

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⁽¹⁾ 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⁽²⁾, des arrachements des attaches vertébrales du rhomboïde et de l'angulaire chez les cultivateurs⁽³⁾.

2° *Hématome du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né.* — Giovanni Melchiori⁽⁴⁾, 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-

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

⁽²⁾ BOURGOUGNON, *Ruptures et contractures musculaires des ouvriers chargeurs*. Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 274.

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

⁽⁴⁾ 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^{re} partie, p. 558.

ment; on a incriminé la pression des branches du forceps⁽¹⁾, mais le forceps n'appuie guère sur le muscle. Les tiraillements exercés sur le muscle, pendant l'accouchement par le siège, semblent avoir une bien plus grande influence; Blachez et Planteau⁽²⁾ ont bien mis cette cause en lumière: Rüge⁽³⁾ sur 64 présentations du siège constata 18 fois des lésions du sterno-mastoïdien; 6 observations de Launois⁽⁴⁾ se rapportent encore à des enfants nés par le siège.

Cependant, dans certains cas, on a observé l'affection après un accouchement spontané, normal, par le sommet. Arnott⁽⁵⁾, Petersen⁽⁶⁾ en ont notamment rapporté des exemples.

Clarke⁽⁷⁾ a vu la tumeur se produire brusquement chez un enfant que sa nourrice avait laissé tomber la veille.

Le traumatisme agit, comme l'ont bien montré Blachez et Planteau, par contusion, froissement ou tiraillement du muscle. La lésion produite n'est pas simplement une myosite interstitielle comme l'ont pensé Blachez et Gillette. On ne saurait accepter non plus l'hypothèse d'une rupture musculaire complète, qui serait caractérisée par des signes cliniques absolument différents.

La notion très précise du traumatisme, l'évolution et les caractères de la tumeur, permettent de conclure à l'existence d'une rupture partielle ou d'une attrition du muscle avec production d'un hématome (Bohn)⁽⁸⁾ intra-musculaire (*trachémathématome*)⁽⁹⁾. Du reste, ces lésions ont été anatomiquement constatées⁽¹⁰⁾, et Volkmann et ses élèves ont montré que, dans quelques cas, on a pu suivre l'évolution de l'affection de l'hématome à la myosite scléreuse, au torticolis par rétraction.

Le pronostic est en général très bénin, la tumeur disparaît sans aucun traitement⁽¹¹⁾; cependant, le développement possible d'une myosite fibreuse et, par conséquent, d'un torticolis chronique, doivent engager à surveiller la régression de l'hématome; on pourrait ainsi agir sur le muscle, dès qu'on aurait constaté la tendance à la rétraction.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les lésions du sterno-mastoïdien ont été seules étudiées. Les *myosites chroniques* appartiennent à l'histoire du torticolis.

⁽¹⁾ STROMEYER, *Operative orthop. chir.*, t. II, p. 425. — PÉRATÉ, *Gaz. heb.*, 26 mai 1876. — LABALBARY, *Gaz. des hôp.*, 1862 (cité par Gillette).

⁽²⁾ BLACHEZ et PLANTEAU, *Une variété de tumeur de la région cervicale des nouveau-nés. Gaz. heb.*, 1876, p. 505.

⁽³⁾ CARL RÜGE, *Zeitschrift für Geburtsh. und Frauenkrankh.*, 1876, t. I, p. 68.

⁽⁴⁾ LAUNOIS, *Hématome du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés. Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1885, p. 140.

⁽⁵⁾ ARNOTT, *Saint-Thomas's hosp. Reports*, 1874, p. 275.

⁽⁶⁾ PETERSEN, *Caput abstinum, etc. Arch. für klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 781.

⁽⁷⁾ CLARKE, cité par Gillette, p. 551.

⁽⁸⁾ BOHN, *Das Hämatom der Sterno-clin. bei Neugeborenen. Deutsche Klinik*, Berlin, 1864, p. 267.

⁽⁹⁾ TORDEUS, *Considérations sur le trachémathématome. Journal de méd. chir. et pharm.* Bruxelles, 1882, p. 518.

⁽¹⁰⁾ FASBENDER, *Sur certains états rares du cou chez les nouveau-nés. Berliner klin. Woch.*, 1875, n° 25, p. 298.

⁽¹¹⁾ LE BRETON, *Étude sur une variété de tumeur du cou chez les nouveau-nés. Thèse de doct.* de Paris, 1885.

Les *myosites aiguës*, les suppurations du muscle sterno-mastoïdien sont extrêmement rares. Velpeau a attiré l'attention sur les abcès siégeant dans la gaine du sterno-mastoïdien; le muscle lui-même peut être, dans ce cas, désorganisé par le pus. La myosite suppurée proprement dite ne s'observe que dans les infections générales.

Il peut être très difficile de différencier l'abcès du sterno-mastoïdien d'un abcès des ganglions qu'il recouvre. Le diagnostic n'a pas d'ailleurs grande importance pratique, car l'indication est toujours la même: inciser largement le foyer dès qu'on a constaté, ou seulement soupçonné, la présence du foyer purulent.

III

SYPHILIS

Les tumeurs syphilitiques affectent surtout le sterno-mastoïdien. Les autres muscles du cou ne sont guère atteints par la syphilis; Bouisson⁽¹⁾ rapporte cependant un exemple de gomme du trapèze.

Lécuyer⁽²⁾ a rassemblé 15 observations de lésions syphilitiques du sterno-mastoïdien. 15 cas ont été observés chez l'adulte, dont 9 chez des femmes. 2 observations de tumeurs de ce muscle chez l'enfant, attribuées à la *syphilis héréditaire*, ne sont peut-être que des trachémathématomes (Peyrot). Le fait de Taylor⁽³⁾ seul semble probant. La tumeur examinée au microscope était constituée par une « production fibreuse ayant pour point de départ le tissu conjonctif du muscle ». L'enfant avait présenté des éruptions spécifiques et les parents étaient manifestement syphilitiques.

Chez l'adulte, les lésions se présentent tantôt sous forme de *myosite scléreuse diffuse*, occupant tout le muscle et le transformant en une corde rigide (Salomon)⁽⁴⁾, ou bien localisée en un point, tantôt sous forme de *gommés*. Les gommés siègent souvent à l'insertion inférieure du muscle (Duplay, Traisnel)⁽⁵⁾. Dans un cas de Bouisson, la tumeur occupant l'extrémité inférieure du muscle avait le volume d'une orange. Il n'est pas rare d'observer deux ou trois gommés sur le même muscle. Les deux sterno-mastoïdiens peuvent être simultanément atteints (Bouisson).

Ces tumeurs offrent ici leurs caractères cliniques habituels, se ramollissent et s'ulcèrent en laissant, après évacuation, une perte de substance profonde.

Le diagnostic ne présente, en général, pas de grandes difficultés; dans les cas incertains, un traitement d'épreuve lèvera les doutes. Chez les nouveau-nés, la tumeur syphilitique pourra être confondue avec l'hématome; ici, l'examen attentif des parents, l'étude des commémoratifs permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

⁽¹⁾ BOUISSON, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles. Tribut à la chir.*, 1855, p. 517.

⁽²⁾ LÉCUYER, *Des gommés du sterno-mastoïdien. Thèse de doct.* de Paris, 1881, n° 176.

⁽³⁾ TAYLOR, *Chicago med. Journal*, novembre 1875, p. 820, et *Med. Times and Gas.*, 28 nov. 1874, t. II, p. 618, cité par Gillette.

⁽⁴⁾ SALOMON, *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1846.

⁽⁵⁾ TRAISNEL, *Contribution à la pathologie chirurgicale du sterno-mastoïdien. Thèse de doct.* de Paris, 1876, n° 274.