

*mon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac.* Les symptômes sont à peu près les mêmes, mais le gonflement occupe la partie la plus reculée de la région sus-hyoïdienne latérale; il paraît fixé sous l'angle de la mâchoire; enfin la mastication, la déglutition, la phonation sont plus sérieusement entravées et le trismus est précoce et constant. On devra songer ici à l'éruption difficile de la *dent de sagesse*.

On peut observer un adéno-phlegmon de la région sus-hyoïdienne médiane, le diagnostic en est facile, une lésion de la lèvre inférieure, des téguments sus-hyoïdiens, en expliquent l'origine.

Dans la *région sous-hyoïdienne*, on trouve parfois, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, du gonflement, de la rougeur, de la fluctuation vers le bord supérieur du cartilage thyroïde, il y a de plus des troubles laryngés: aphonie, dyspnée, accès de suffocation qui priment les symptômes inflammatoires.

Dans ces circonstances, on doit porter le doigt dans le pharynx, en suivant la face dorsale de la portion verticale de la langue et si on sent, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte, une tuméfaction œdémateuse, parfois une fluctuation nette, le diagnostic s'impose: il s'agit d'un *abcès de l'espace thyro-hyoïdien*, d'un *phlegmon de la loge thyro-épiglottique* et l'interrogatoire permettra de reconnaître quelquefois, comme cause de maladie, une affection du larynx, de la langue, ou du corps thyroïde.

Voici maintenant un malade qui, il y a vingt-quatre ou trente-six heures, a été pris brusquement de fièvre, quelquefois de frissons, et a éprouvé, en même temps, une douleur siégeant soit sur un des côtés de la trachée soit sur les deux à la fois (ce qui est plus rare), douleur exaspérée par le moindre mouvement et surtout par la déglutition; il faut immédiatement penser à une *thyroïdite*. Cette hypothèse sera vite confirmée si, en examinant le malade, on rencontre une tuméfaction bilatérale mais plus fréquemment unilatérale du corps thyroïde, dont elle reproduit la forme, tuméfaction soulevée par les battements de la carotide, suivant le larynx, recouverte par une peau tendue mais saine et de couleur normale, sillonnée de veines dilatées, et à tra-

vers laquelle on sent une tumeur dure et élastique; enfin à ces symptômes se joignent de la dyspnée, parfois une toux sèche et fréquente amenant une expectoration sanguinolente, de la raucité de la voix. Il est à remarquer que, si la tumeur ne suit pas le larynx dans les mouvements de la déglutition, le diagnostic ne saurait, pour cela, être hésitant, car il y a souvent de la péri-thyroïdite, immobilisant la tumeur, qui recouvre sa mobilité, si la guérison a lieu. Pour affirmer la suppuration, le clinicien s'appuiera sur le redoublement des douleurs et de la fièvre, l'empatement de la peau, sur l'augmentation de la dyspnée car il ne doit pas s'attendre à trouver la fluctuation, ce qui tient à ce que, quand le foyer purulent est formé, il n'est guère facile de fixer la poche sur les parties profondes, mobiles.

On ne confondra pas la thyroïdite aiguë avec une autre affection, on connaît cependant un cas de sarcome du corps thyroïde où Billoth incisa la tumeur, croyant avoir affaire à un abcès.

Les *adéno-phlegmons de la région sterno-mastoïdienne* sont d'un diagnostic facile. Dès qu'une inflammation s'y développe, le sterno-mastoïdien se contracture et donne lieu à un torticolis symptomatique. On distingue, dans la région qui nous occupe deux variétés de phlegmon sous-aponévrotique qu'on peut, nous semble-t-il, assez facilement différencier. Dans l'une il s'agit d'un adéno-phlegmon de la gaine qui reconnaît pour origine (Tillaux), l'inflammation d'un ganglion lymphatique occupant la partie supérieure de cette gaine et recevant les vaisseaux blancs de la région rétro-auriculaire; dans l'autre, d'un adéno-phlegmon siégeant en dehors de la gaine, sous le muscle.

Si on se trouve en face d'un malade présentant un gonflement fusiforme de la région sterno-mastoïdienne, gonflement accompagné des symptômes d'une inflammation aiguë, faisant corps avec le muscle qu'il est impossible d'en distinguer, il est bien probable qu'on a affaire à un phlegmon de la gaine. Celle-ci empêche le pus qui s'est collecté sous elle de sortir de la loge, aussi est-ce à la partie inférieure du sterno-mastoïdien là où l'aponévrose s'amincit, qu'il vient faire saillie sous la peau.

C'est dans cette variété surtout qu'il faut examiner soigneusement l'oreille moyenne, l'apophyse mastoïde. On sait que la trépanation spontanée de cette apophyse enflammée peut se faire au niveau de son sommet ou de sa face interne; le pus contenu dans les cellules, fuse dans la gaine du sterno-mastoïdien et donne lieu à un ensemble symptomatique analogue à celui du phlegmon simple de la gaine.

Les *adéno-phlegmons sous-sterno-mastoïdiens* se reconnaissent, à leur début, à ce que le muscle qui les recouvre peut être senti à la surface de la masse inflammatoire, ce n'est que quand l'empâtement périphérique est considérable que le muscle fait corps avec le gonflement sous-jacent. Ces adéno-phlegmons, pour peu qu'ils soient développés, dépassent les limites de la région, aussi n'est-il pas rare d'observer des troubles de la déglutition, plus rarement de la respiration ou de la phonation. Le plus souvent le phlegmon suppure, le clinicien doit savoir que la fluctuation est ici souvent douteuse, que si l'adéno-phlegmon s'ouvre, dans le plus grand nombre des cas, vers le bord postérieur du muscle, fusant dans la région sus-claviculaire, il ne faut pas négliger l'examen de l'aisselle, le pus pouvant suivre les cordons du plexus brachial, celui du pharynx où il peut faire irruption. Les symptômes de dysphagie, de dyspnée, s'accusant quelque temps après le début de la maladie, doivent faire craindre une ouverture dans l'œsophage ou la trachée.

Si les choses en arrivent là, on ne peut guère conserver le nom d'adéno-phlegmon sous-sterno-mastoïdien à l'affection devant laquelle on se trouve; l'inflammation est diffuse, et c'est plutôt d'un phlegmon large qu'il s'agit.

Les *inflammations sous-aponévrotiques diffuses du cou*, siègent soit entre l'aponévrose superficielle et l'aponévrose moyenne, soit dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve derrière cette aponévrose et au milieu duquel sont plongés le conduit laryngo-trachéal, le pharynx, l'œsophage, les gros vaisseaux et des ganglions lymphatiques extrêmement nombreux.

Si on se trouve en présence d'un malade qui, à la suite d'un mal de gorge ayant donné lieu tout d'abord à un gonflement limité à l'un des côtés du cou, présente une tuméfaction qui

s'étend à toute une moitié de cette région, tuméfaction dure ligneuse, englobant les saillies musculaires, recouverte quelquefois de téguments d'un rouge livide; accompagnée de phénomènes généraux graves, si surtout la respiration reste libre il est permis de poser le diagnostic de phlegmon large du cou, développé entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose superficielle.

Si, avec le même cortège de symptômes généraux, on observe des signes de compression de la trachée et de l'œsophage, du nerf récurrent (voix bisonnale), du grand sympathique (dilatation ou rétrécissement de la pupille, etc.), de la jugulaire interne (dilatation des réseaux veineux superficiels œdème de la face), si surtout, nous le répétons, on observe une dyspnée très intense qui nécessite parfois, dès le début de l'affection, la trachéotomie, il est rationnel de dire qu'on a affaire à un phlegmon diffus profond, siégeant en arrière de l'aponévrose moyenne.

Il n'est pas toujours possible de distinguer ces deux variétés l'une de l'autre d'autant que, même dans le phlegmon large, la dyspnée peut exister aussi bien que dans le phlegmon diffus profond, quoique beaucoup plus rarement, et que, pas plus dans l'un que dans l'autre, on ne peut compter sur la fluctuation, le pus restant pendant longtemps infiltré et les malades succombant avant qu'il soit collecté.

Il faut, dans les inflammations diffuses du cou qui revêtent souvent la forme gangréneuse, examiner la cavité buccale le pharynx, les amygdales d'où provient le plus souvent la cause initiale de la maladie. On ne doit point donner à ces inflammations diffuses le nom d'angine de Ludwig, affection dont on a tant parlé dans ces derniers temps; l'angine de Ludwig peut se compliquer de phlegmon diffus, gangréneux même du cou, mais la lésion première c'est l'inflammation du plancher de la bouche, l'abcès sous-lingual.

Nous devons signaler, en terminant ce chapitre, les phlegmons du cou, de siège variable qui se développent autour de ganglions dégénérés, à la suite des épithéliomas de la cavité bucco-pharyngienne; signalés par Th. Auger (th. agrég. 1872) on les explique bien aujourd'hui, par les infections secondaires, si fréquentes dans les cancers ulcérés de cette région.

## DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COU

**Affections chroniques.** — Les affections chroniques du cou se manifestent au clinicien par des déformations qui sautent aux yeux et qui permettent de les diviser au premier abord en deux classes : ce sont ou des attitudes vicieuses qui inclinent la tête d'une façon fixe et anormale sur le cou ; ces maladies ont reçu le nom *torticolis* ou des tuméfactions qui font saillie et détruisent la configuration extérieure de la région, ce sont les *tumeurs du cou* dont le nombre et la variété sont considérables.

Ces tumeurs, disons-le de suite, doivent être, pour la facilité du diagnostic, divisées en deux catégories suivant qu'elles sont situées sur la ligne médiane ou sur les parties latérales.

Le corps thyroïde est en effet le siège de néoplasies qui réclament une étude spéciale, nous ferons donc à part le diagnostic des *tumeurs du corps thyroïde*.

## DIAGNOSTIC DU TORTICOLIS

Occupons-nous d'abord de l'*attitude vicieuse* présentée par un malade atteint de torticolis.

La première chose à faire est d'examiner le cou pour constater si la situation anormale de la tête n'est pas due à une rétraction de la peau cicatrisée vicieusement.

Le torticolis cicatriciel succède d'ordinaire aux brûlures, est facile à reconnaître et nous n'avons pas à y insister. Il est donc bien vite écarté et le clinicien doit alors se demander s'il est en présence d'une affection aiguë ou d'une maladie ayant une marche chronique.

Le malade interrogé répond que c'est en se réveillant le matin qu'il a eu de vives douleurs et qu'il s'est aperçu de la situation penchée de sa tête. On examine la région, on voit qu'il y a un ou plusieurs muscles contracturés, que la pression à leur niveau est très sensible ; on est en présence d'un *torticolis aigu*, dit encore *passager* ou *rhumatismal*.

On doit alors chercher quel est le muscle malade c'est

presque toujours le sterno-mastoïdien qui incline la tête sur l'épaule de son côté en tournant la face du côté opposé. Quelquefois le trapèze est aussi atteint. Quelquefois encore la lésion est bilatérale et la tête est infléchie en avant ou rejetée en arrière suivant que les sterno-mastoïdiens ou les deux parties symétriques du muscle trapèze sont pris.

Mais cela ne suffit pas ; la contracture a pu être causée par une lésion musculaire seule ; c'est le cas le plus fréquent ; mais le muscle et notamment le sterno-mastoïdien peut être impressionné secondairement soit par exemple par une adénite aiguë des ganglions cervicaux qu'il recouvre, soit par une ostéite de la mastoïde au niveau du point sur lequel il s'insère ; on devra donc toujours rechercher, si ces ganglions sont tuméfiés, si la mastoïde est douloureuse à la pression et s'il n'y a pas d'écoulement par l'oreille.

Il existe encore d'autres lésions qui peuvent être confondues avec le torticolis musculaire rhumatismal c'est l'arthrite non tuberculeuse de la colonne cervicale. Celle-ci a un début brusque, fixe aussi le cou dans une situation vicieuse et s'accompagne de douleurs violentes. Elle ne sera donc pas prise pour un mal sous-occipital dont la marche est si lente et sur l'étude duquel nous reviendrons plus loin. Cette arthrite rhumatismale sera différenciée du torticolis essentiellement musculaire à ce caractère qu'un palper attentif permet de reconnaître une lésion articulaire. Des pressions méthodiques faites au niveau des masses latérales des vertèbres notamment entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicales déterminent des douleurs vives ; de plus, l'élément fébrile a une plus grande importance que dans la myosite du sterno-mastoïdien et il n'est pas rare de constater un peu d'arthrite soit des lombes, soit des articulations des membres.

Il est bien entendu que lorsque le malade donnera pour cause à un torticolis ayant débuté brusquement, un traumatisme violent, on songera à une entorse des vertèbres cervicales et même à une luxation unilatérale possible, mais dans ce cas la situation de la tête n'est pas celle obtenue par la contraction du sterno-mastoïdien et de plus les lésions sont beaucoup plus graves quand les surfaces articulaires ne sont

plus en rapport ; nous nous sommes expliqués à ce sujet en parlant des traumatismes du cou.

Le *torticolis intermittent*, dit encore *spasmodique*, est facile aussi à diagnostiquer à cause même des accès qu'il présente.

Voici comment se produisent ces accès d'après la description de M. Tillaux. « Le malade est couché et la tête repose à plat sur l'oreiller ; il n'existe alors aucune déviation. Vient-il à s'asseoir de telle sorte que la tête ne soit plus soutenue ; celle-ci perd aussitôt son équilibre ; on la voit d'abord s'incliner latéralement et se porter ensuite en rotation. L'attitude vicieuse persiste tant que la tête n'est pas ramenée à sa position normale et on l'y ramène facilement sans effort, pour la voir retomber aussitôt qu'on l'abandonne. »

Il nous reste à étudier le diagnostic du *torticolis chronique* ou *permanent*. Celui-ci est encore appelé *torticolis par rétraction* et ne sera pas confondu avec le *torticolis permanent par paralysie*, affection rarissime si elle existe et qui sera facilement reconnue à ce caractère que la tête est penchée du côté opposé au côté malade et qu'il est facile de la ramener à sa situation normale.

La première chose que le clinicien a à faire quand il se trouve en présence d'un *torticolis chronique*, c'est de chercher si la cause de l'attitude vicieuse réside dans les muscles ou dans le squelette, c'est-à-dire de faire le diagnostic de *torticolis musculaire* ou de *torticolis osseux*. Ces deux affections si dissemblables par leur pronostic et leur traitement ont en effet des caractères communs. La tête dans ces deux lésions peut être en effet penchée sur le cou avec rotation de la face du côté opposé, l'épaule peut être soulevée du côté malade. La ligne médiane de la face prolongée sur le thorax vient couper la clavicule opposée au côté malade plus ou moins près de sa partie moyenne ; il peut y avoir de la diplopie. La réduction de la difformité est impossible dans les deux cas. Le *torticolis osseux*, qui n'est autre qu'une forme de mal de Pott dite *mal sous-occipital*, se reconnaît cependant à des symptômes particuliers qui sont les suivants : tandis que dans le *torticolis musculaire* les mouvements de flexion, d'extension et de *rotation* de la tête sur le cou sont possibles, dans le *torticolis osseux* l'extrémité céphalique est

comme immobilisée dans l'attitude vicieuse, on ne peut leur faire subir que quelques légers déplacements et ces tentatives sont douloureuses. On constate aussi de la tuméfaction à la région de la nuque, tuméfaction siégeant du côté de la difformité et correspondant à des points douloureux à la pression. Ces points douloureux ne siègent pas sur les apophyses épineuses, mais bien au niveau des masses latérales des deux premières vertèbres ou des apophyses transverses du côté malade. Dans certains cas on peut même reconnaître de la fluctuation correspondant au point tuméfié, c'est un abcès par congestion et lorsqu'on pratique le toucher pharyngien, ce qu'on ne devra jamais omettre, on peut reconnaître ou une collection purulente de la paroi postérieure du pharynx ou même une saillie osseuse placée au niveau des premières vertèbres cervicales. Enfin les antécédents et l'examen des systèmes organiques décèleront parfois la tuberculose.

Dans le *torticolis musculaire* par rétraction du sterno-mastoïdien, l'attitude qui était variable dans le *torticolis osseux* est ici toujours la même : inclinaison de la tête du côté du muscle rétracté avec rotation de la face du côté opposé ; les mouvements ne sont jamais douloureux, pas plus que les pressions sur quelques parties du cou qu'on les exerce. Enfin on constate une asymétrie marquée de la face se traduisant par une atrophie de tout le côté malade ; c'est ainsi que la pommette est moins saillante, que le front est plus fuyant, les yeux ne sont pas sur la même ligne.

On sent de plus au niveau du sterno-mastoïdien une corde tendue qui n'est autre chose que le muscle rétracté, corde absente dans le *torticolis osseux*, corde qui devient plus saillante quand on essaie de réduire l'attitude vicieuse.

Dans le *torticolis classique*, c'est-à-dire dans le *torticolis* du sterno-mastoïdien, on devra encore rechercher la part qui revient soit au faisceau sternal soit au faisceau claviculaire en se rappelant qu'ils sont généralement malades tous les deux et s'assurer encore de l'intégrité des scalènes et des muscles de la nuque.

Ces derniers seraient quelquefois atteints en même temps que les sterno-mastoïdiens dans le *torticolis* appelé *torticolis postérieur*, par Delore.

## DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU COU

**La tumeur siège sur la région latérale du cou.** — Leur variété est très nombreuse et pour pouvoir les distinguer les unes des autres, il est nécessaire de procéder par élimination, et de s'attacher à reconnaître tout d'abord les caractères principaux que la tumeur présente.

Le clinicien, en face d'une tuméfaction siégeant au niveau de la région mastoïdienne, commencera donc par rechercher sa consistance. Il existe en effet deux classes de tumeurs dans cette région, les unes *liquides*, les plus intéressantes, les autres *solides*, les plus nombreuses.

**La tumeur est liquide.** — Supposons que la fluctuation ait démontré la nature liquide du contenu, la seconde chose à faire sera de s'assurer de la *réductibilité* de ce liquide. Les tumeurs vasculaires présentent en effet toutes ce caractère, qui n'existe pas chez les autres, si ce n'est dans l'abcès par congestion très rare à la région latérale du cou.

*La tumeur est fluctuante et réductible*, elle est donc vasculaire ; il faut immédiatement s'enquérir de ses rapports avec le système artériel et examiner avec soin si elle présente des battements isochrones avec ceux du pouls ; si elle donne à la main la sensation de l'expansion, et si enfin elle laisse entendre un bruit de souffle à l'auscultation. Quand on a reconnu ces caractères, on peut poser le *diagnostic d'anévrisme* ; mais il faudra savoir que dans cette région, des ganglions hypertrophiés ou ramollis peuvent être soulevés par les battements de la carotide et simuler jusqu'à un certain point, l'expansion d'un anévrisme, surtout quand la masse indurée enserre et déborde l'artère et a même contracté des adhérences avec elles. Il faudra alors s'y reprendre à plusieurs fois, ne pas confondre au toucher un simple soulèvement avec l'expansion qui fait sentir sous les doigts une augmentation momentanée de volume. Il faudra bien étudier la marche de la maladie, écarter, si c'est possible, avec les doigts ou en changeant la position du malade, la tumeur de la situation qu'elle occupe, et se rendre compte de l'action

de ce déplacement qui suffit quelquefois pour faire disparaître les battements ou du moins diminuer leur ampleur ; enfin, écouter attentivement s'il existe un bruit de souffle en évitant, bien entendu, de le provoquer par une application un peu trop appuyée du sthétoscope.

Ce souffle ne sera en effet perçu que dans l'anévrisme et dans certaines tumeurs encéphaloïdes, ou dans certains goitres vasculaires sur lesquels nous attirons l'attention du praticien. C'est dans ces cas que des erreurs de diagnostic ont été faites par les plus habiles chirurgiens. Aussi il faudra bien se rendre compte de la forme de la tumeur, régulière dans l'anévrisme, irrégulière le plus souvent dans les encéphaloïdes ramollies, de son volume en général plus gros dans les tumeurs néoplasiques, du siège de la tuméfaction du point précis de son origine et des particularités de son développement. Pour le goitre vasculaire, il existe un signe considéré comme pathognomonique, c'est l'ascension de la tumeur qui suit le larynx au moment de la déglutition.

*L'anévrisme est reconnu*, il faut savoir s'il est artériel ou artérioveineux. Ces derniers sont assez rares au cou et se reconnaissent, comme on le sait, à leur souffle continu au thrill murmur et aussi à la cause qui a déterminé leur formation, presque toujours un traumatisme.

Plus importante est la *question du siège*, car elle détermine l'action thérapeutique. Quand l'anévrisme est placé sur le trajet de la carotide primitive au niveau de sa partie moyenne, il n'y pas de doute à avoir, c'est aux dépens de ce vaisseau qu'il s'est développé ; quand il siège à la partie supérieure, il est impossible de dire s'il appartient ou à l'extrémité terminale de la carotide primitive ou à la carotide externe ou à la carotide interne ; la chose a du reste peu d'importance, puisque la thérapeutique est la même. Si la tumeur anévrismale est au contraire située à la base du cou et a acquis un certain volume, il est quelquefois difficile de savoir si elle s'est développée aux dépens de l'artère carotide primitive, aux dépens de l'artère sous-clavière, ou bien, quand elle siège à droite, aux dépens du tronc brachio-céphalique.

Voici les caractères qui permettront de savoir quel est le vaisseau atteint :

*L'anévrisme appartient à l'artère carotide*, quand il siège entre les deux portions du sterno-mastoïdien ; quand la tumeur s'allonge dans le sens vertical, quand le souffle perçu se propage du côté du cou, enfin quand les pulsations de l'artère temporale sont seules modifiées.

*L'anévrisme appartient à l'artère sous-clavière*, quand il siège en dehors du muscle sterno-mastoïdien ; quand la tumeur est allongée transversalement ; quand le souffle perçu se propage dans l'aisselle ; enfin quand les pulsations de l'artère radiale sont modifiées.

*L'anévrisme appartient au tronc brachio-céphalique*, quand il siège en dedans du sterno-mastoïdien et se montre dans la fossette sus-sternale ; quand le souffle perçu se propage en même temps dans le cou et à l'aisselle ; enfin quand le pouls est modifié à la fois dans l'artère radiale et dans l'artère temporale.

*La tumeur est fluctuante réductible et ne présente pas de battements* ; on peut se trouver en présence d'un abcès par congestion qui sera facilement reconnu aux signes suivants. Dans la région du cou les abcès ossifluents n'ont qu'une réductibilité très restreinte et la poche ne se vide pour ainsi dire pas. Un examen attentif de la colonne vertébrale permettra de reconnaître ou un changement de forme, ou un point douloureux nettement localisé ; enfin les mouvements de la tête sont en général compromis quand on a affaire à une ostéite susceptible de déterminer un abcès par congestion.

Mais certaines tumeurs vasculaires comme les *dilatations veineuses ampullaires* ou les *angiomes* présentent le symptôme de la réductibilité et de plus se gonflent et deviennent turgescents sous l'influence des cris et des efforts. Ce dernier caractère permet de les distinguer de toutes les autres tuméfactions. On reconnaîtra la *dilatation veineuse* à son siège en général au niveau du point où une veine s'abouche dans la jugulaire interne, à la disposition parfois variqueuse du vaisseau et à la facile et brusque réductibilité du sang contenu. Il suffira, du reste, d'interrompre la circulation entre la tuméfaction et le cœur pour voir son volume augmenter ; la diminution au contraire se produira si on comprime la veine au-dessus de la dilatation, entre celle-ci

et la périphérie. *L'angiome* sera facilement diagnostiqué en ajoutant aux signes que nous avons déjà énumérés celui de la coloration de la tumeur, coloration qui va, comme on le sait, du rouge vif à la nuance lie-de-vin. Seuls ces angiomes avec d'énormes dilatations contenant une ou plusieurs poches remplies de sang pourront prêter quelquefois à confusion. Ce sont ces tumeurs liquides auxquelles on donne le nom de *kystes sanguins*. Leur pathogénie est du reste encore douteuse et nous en parlerons à propos des kystes congénitaux. Disons maintenant que parfois la ponction est le seul moyen de faire le diagnostic ; mais qu'il ne faudra y avoir recours qu'à la dernière extrémité à cause de la facilité avec laquelle le sang s'épanche de nouveau dans la tumeur, ce qui peut avoir des suites fâcheuses chez un malade anémié et porteur d'un kyste volumineux.

*La tumeur est fluctuante et non réductible*, on se trouve en face d'une tumeur liquide non vasculaire c'est-à-dire ne communiquant pas largement avec des vaisseaux. Tout d'abord il faut se méfier de la pseudo-réductibilité de certains kystes qui semblent disparaître sous la pression des doigts et dont le volume ne diminue nullement. Ils se laissent simplement refouler vers les parties profondes.

La non-réductibilité reconnue, on examinera avec soin la consistance de la tuméfaction. Elle est fluctuante ; mais l'est-elle en totalité ou simplement sur un point ? Si l'espace fluctuant est englobé par une masse dure, plus ou moins lobulée, située sur le trajet des lymphatiques, on aura affaire à la tumeur qu'on rencontre le plus souvent au cou à un *ganglion tuberculeux* ramolli, qui n'a pas encore donné lieu à de la périadénite et sur lequel la peau est normale. Le diagnostic deviendra d'une rare facilité si le revêtement cutané est adhérent à la masse, rouge et amincie.

Il faut cependant savoir que certains ganglions tuberculeux peuvent donner lieu à la longue, à certains kystes auxquels on donnait autrefois le nom de *kystes ganglionnaires*. Quand la coque en est mince, ceux-ci ne peuvent être diagnostiqués que si on constate la présence d'autres adénites ou d'une cicatrice ancienne montrant une ancienne suppuration ganglionnaire. Nous donnerons du reste plus loin les

signes qui permettent de reconnaître l'adénite tuberculeuse.

Il existe encore au cou des tumeurs particulières à cette région et qui présentent ce caractère d'avoir une consistance inégale. Elles sont fluctuantes sur certains points, mollasses, rénitentes sur d'autres et présentant même quelquefois des noyaux indurés, voire même des tractus fibreux. Une palpation attentive et minutieuse sera donc nécessaire pour permettre de recueillir ces différents renseignements. Ces tumeurs ne sont autres que les *kystes séreux congénitaux* du cou. Leur diagnostic est en général aisé à cause des signes que nous venons d'énumérer et parce qu'il est rare de ne pas reconnaître ces tumeurs au moment de la naissance. La congénitalité est donc ici bien établie, et ajoutons que parfois elles ont une partie transparente, que leur volume constitue souvent un véritable vice de conformation, et qu'elles sont quelquefois accompagnées d'arrêts de développement dans d'autres parties du corps.

Elles peuvent être toutefois confondues avec un kyste dermoïde de cette région, avec certains angiomes caverneux et avec les lipomes diffus congénitaux assez fréquents au cou.

Les *kystes dermoïdes* se reconnaîtront aux caractères suivants : ils sont très rares sur les parties latérales du cou, leur siège de prédilection dans cette région étant la ligne médiane. Leur apparition est en général tardive ; ils ne manifestent en effet leur présence que l'enfance une fois terminée. Ils sont d'une forme plus régulière que le kyste séreux et ne présentent pas la même consistance. Leur contenu est en effet plus épais, gardant quelquefois l'empreinte du doigt et ne donnant pas la sensation de fluctuation que donne la poche kystique congénitale.

Quant aux angiomes caverneux, nous avons déjà indiqué quelques-uns de leurs caractères. Ils ne peuvent être confondus avec les kystes congénitaux que lorsqu'ils donnent lieu à la formation de poches kystiques dont le liquide n'est pas réductible. Ce sont alors ces *kystes sanguins* si voisins des kystes séreux congénitaux et qui ne s'en différencient que par l'absence de transparence ; or cette dernière n'est pas toujours facile à déceler, même quand elle existe ; de

plus, leur forme est quelquefois lobulée et s'il n'y a pas de changement de coloration des parties ; le diagnostic est impossible, il faut nécessairement arriver à la ponction.

Disons en terminant que les *lipomes diffus congénitaux* du cou peuvent aussi être pris pour des kystes séreux. Ils présentent souvent une fausse fluctuation ; mais leur consistance est homogène ; les notions acquises par le palper sont les mêmes dans toute l'étendue de la tumeur et les lobulations qu'ils peuvent présenter sont disposées plus régulièrement.

Quand, après avoir bien étudié une tumeur des régions latérales du cou, on aura encore des doutes sur sa nature, il faudra songer aux *kystes hydatiques musculaires* dont le diagnostic ne peut être fait que par la ponction et aussi aux *kystes ectopiques thyroïdiens* développés aux dépens d'amas glandulaires erratiques. Ce sont là des diagnostics qu'on peut entrevoir, mais qu'on ne peut poser d'une façon ferme.

**La tumeur est solide.** — Elle peut s'être développée aux dépens d'un des éléments quelconques du cou ; mais parmi ceux-ci, ce sont les ganglions lymphatiques qui sont le plus souvent affectés.

On devra donc d'abord *rechercher si la tumeur dépend d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques* et on acquerra cette certitude en tenant compte du siège de la tumeur (le long du muscle sterno-mastoïdien, dans la région sous-maxillaire, ou dans le creux sus-claviculaire), en examinant sa forme, en trouvant plusieurs ganglions atteints et en se rappelant cette particularité que, tout à fait au début, la tuméfaction, grosse comme une dragée, est mobile et raide sous le doigt.

Quand on aura reconnu qu'on est en présence d'une tumeur ganglionnaire, il faudra d'abord éliminer l'*adénite inflammatoire* qui a une évolution très rapide et succède à une infection dont on trouve la porte d'entrée, soit au cou, soit à la face, soit dans la cavité bucco-pharyngienne.

On écartera aussi l'*adénopathie syphilitique* assez rare en cette région et dont le diagnostic est assez facile à faire à cause du nombre, du petit volume, de la consistance, de la