

Les infections secondaires peuvent se faire après l'ulcération et produire des décollements et des suppurations. Mais aussi avant l'ulcération, et c'est dans ces cas de ganglions tuberculeux réchauffés que le diagnostic erre souvent, si l'anamnèse ne rend pas à l'adénopathie la part qui lui revient.

Les ulcérations vasculaires peuvent se produire après envahissement de leurs parois par le processus tuberculeux et fonte purulente des granulations. C'est d'ailleurs un accident rare. Citons comme rareté le cas de Vogel, où un ganglion ramolli situé près du sommet d'un poumon tuberculeux communiquait avec une bronche et la veine sous-clavière.

La généralisation enfin peut se faire soit par propagation au poumon de l'adénopathie descendante, c'est la phtisie scrofuleuse des anciens ; soit par irruption dans le torrent circulatoire.

Pour le *diagnostic*, il faut bien distinguer la forme aiguë de la forme chronique. Nous ne parlerons pas de la forme ganglionnaire généralisée qui n'a rien de spécial au cou.

Pour la forme localisée, le diagnostic est à faire avec l'adéno-phlegmon. Mais, dans ce dernier cas, on trouvera, soit dans une carie dentaire, soit dans une lésion banale du territoire lymphatique du ganglion, une cause suffisante pour expliquer l'apparition de l'adéno-phlegmon. De plus, l'enfant n'aura pas présenté en général les stigmates de la scrofule. Quand on ouvrira l'abcès, d'un côté nous aurons un pus jaunâtre bien lié, de l'autre un pus sanieux, granuleux, blanchâtre. Enfin, si l'hésitation persistait, l'examen bactériologique et surtout l'inoculation permettraient de fixer le diagnostic.

Ajoutons pour terminer que la marche de l'affection permet de trancher le diagnostic d'une façon purement clinique.

L'adéno-phlegmon guérit en quatre ou cinq jours, tandis que la tuberculose reste longtemps fistuleuse, avec un aspect blafard et atone tout à fait caractéristique. Certains cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur pourraient quelquefois tromper, mais l'hyperostose, la douleur bien localisée à l'os, et la sensation du stylet frottant sur un os dénudé ne permettent pas l'erreur.

Signalons enfin certains cas de polyadénite suraiguë à début brusque, signalés d'abord par Th. Anger dans le cancer de la langue et depuis retrouvés ailleurs.

Dans les cas chroniques, il faut distinguer la forme monoganglionnaire de la forme polyganglionnaire.

Dans la première on pourra confondre : 1° Avec des lésions non tuberculeuses, telles que kyste congénital, lipome, très rare. Chez l'enfant, gomme syphilitique du sterno-mastoidien ou hématome de ce muscle. Mais, dans ces derniers cas, la tumeur fait corps avec le muscle et s'immobilise par la contraction ; de plus, les commémoratifs

de syphilis dans un cas d'accouchement par le siège dans le cas d'hématome trancheront le diagnostic (1).

2° Avec des lésions tuberculeuses non ganglionnaires. Gommes scrofuleuses de la peau ; abcès froid d'origine osseuse (maxillaire, ou colonne vertébrale). Un examen attentif permet en général de bien localiser le début des accidents.

Enfin, nous arrivons au diagnostic le plus important, c'est celui des paquets ganglionnaires du cou. Ici encore nous devons distinguer les cas de tumeur non ulcérée et ceux de tumeur ulcérée.

Dans le premier groupe de faits, nous avons à penser à l'adénopathie idiopathique, au lymphadénome, à la syphilis et au cancer.

On a eu trop de tendance à considérer comme tuberculeuses toutes les adénopathies cervicales chroniques, et outre l'adénopathie chronique due à des altérations dentaires ou à des lésions chroniques de la bouche ou de la face (eczéma), Ricard, au Congrès de 1889, a réhabilité à juste titre ce qu'il a appelé l'*adéno-pathie pseudo-tuberculeuse du cou*. Les caractères qui permettent de les reconnaître sont : le petit nombre des ganglions, l'absence d'égrènement de petits foyers, l'absence d'adénopathie dans d'autres régions ; le siège sus-hyoïdien presque constant, l'évolution bénigne sans suppuration pendant des années et la guérison constante après ablation. L'inoculation serait toujours restée négative. Mais le diagnostic est très difficile, surtout avec cette forme d'adénite cervicale tuberculeuse signalée par Péchaud (2) et qui n'aurait pas de tendance à la suppuration. Il n'y a guère que l'inoculation qui puisse définitivement trancher la question. Rapprochons de ces faits ceux de Dubard (3), qui a signalé quelques abcès froids ganglionnaires, sans bacille de Koch, avec des microcoques. Toujours l'inoculation serait restée négative. Le bacille de Koch a-t-il disparu ou n'a-t-il jamais existé ? On ne peut actuellement trancher définitivement la question.

Le diagnostic avec le lymphadénome et le lymphosarcome, souvent difficile, quelquefois impossible, se fait pourtant dans la majorité des cas. Le lymphadénome siège en général dans la région carotidienne, quelquefois bilatérale, prend souvent des proportions énormes, mais lentement, et reste d'ordinaire mobile sous la peau et sur les parties profondes ; mais pas d'antécédents tuberculeux ; souvent des altérations du sang, rarement des ulcérations, pas de suppuration. Le lym-

(1) Signalons enfin les cas du cancer probable des ganglions du cou où le début se fait par une tumeur monoganglionnaire qui, d'abord dure, arrondie, indolente, grossit lentement, durant parfois des années pour prendre ultérieurement une marche rapide. On peut d'ailleurs se demander si dans ces cas le cancer ne s'est pas greffé sur une adénite chronique. Dans ces cas, l'âge du malade aura un grand poids pour faire éliminer la tuberculose.

(2) PÉCHAUD, thèse de Paris, 1892.

(3) DUBARD, *Bourgogne méd.*, juin-septembre 1895.

phosarcome, plus mou, plus adhérent, à marche plus rapide, affecte vite l'état général.

La syphilis peut prêter à la confusion à ses trois périodes. A la période primaire, le chancre siège à la langue, aux lèvres, rarement à l'amygdale; les ganglions à l'angle de la mâchoire, petits, non douloureux, en chapelet, permettent d'asseoir le diagnostic. A la période secondaire, outre les commémoratifs et les accidents concomitants, nous avons les lieux d'élection à la nuque, où l'on doit « tâter le pouls à la vérole », à la région mastoïdienne; la petitesse et la dureté des ganglions. Cette forme pourrait surtout prêter à erreur dans ces cas de polymicroadénopathie tuberculeuse signalés par Legroux. Mais l'état général et les antécédents facilitent singulièrement la tâche du praticien.

La syphilis tertiaire, par son adénopathie ou ses gommés, pourra parfois faire hésiter, mais l'aspect des ganglions n'est pas le même, et s'ils sont en train de se ramollir, il est bien rare qu'un stigmate antérieur de vérole n'incite pas à essayer le traitement qui jugera en dernier ressort. N'oublions pas que Verneuil a signalé des adénopathies syphilo-tuberculeuses hybrides.

Le cancer sera primitif ou secondaire. Primitif, c'est exceptionnel; mais la marche rapide, l'inégalité, l'adhérence à la peau, les phénomènes douloureux, l'état général sont de bons signes. Secondaire, ce qui est fréquent, le cancer doit être recherché et sa découverte éclairera le diagnostic. Il ne faut jamais oublier que la lésion ganglionnaire peut être, comme volume, en disproportion flagrante avec le cancer primitif.

Notons la valeur sémiologique du ganglion sous-claviculaire dans les cancers même éloignés. Terminons en citant les cas de mélanose des ganglions du cou.

Dans ces cas, on écartera l'hypothèse de tuberculose par l'âge, les ganglions tuberculeux existant, mais rarement, à l'âge mûr et au-dessus. De plus, on trouve souvent un nævus pigmentaire extirpé ou existant encore.

La tumeur est-elle ulcérée, le diagnostic sera plus facile. Le lymphadénome s'ulcérant rarement, on hésitera entre tuberculose, cancer et syphilis.

Dans le cancer, c'est facile: la peau est prise, les bords sont adhérents, déchiquetés, les hémorragies fréquentes, l'état général caractéristique.

Dans la syphilis, l'erreur est plus facile à commettre: signalons la forme arrondie des ulcérations, la coloration jaunâtre du bourbillon, les lésions concomitantes, et enfin l'action du traitement.

Traitement. — Nous arrivons au chapitre le plus important, comme aussi le plus discuté, de l'affection qui nous occupe, le traitement.

Disons d'abord que l'adénopathie tuberculeuse, au cou comme ailleurs, guérit parfois spontanément. On conçoit donc que tous les traitements proposés, et leur nombre est considérable, aient à leur actif des succès.

On peut aussi poser en principe que toujours le traitement médical doit précéder et accompagner les modes d'intervention plus énergiques.

Nous distinguerons trois cas parmi les ganglions du cou:

1° Les ganglions sont crus, durs;

2° Les ganglions sont suppurés et il y a du pus, soit en leur milieu, soit autour d'eux;

3° Ils sont fistuleux.

1° Dans le premier cas, on doit avoir recours au seul traitement médical. Et dans les hôpitaux d'enfants, on voit fréquemment guérir par l'huile de foie de morue et le séjour à Berck des masses ganglionnaires souvent très volumineuses.

C'est surtout dans ces cas que Denoy (1) a signalé de bons résultats par les injections sous-cutanées à haute dose d'huile créosotée. Mais on doit s'élever contre les manœuvres qui tendent à faire suppurer les ganglions encore durs, au moyen des injections interstitielles de teinture d'iode, de chlorure de zinc, etc., etc.

Si les moyens généraux que nous avons préconisés (hygiène, aération, suralimentation, bains salés ou marins, huile de foie de morue) restent sans résultats, il faut s'armer de patience, et ce n'est qu'après de longues temporisations, alors qu'on voit que les ganglions, loin de diminuer, augmentent plutôt, qu'on sera autorisé à pratiquer l'extirpation totale.

2° Les ganglions sont ramollis, mais la peau est saine. Ici on peut avoir recours aux ponctions évacuatrices et aux injections modificatrices. Mais la plus grande asepsie doit être observée; et la plus grande prudence pour déterminer le point de la ponction; on doit chercher à la faire un peu obliquement et non au point où la paroi est la plus mince, pour que l'orifice de ponction ne devienne pas fistuleux; on injectera soit de l'éther iodoformé, soit du naphthol camphré, et on obturera l'orifice de la ponction avec de l'ouate hydrophile imbibée de stérésol, par exemple, le tout recouvert d'un pansement légèrement compressif.

On pourra ainsi, surtout dans la clientèle aisée, espérer des guérisons. Mais si l'on est obligé, pour vider tous les points ramollis, de trop multiplier les ponctions, si la lésion ne régresse pas, si des fistules se produisent, c'est encore à l'extirpation qu'il faudra recourir.

3° Les ganglions sont fistuleux. Ici, dans l'état actuel de la science, il n'y a pas de doute, c'est à l'extirpation et à l'extirpation complète qu'il faut avoir recours. La thèse de Manson (2), inspirée de la pratique

(1) DENOY, thèse de Lyon, 1892.

(2) MANSON, thèse de Paris, 1895.

de Broca, résume bien la tendance actuelle, et nous lui emprunterons la majorité des arguments dans notre plaidoyer pour l'extirpation.

Certains auteurs pratiquent systématiquement l'extirpation de toutes les adénopathies cervicales tuberculeuses, et l'on connaît la phrase de Hueter : « Ce n'est pas avec le fer en pilules qu'on doit traiter l'adénite tuberculeuse, mais bien avec le fer sous forme affilée et tranchante, et à l'état de bistouri coupant. » Il faut se garder de généraliser ainsi une méthode excellente, mais dans certains cas seulement.

Pour nous résumer, nous conseillons l'extirpation : 1° Exceptionnellement dans les ganglions crus ; quand le traitement médical longtemps continué n'a rien donné, lorsque la situation sociale du malade le met dans l'impossibilité de suivre ce traitement, ou dans la nécessité d'obtenir une guérison rapide. — 2° Rarement dans les cas de ganglions suppurés, lorsque la ponction n'aura rien donné, dans certains cas où un seul ganglion bien localisé tend à se ramollir, lorsque les ganglions apparaîtront chez l'adulte ou pendant l'âge mûr, car dans ces conditions la guérison sans intervention est plus rare que chez l'enfant. — 3° Dans tous les cas de ganglions ulcérés.

Comment pratiquer cette extirpation ? Nous allons prendre comme type le cas d'une grappe ganglionnaire largement ulcérée. Disons que dans ces cas l'opération est toujours possible, mais que seul un chirurgien expérimenté peut la tenter.

Lorsque des pansements humides auront suffisamment nettoyé la surface ulcérée, deux incisions courbes circonscriront l'ulcération qui tout entière doit être extirpée ; arrivé sur le paquet ganglionnaire, on doit s'efforcer de rechercher les plans de clivage qui souvent séparent les ganglions environnants.

Dans les cas anciens avec périadénite, on ne les trouvera guère ; l'opération en sera d'autant plus difficile, et c'est probablement en se servant surtout des ciseaux courbes qu'il faudra procéder. Les ganglions adhèrent parfois à la jugulaire et à la carotide ; le chirurgien devra les en séparer patiemment ; il arrive un moment où au fond de la plaie le paquet vasculo-nerveux est disséqué sur une plus ou moins grande étendue. La surface paraît nette et l'on pourrait croire l'opération terminée. Il n'en est malheureusement rien. Le paquet rétro-jugulaire reste encore, masqué par les vaisseaux, et c'est son extirpation qui est la plus pénible. Pour rechercher s'il existe, il faut presser, entre le pouce introduit dans la plaie et la pulpe des autres doigts appliqués sur la nuque, les tissus ainsi saisis. On perçoit alors très nettement les ganglions hypertrophiés. Il faut alors écarter en dehors et en arrière la lèvre externe de la plaie, s'aider au besoin d'une incision libératrice transversale et aller rechercher derrière la jugulaire et quelquefois jusque dans la nuque les derniers ganglions. Si la tâche paraît trop pénible, ce qui doit arriver rarement, on

remettra à un autre jour la fin de l'extirpation, qu'on pratiquera alors par une incision postérieure ; car l'opération, pour être utile, doit être radicale et porter sur tous les ganglions lésés.

Cela fait, on n'emploiera pas le chlorure de zinc qui expose au sphacèle des gros vaisseaux, mais on suturera les bords de l'incision en laissant un drain dans l'angle inférieur de la plaie. S'il y a trop de peau excisée pour permettre la réunion, on suturera le plus de peau possible et on attendra la réunion par seconde intention, à moins qu'on ne préfère pratiquer une autoplastie.

On obtient en général la réunion par première intention avec cicatrice linéaire, chirurgicale, d'aspect supportable.

L'opération que nous avons choisie comme type porte sur un des plus mauvais cas possibles ; quand les ganglions seront moins nombreux, peu adhérents, loin des vaisseaux, l'intervention sera d'autant plus bénigne et facile, et souvent les ganglions s'énucléeront presque d'eux-mêmes (1).

Quels sont maintenant les accidents de cette extirpation ? Binet (2), dans sa thèse, en fait une étude consciencieuse. Débarrassons-nous d'abord de certains accidents hypothétiques signalés par Boyer, tels que la déviation de la bouche par inégalité d'action des peauciers ou la lésion de la glande sous-maxillaire produisant une fistule.

On a signalé une fistule lymphatique, guérissant spontanément ; un cas de lésion de l'anse de l'hypoglosse (Poulet) ; des lésions du facial ou du lingual, ou de leurs rameaux. Hœhl (3), sur cent quatre opérations, note comme accidents quatre cas de paralysie faciale dont deux passagers.

Nous insisterons surtout sur les plaies des vaisseaux qui constituent les plus graves accidents d'extirpation ganglionnaire. La faciale plus ou moins développée, la temporale superficielle ont été ouvertes ; mais il suffit de les lier ; et l'on peut s'étonner, armés comme nous le sommes contre l'hémorragie, de la frayeur qu'éprouvent certains chirurgiens en présence de ces hémorragies (cas de Verneuil) (4).

On ne note pas jusqu'ici, dans les observations, de lésions des carotides. Le cas de Poulet, qui se termina par la mort à la suite d'hémorragie par les petites artères ganglionnaires issues directement de la carotide primitive, malgré ligature de cette dernière, est un exemple d'hémorragie secondaire dans un foyer purulent. Nous n'en retiendrons pas moins la nécessité de lier ces petites artères, si peu qu'elles saignent, d'autant plus que dans certains cas leur section, au ras du gros vaisseau, constitue une vraie plaie latérale de la carotide.

Les plaies des veines sont plus fréquentes et plus graves. Graves

(1) ERICHSEN, *British medical Journal*, 1892.

(2) BINET, thèse de Paris, 1894.

(3) HÖEHL, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, Bd. XXXV, 3-4, p. 385.

(4) VERNEUIL, Obs. IV, in thèse de BINET. Paris, 1894.

par l'hémorragie, graves par la crainte de l'entrée de l'air. L'entrée de l'air dans les veines est un accident dont on a beaucoup exagéré l'importance; son existence même, dans l'extirpation des ganglions du cou, est loin d'être démontrée, et dans les deux cas partout cités de Roux et de Reynier (1) la mort ne survint que huit et douze jours après l'opération avec de la fièvre dans l'intervalle. Nous n'en retiendrons pas moins ce précepte que, dans les cas de lésions de grosses veines du cou, jugulaire ou tronc thyro-linguo-facial, le doigt doit immédiatement se porter à la surface de la plaie vasculaire ou dans sa lumière si la section est complète; après quoi, une ligature latérale ou une ligature des deux bouts mettra sûrement à l'abri des accidents. Il ne s'agit dans ces cas que d'avoir du sang-froid et de la présence d'esprit. Dans les cas de Broca, cités par Manson, et dans ceux de Hœhl, il n'y a pas un seul cas de mort ou d'accident grave à la suite de plaie de la jugulaire.

Citons aussi pour mémoire l'angine érythémateuse, signalée par Binet, avec fièvre, état saburral, le lendemain de l'opération. Il ne s'agit peut-être là que d'un peu d'infection chirurgicale.

Nous venons d'exposer, telle que nous la comprenons, l'extirpation des ganglions du cou et ses accidents. Voyons à quelles objections elle a été en butte.

Lejars (2) prétend que sans la condamner on doit reconnaître : 1° qu'elle est rarement complète; 2° qu'elle est impraticable dans les cas de grappes volumineuses ou adhérentes aux vaisseaux; 3° qu'elle cause des cicatrices étendues.

Or nous pensons que l'extirpation est toujours possible; qu'elle doit être complète (c'est-à-dire porter sur tous les ganglions malades et tous les tissus manifestement tuberculeux) et que les cicatrices qu'elles laissent sont beaucoup moins disgracieuses que celles qui résultent de la cicatrisation naturelle des ulcérations ganglionnaires du cou. Deux reproches plus importants sont la généralisation et la récurrence.

La généralisation, possible théoriquement, existe exceptionnellement dans la pratique, et c'est bien à tort que Verneuil a voulu en faire un épouvantail pour le chirurgien.

Dans les nombreux cas de A. Broca, rapportés par Manson, il n'y a pas un seul exemple bien net de cette généralisation.

La récurrence, dit Svykos (3) en s'appuyant sur l'autorité de Verneuil et de Panas, existe dans 99 p. 100 des cas. A.-F. Suchard (4) prétend que la récurrence est presque constante; il vaut mieux laisser, dit-il, la

(1) BINET, thèse de Paris, 1894.

(2) LEJARS, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. I, p. 739.

(3) SVYNOS, thèse de Paris, 1895.

(4) A.-F. SUCHARD, Nouveau mode de traitement des œdèmes scrofuleux (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. XI, 699, p. 91).

suppuration bienfaisante se produire; il propose même de la hâter par des injections interstitielles d'iode ou d'extrait de ciguë ou même par l'électrolyse, et laisser ainsi le ganglion s'éliminer sur une petite ouverture qui donnera une petite cicatrice.

Il faut avouer que ces chirurgiens et ce médecin tiennent bien peu de compte des progrès que l'antisepsie a permis de réaliser dans l'extirpation des ganglions. Car, quand elle est faite proprement et radicalement, la récurrence, de la règle, devient l'exception. Hœhl cite 65 p. 100 de guérison *complète* et Manson encore davantage.

Nous terminerons en indiquant brièvement quelques modifications dans la technique de l'extirpation.

Döllinger (1) propose de faire une incision dans le cuir chevelu, de décoller la peau et d'extirper ainsi les ganglions en rejetant la cicatrice dans un endroit caché.

D'autres (Ollier) ont commencé par enlever des greffes de Thiersch au lieu de l'incision et, l'opération terminée, d'en recouvrir la solution de continuité. Nous ne saurions recommander des méthodes aussi peu séduisantes *à priori*.

Certains auteurs, au lieu de l'extirpation aux ciseaux courbes, préfèrent la curette qui permet d'énucléer les petits ganglions mobiles et de fragmenter les adhérents. Nous croyons que, bien maniée, cette méthode peut donner de bons résultats, mais qu'en général rien ne vaut les ciseaux courbes pour une extirpation sûre et complète.

V

TUMEURS DU COU

I. — TUMEURS SOLIDES.

Lipomes. — Ils se présentent au cou, et surtout à la nuque, avec une particulière fréquence; mais leur étude est loin d'être encore complètement éclairée. Sans doute, on connaît bien ces lipomes circonscrits, nettement encapsulés et facilement énucléables, qui occupent le plus souvent la région postérieure du cou; mais tous les cas ne ressemblent pas à ce type. Certains ont une origine nettement congénitale et adhèrent souvent aux os; d'autres forment des tumeurs bilatérales et symétriques; il en est qui s'infiltrent plus ou moins dans les tissus voisins. Enfin Verneuil, Potain, Petit, ont attiré l'attention sur une variété de tumeur décrite sous le nom de *pseudo-lipome sus-claviculaire*, qui est encore mal connue. Ainsi

(1) DÖLLINGER, *Sem. méd.*, 1894, p. 420.