que les idées sur ce sujet se sont notablement modifiées. Autrefois on distinguait sous les noms d'hypertrophie des ganglions, d'adénite scrofuleuse ou écrouelles, d'adénite cervicale militaire, etc., tout ce que les auteurs rangent aujourd'hui dans la tuberculose ganglionnaire. Nous avons succinctement rappelé plus haut par quel enchaînement de circonstances on est arrivé à établir cette proposition qui a notablement simplifié l'histoire des adénopathies. Il y a peu d'années encore la division admise depuis le commencement de ce siècle entre la scrofule et la tuberculose reposait sur des distinctions histologiques d'une très mince valeur. Depuis cette époque, CORNIL et BABÈS ont retrouvé les bacilles dans le pus des ganglions scrofuleux ; d'ailleurs les lésions histologiques sont les mêmes, l'évolution clinique ne diffère pas, l'inoculation aux animaux donne des résultats identiques.

Au premier abord il est difficile de croire à l'identité des ganglions indurés, hypertrophiés, indolents, et de l'adéno-phlegmon que l'on observe dans d'autres cas ; de même, la caséification lente, en quelque sorte kystique du ganglion qui aboutit à la fonte de l'organe avec ulcération lente de la peau, ne ressemble en aucune façon à cette forme inflammatoire. Aujourd'hui, grâce à une connaissance plus exacte des formes et des degrés de la tuberculose dans les principaux organes, cette diversité d'aspect, d'allures, surprend moins ; l'on retrouve cliniquement et anatomiquement tous les intermédiaires.

Conformément à la loi de VELPEAU, l'agent pénètre par les réseaux périphé-

riques; les muqueuses et la peau constituent, surtout quand elles sont malades, desquamées, quand elles présentent une brèche, une voie d'absorption pour la plupart des agents morbides. Contrairement à ce qui a été observé pour d'autres virus, l'altération superficielle est ordinairement silencieuse, et nous ne sommes le plus souvent avertis de la présence du bacille dans l'organisme que par l'adénopathie.

Le ganglion joue par rapport au bacille le rôle de barrière, et celui-ci s'y cantonne. De là l'adénite monoganglionnaire qui peut devenir un foyer nouveau, infectant à son tour les ganglions voisins (adénite polyganglionnaire). Habituellement le point de pénétration est invisible, car il n'y a pas un chancre comme dans la syphilis; sans doute plusieurs foyers existent en même temps, ce qui explique la polyadénite que l'on rencontre dans certains cas. Les ganglions sous-maxillaires, carotidiens, sterno-mastoidiens, sus-claviculaires sont les plus fréquemment intéressés.

Au début, le ganglion tuberculeux s'hypertrophie; son volume double, triple ou quadruple lentement, sans douleur, sans fièvre. A ce moment le tissu du ganglion est uniformément rouge grisâtre, sans aucun point caséux; néanmoins l'histologie y révèle déjà les lésions primordiales du tubercule. L'affection peut rester stationnaire et même guérir par le fait de la mort des germes ou de leur enkystement.

Cependant si le sujet présente quelque prédisposition, un terrain favorable, le ganglion hypertrophié se modifie; on voit apparaître çà et là dans son épaisseur quelques foyers opaques d'abord miliaires, visibles seulement à la loupe, puis plus tard des taches grosses comme un grain de mil, opalines ou jaunâtres au centre: c'est le début de la caséification. Devenues confluentes, les granulations altèrent de plus en plus le parenchyme, finissent par le transformer en un véritable amas caséux, tantôt jaune et résistant comme le tissu d'un marron d'Inde, tantôt ramolli au centre, en quelque sorte abcédé. On trouve plus rarement la transformation kystique. Pendant que ces phénomènes se passent dans l'épaisseur de la glande, le tissu ambiant réagit à sa manière; souvent il s'épaissit, en formant une véritable capsule périphérique. La guérison est encore possible à cette période, le ganglion s'atrophie, s'indure, parfois se crétifie, les germes perdent leur activité, les produits nécrobiotiques sont résorbés.

D'autres fois l'induration s'étend aux tissus périphériques superficiels, la peau devient adhérente à la tumeur et peu à peu, par l'action du tubercule, la cloison s'amincit, bleuit, s'acumine, se crève en donnant issue à un pus grumeleux, caséux; alors commence la période fistuleuse d'ordinaire très longue. L'élimination du foyer malade est cependant un mode de terminaison vulgaire. Il s'en faut que les tissus ambiants offrent toujours cette indifférence à l'égard des ganglions tuberculeux. Le tissu cellulaire réagit énergiquement dans bon nombre de cas, et l'on voit se développer un adéno-phlegmon circonscrit, quelquefois diffus, qui évolue vers la suppuration. Le pus franchement phlegmoneux se fait jour au dehors; la transformation fistuleuse avec ulcération de la peau est la règle. Habituellement ces phlegmons procèdent par poussées successives d'une longue durée. La guérison, assez fréquente, survient

par suite de l'amélioration de l'état général et de l'élimination des produits caséux. Les cicatrices consécutives sont difformes, vicieuses.

A côté de ces terminaisons que l'on peut considérer comme favorables, il en est d'autres moins avantageuses. Nous avons déjà signalé la terminaison par fistule qui constitue une réelle infirmité fort disgracieuse, mais il ne faut pas oublier que la présence du virus tuberculeux dans l'économie expose constamment le malade à la généralisation. La phtisie coïncide souvent avec l'adénite tuberculeuse, comme LOUIS, CRUVEILHIER, l'avaient remarqué; la granulie en est quelquefois la conséquence ultime. Ajoutons qu'on a noté dans quelques cas l'ulcération des vaisseaux du cou et la production d'hémorragies foudroyantes; il en a été question ailleurs.

Diagnostic. — Avant tout il faut savoir discerner les néoplasmes d'origine ganglionnaire des autres; lorsque les tumeurs sont multiples, en chapelet, qu'elles occupent l'angle de la mâchoire, la région carotidienne, lorsqu'enfin il est possible de les rattacher à une lésion périphérique, l'origine ganglionnaire ne saurait être douteuse. Il n'en est pas toujours ainsi, car maintes fois le diagnostic reste hésitant. Les commémoratifs, l'âge du sujet, les rapports de la tumeur, son évolution, sa consistance, la coïncidence de néoplasmes semblables dans des régions éloignées, sont autant d'éléments précieux pour le diagnostic.

L'adénite tuberculeuse, la plus commune, ne peut être confondue avec d'autres affections, si ce n'est au début, parce qu'alors ses symptômes, presque tous négatifs, ne diffèrent en rien de ceux des néoplasmes malins à la période initiale. Ces méprises sont d'autant plus regrettables qu'elles conduisent à une abstention dont les suites sont loin d'être indifférentes.

Traitement. — L'influence du terrain et du milieu a tant d'importance dans l'évolution de la tuberculose ganglionnaire, que nous n'hésitons pas à mettre au premier rang le traitement général, non seulement comme moyen prophylactique, mais aussi comme moyen curatif. Reconstituer l'organisme et le séparer du milieu infecté, telles sont les deux indications primordiales.

Si l'affection ne cède pas, si les moyens qui précèdent ne sont pas pratiques, ce qui est trop souvent la règle, quelle conduite faut-il suivre? Ici plusieurs cas se présentent; 1° le ganglion paraît simplement hypertrophié; 2° l'adénite est caséuse; 3° il existe des accidents inflammatoires; 4° la terminaison fistuleuse est établie.

1° Nous ne citerons que pour mémoire les révulsifs de tout genre; s'ils font prendre patience aux malades, ils n'ont habituellement aucun effet utile; peut-être favorisent-ils la suppuration et activent-ils ainsi la marche de la maladie. Si les injections résolutes de HUETER (acide phénique à 3 p. 100) ne réussissent pas, du moins elles sont sans inconvénients; il n'en est plus de même des injections de chlorure de zinc qui bien fréquemment provoquent l'adéno-phlegmon. Les médications internes, l'iodure de potassium sont inefficaces; la compression présente trop de difficultés dans son exécution pour être utile. Les deux principales indications au début sont: 1° empêcher l'évolution de l'adénite tuberculeuse en agissant sur l'état général d'une part, en déplaçant le malade de l'autre; 2° à défaut de médication spécifique, extirper les ganglions.

2° Si le ganglion est caséux, ramolli à son centre, adhérent à la peau, que convient-il de faire? Faut-il encore chercher la résolution? Nous ne le pensons pas, car l'ulcération de la peau est certaine; pour éviter des cicatrices vicieuses, mieux vaut intervenir. Si la poche devient fluctuante, on peut la vider au moyen d'une ponction, puis modifier la paroi de la cavité par des injections détersives, antiseptiques ou légèrement caustiques; la petite plaie sera ensuite recouverte de collodion et l'on exercera à son niveau une douce pression avec de l'ouate. Ce moyen réussit mais expose aux récives. L'évacuation simple au bistouri est souvent suivie de fistules. Le drainage, le séton filiforme, et d'une façon générale toutes les méthodes de traitement des abcès froids, sont beaucoup inférieures au raclage de la cavité avec la curette de VOLKMANN, qui donne en pareil cas d'excellents résultats. Il est préférable assurément à l'extirpation.

3° Dès qu'une adénite tuberculeuse devient rouge, chaude, tendue, dès qu'il y a du gonflement, de la fièvre, on sera en droit de soupçonner le début d'un adéno-phlegmon. En pareil cas les antiphlogistiques ne sont pas d'une grande utilité; mieux vaut assurément appliquer des émollients, des cataplasmes, ouvrir largement, antiseptiquement le phlegmon lorsque le pus est collecté; au besoin on curera avec la cuiller tranchante les parois de l'abcès, la coque ganglionnaire.

4° Enfin, semblable intervention sera encore utile à la période fistuleuse; le curage doit être préféré à l'extirpation qui devient plus difficile, dangereuse, par suite des adhérences établies entre la tumeur et les organes voisins.

Pratiqués d'une façon courante en Allemagne, l'extirpation et le curage constituent deux procédés différents qu'il conviendrait de séparer. L'extirpation donne des résultats rapides et brillants quand on opère de bonne heure; au contraire, le curage nous a paru bien préférable lorsque les ganglions sont ramollis ou enkystés. Les résultats opératoires assez nombreux permettent d'apprécier la valeur de la méthode. Tout d'abord elle n'est pas aussi inoffensive que le croyait H. LARREY. ROUX a perdu un malade par suite de l'entrée de l'air dans une veine; BILLROTH, FISCHER CAZIN, ont compté quelques cas de mort par le fait de l'opération, et l'un de nous perdit un malade quinze jours après la ligature de la carotide primitive pour une hémorragie septicémique.

Eu égard aux résultats définitifs, la statistique de FISCHER recueillie par KRISH montre que sur quatre-vingt-douze opérés, il y a eu 35 p. 100 de guérisons complètes et 44 p. 100 de guérisons incomplètes, dont vingt-deux récives. Seize opérés sont morts, dont trois des suites de l'opération et trois de tuberculose: sans doute ces résultats ainsi que ceux de KOCHER ne sont pas parfaits, mais la fréquence des récives tient en grande partie à ce que les opérés guéris de leur ganglions ne sont pas guéris de leur misère, et que plongés de nouveau dans le foyer où ils s'étaient contaminés, l'affection reparait; les mêmes causes reproduisent les mêmes effets. Ce qui le prouve, c'est que CAZIN qui opérait au bord de la mer sur les écrouelleux de Paris obtint des résultats beaucoup plus favorables: rapidité de la cure, persistance des guérisons, diminution notable de la durée du traitement et des terminaisons par phthisie pul-

monaire, tels sont les avantages que le chirurgien de Berck-sur-Mer attribue à l'extirpation des ganglions.

Cependant la Société de chirurgie de Paris (1884) s'est prononcée nettement contre l'intervention chirurgicale à propos d'un fait communiqué par l'un de nous, et seul TRÉLAT s'est élevé contre la proscription excessive d'une opération à laquelle il a recours dans quelques circonstances.

CHAPITRE II

MALADIES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

§ 1^{er}. — Plaies

Nous n'aurons en vue en étudiant les plaies de la région parotidienne que les particularités propres à la région: elles sont au nombre de trois: 1° la présence de la glande qui expose aux fistules salivaires; 2° la section des filets moteurs et sensitifs et surtout ceux du facial; 3° l'éventualité d'hémorragies redoutables à cause de l'importance des vaisseaux et de la difficulté de l'hémostase.

L'écoulement de salive n'est pas constant; quand il se produit on ne le constate ordinairement qu'après la période inflammatoire. D'abord mélangée au sang et au pus, la salive limpide et fluide sort ensuite très claire avec des intermittences et une suractivité manifeste au moment des repas. Le traitement sera exposé à propos des fistules salivaires.

Toute plaie un peu profonde de la région parotidienne intéresse nécessairement les filets du facial, du plexus cervical et de l'auriculo-temporal; de là des paralysies et des anesthésies qui ne sont définitives que dans les cas où les nerfs ont été détruits sur une assez grande étendue, à la suite des plaies par armes à feu par exemple.

L'hémostase est toujours une question délicate; la recherche des deux bouts du vaisseau divisé présente souvent de telles difficultés qu'on a donné le conseil de lier le tronc de la carotide externe, et au besoin celui de la carotide primitive si l'hémorragie continuait par la circulation collatérale. Nous pensons qu'il vaut mieux débrider largement pour assurer directement par la ligature l'hémostase des deux bouts sectionnés. Si l'on ne peut y parvenir, on appliquera des pinces hémostatiques, bien préférables à la compression simple qui ne conviendrait que pour la transversale de la face. Il n'est pas impossible d'ailleurs de reconnaître si la lésion intéresse la carotide externe ou l'interne. Le pouls temporal disparaît dans le premier cas, persiste dans le second. On connaît deux cas d'anévrysme artério-veineux, l'un produit par un fragment de verre, l'autre par un coup de sabre.