

chevelu, etc.) qui entretient l'adénite, il faut la supprimer. Mais, en cas de doute, on peut essayer la médication générale anti-scrofuleuse, les badigeonnages à la teinture d'iode, les injections interstitielles, l'administration de l'arsenic à fortes doses. Beaucoup de chirurgiens préfèrent enlever toute tumeur ganglionnaire suspecte.

## II

## ADÉNOPATHIES SECONDAIRES

Parmi les adénites, il en est qui sont nettement spécifiques; elles appartiennent à la tuberculose, à la syphilis, aux néoplasmes malins, etc. Elles arrivent à former de véritables tumeurs, qui constituent le groupe des adénopathies secondaires. Existe-t-il des tumeurs ganglionnaires primitives? C'est un point sur lequel nous reviendrons dans un instant.

A. *Adénopathie tuberculeuse*. — Elle a au cou son siège de prédilection et a été décrite sous les noms d'écrouelles, d'hypertrophie ganglionnaire, d'adénite cervicale militaire.

Comme pour les autres manifestations bacillaires, son apparition est favorisée par les mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation, la misère physiologique, l'hérédité alcoolique, syphilitique ou scrofuleuse, en un mot par toutes les circonstances qui affaiblissent la résistance de l'organisme. On connaît actuellement les portes d'entrée les plus fréquentes de l'agent pathogène et son mode de transmission jusqu'aux ganglions. Mais la question de pathogénie n'est pas encore complètement élucidée. On a cité des cas où des excoriations, des ulcérations, qui avaient livré passage au bacille, n'étaient pas tuberculeuses (H. Martin).

L'adénopathie cervicale tuberculeuse se présente cliniquement sous deux formes :

1° Dans une *forme aiguë*, très rare, paraissant plus spéciale aux adultes, c'est en quelques jours que les ganglions se prennent. Ils ne tardent pas à se ramollir, à communiquer avec l'extérieur par des fistules et des décollements multiples. A ce début brusque, peut succéder une évolution lente; mais il est plus habituel de voir les malades emportés rapidement par une tuberculose généralisée.

2° La *forme chronique* offre les caractères habituels, classiques, de l'adénite tuberculeuse avec sa marche irrégulière, la formation plus ou moins lente d'abcès, de décollements, de fistules, etc. Nous n'avons rien à ajouter ici à la description qui en a été faite dans le premier volume.

Un nombre considérable de mémoires ont été écrits sur le *traitement* des adénopathies tuberculeuses du cou. Il y a lieu d'insister avant tout sur le traitement médical, sur les merveilleux effets des moyens hygiéniques et de l'air marin en particulier. Les indications chirurgicales varient suivant les cas. Dans l'abcès ganglionnaire bien collecté, la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé<sup>(1)</sup>, de glycérine iodoformée, a donné de bons résultats. Si le foyer ramolli

(1) Au cou, les injections d'éther iodoformé doivent être faites avec précaution. La distension de la poche par les vapeurs d'éther peut provoquer des accès de suffocation et même des menaces d'asphyxie. Il est donc plus utile ici que partout ailleurs de laisser quelques instants en place la canule qui permet aux vapeurs d'éther de s'échapper.

est mal limité, on donnera la préférence à l'incision et au curage (Trélat)<sup>(1)</sup>, poussé jusqu'à l'extirpation des parties résistantes et fibreuses. Dans les adénopathies indurées, l'intervention est plus délicate; malgré les difficultés et les dangers opératoires, inhérents à la constitution anatomique de la région, la plupart des chirurgiens tant en France qu'à l'étranger, se montrent partisans de l'extirpation des tuberculoses ganglionnaires nettement localisées; la question de l'intervention a fait un grand pas depuis la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1884<sup>(2)</sup>; mais elle ne peut encore être jugée et il faut faire de sérieuses réserves<sup>(3)</sup>, au point de vue des résultats éloignés qu'on est en droit d'attendre de l'ablation des ganglions tuberculeux du cou.

B. *Adénopathies syphilitiques*. — 1° L'adénite cervicale *primitive* s'observe dans les chancres des lèvres, de l'amygdale, etc. Elle siège le plus souvent dans les ganglions sous-maxillaires. Elle présente ce caractère spécial d'acquies rapidement un volume considérable, circonstance qui n'est pas sans importance pour le diagnostic différentiel. La peau est tendue, mais il n'existe ni œdème, ni douleur locale, ni mouvement fébrile.

2° Les adénopathies *secondaires* sont très communes, surtout à la nuque. C'est là « qu'il faut tâter le pouls à la vérole » (Ricord). L'engorgement siège surtout dans la rainure du trapèze, dans la fossette de la nuque, dans la région mastoïdienne (Fournier). Il semble succéder le plus souvent à une lésion syphilitique des téguments, mais se développe peut-être, dans certains cas, sous la seule influence de la diathèse.

3° Les engorgements *tertiaires* sont beaucoup plus rares; ils peuvent se présenter au cou, sous la forme scléreuse et sous la forme gommeuse.

Le *traitement* de ces adénopathies ne présente rien de spécial; elles sont justiciables du traitement spécifique. Comme indications locales, nous dirons cependant qu'elles doivent, ainsi que toutes les autres tumeurs ganglionnaires du reste, être protégées contre les irritations extérieures, les frottements des vêtements, l'action du froid, etc.

C. *Adénopathies néoplasiques*. — 1° L'adénopathie *sarcomateuse* est tout à fait exceptionnelle, car le sarcome se généralise surtout par voie veineuse; cependant, on aurait rencontré quelques sarcomes secondaires du cou compliquant des néoplasmes analogues de la glande parotide et du corps thyroïde.

2° L'adénopathie *chondromateuse* a été signalée par Virchow, dans un enchondrome de l'omoplate.

3° L'adénopathie *épithéliale*, à peu près la seule observée, survient au cours des épithéliomes de la face, des lèvres, de la langue, du pharynx, de l'œsophage, de l'amygdale, du larynx, de la plèvre, du poumon, etc. On a vu des adénopathies sus-claviculaires dans le cours du carcinome mammaire, qui n'est, on le sait, qu'un épithélioma atypique diffus. Elles peuvent apparaître également comme manifestations éloignées des cancers viscéraux (estomac, utérus)<sup>(4)</sup>. L'aspect de ces néoplasies secondaires ne présente rien de spécial à la région.

(1) TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 177.

(2) CHAUVEL, *Ablation des ganglions strumeux du cou. Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 160 et 187. (Rapport sur Poulet.)

(3) TRÉLAT, *Diagnostic et traitement des adénites tuberculeuses. Clinique chir.* Paris, 1891, t. I, p. 408.

(4) TROISIER, *Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal. Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 594. — PETIT, *Ganglions sus-claviculaires gauches cancéreux, dans un cas de cancer de l'utérus. Ibid.*, 1888, p. 26, discuss., p. 501.

Mais il faut savoir qu'elles acquièrent parfois un volume considérable, s'accompagnent de troubles fonctionnels tels qu'elles détournent à leur profit l'attention du malade et du chirurgien. On peut poser en règle générale que toute adénite cervicale, portant sur un ou deux ganglions, remarquable par son indolence et sa dureté, apparaissant vers l'âge de cinquante ans, doit faire songer à un épithélioma. Ces néoplasmes n'étant à peu près jamais primitifs, la lésion initiale doit être recherchée avec un soin méticuleux; l'examen des parties latérales du pharynx, de la loge amygdalienne, des fosses nasales mérite surtout une attention particulière (Verneuil, Duplay). Il n'est pas indifférent de diagnostiquer la nature de l'adénopathie; car l'incision d'un ganglion cancéreux ramolli donne lieu à une hémorragie, souvent difficile à maîtriser, et à l'envahissement néoplasique de la plaie. Ces adénopathies épithéliales font naître parfois des indications thérapeutiques particulières, par suite des accidents de compression qu'elles peuvent produire sur l'œsophage, le pharynx et le conduit laryngo-trachéal.

## III

## ADÉNOPATHIES CERVICALES PRIMITIVES.

A. On a décrit au cou des exemples de chondromes, de sarcomes, de carcinomes primitifs des ganglions. Mais la plupart de ces faits sont sujets à caution. Les carcinomes épithéliaux du cou sont surtout d'origine branchiogène ou dermoïde, ou bien siègent dans des glandes thyroïdiennes aberrantes. (Tillmanns.) Néanmoins, il existe des observations indiscutables de néoplasmes primitifs et isolés des ganglions. Ce ne sont pas toujours des carcinomes; on a observé des épithéliomes pavimenteux. Peut-être ces tumeurs n'ont-elles pas leur siège initial dans les ganglions, mais dans la gaine des vaisseaux carotidiens et sous-claviers (Volkman).

B. La seule tumeur ganglionnaire incontestablement primitive, qu'on ait observée dans cette région, est la tumeur lymphadénique. La plupart des cas de lymphadénome et de lymphosarcome se rapportent aux glandes lymphatiques cervicales. Ce serait faire double emploi que de revenir sur cette affection, dont l'histoire a été complètement tracée dans le premier volume de cet ouvrage.

## CHAPITRE IV

## MALADIES DES MUSCLES

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES — RUPTURES

Nous avons déjà décrit les *plaies* des muscles en étudiant les plaies profondes du cou. Il ne nous reste donc à parler ici que des *ruptures* musculaires.

Ces lésions doivent être séparément étudiées chez l'adulte et chez l'enfant nouveau-né. Pendant les manœuvres plus ou moins violentes de l'accouchement se produisent, en effet, dans le muscle sterno-mastoïdien, ou dans sa gaine, des désordres qui se traduisent par une symptomatologie toute spéciale (hématome des nouveau-nés).

1° *Ruptures musculaires chez l'adulte.* — Les ruptures du sterno-mastoïdien<sup>(1)</sup> semblent être les plus fréquentes. Les symptômes observés dans la plupart des cas permettent de croire bien plutôt à des ruptures partielles, avec épanchement sanguin, qu'à des ruptures complètes (Jeannel).

On a signalé aussi des ruptures des muscles de la nuque chez les ouvriers chargeurs<sup>(2)</sup>, des arrachements des attaches vertébrales du rhomboïde et de l'angulaire chez les cultivateurs<sup>(3)</sup>.

2° *Hématome du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né.* — Giovanni Melchiori<sup>(4)</sup>, en 1861, attira l'attention sur cette affection dont il avait recueilli 4 observations. L'année suivante, Dolbeau publiait un cas analogue. Les faits se multiplièrent bientôt et toujours la maladie était caractérisée par les mêmes caractères cliniques.

Une tumeur se développe quelques jours ou quelques semaines après la naissance, dans la région sterno-mastoïdienne, le plus souvent du côté droit, très rarement des deux côtés à la fois. Cette tumeur, de consistance ferme, élastique, de forme ovoïde, siège nettement dans la gaine du sterno-mastoïdien et paraît faire corps avec le muscle lui-même, car on peut la déplacer transversalement avec le muscle.

Son volume est très variable; quelquefois grosse comme une amande, elle peut, dans certains cas, occuper presque toute la hauteur du muscle.

La douleur spontanée paraît très légère ou nulle; la pression, les mouvements sont au contraire douloureux; la tête est inclinée en torticolis du côté malade.

Cette tumeur n'a aucune tendance à l'accroissement, ni à la suppuration; il n'y a jamais de phénomènes inflammatoires et toujours la mobilité de la peau témoigne de l'intégrité du tissu cellulaire sous-cutané.

Peu à peu, le volume diminue et toute tuméfaction finit par disparaître en quelques semaines ou quelques mois. En même temps que la tumeur s'efface, le torticolis diminue; mais, dans quelques cas, on a vu persister la déviation sous forme de torticolis permanent.

L'étiologie et la nature même de l'affection ont été l'objet de nombreuses discussions.

Il est cependant un point absolument hors de doute, c'est l'influence du traumatisme obstétrical. D'autre part, l'absence de tout accident spécifique chez l'enfant, de tout antécédent chez les parents, et l'évolution même de la tumeur permettent d'éliminer nettement la syphilis autrefois invoquée comme cause par quelques auteurs.

Le sterno-mastoïdien peut être lésé de différentes façons pendant l'accouche-

<sup>(1)</sup> TRAISNEL, *Contribution à la pathologie chirurgicale du sterno-mastoïdien*. Thèse de doct. de Paris, 1876, n° 274.

<sup>(2)</sup> BOURGOUNNON, *Ruptures et contractures musculaires des ouvriers chargeurs*. Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 274.

<sup>(3)</sup> RICOCHON, *De quelques ruptures musculaires professionnelles*. *Poitou méd.*, 1888, p. 57.

<sup>(4)</sup> GIOVANNI MELCHIORI, *Induration du muscle sterno-cléido-mastoïdien chez les nouveau-nés*. *Gazette méd. ital.*; prov. Sarde, 1861, cité par Gillette. *Art. Cou du Dict. Dechambre*, t. XXI, 1<sup>re</sup> partie, p. 558.