

Il est, en effet, exceptionnel de voir le trajet s'oblitérer spontanément, et cette heureuse terminaison n'a été observée qu'une seule fois chez une petite fille de cinq ans et demi, examinée par Seidel (1), six mois après l'occlusion spontanée. Il peut se faire, cependant, qu'une fistule complète se transforme en fistule borgne externe, par suite de l'occlusion de l'orifice interne. Ce mode de terminaison a été manifeste chez une jeune fille observée par Broca, par Faucon (2) et par moi-même, et chez laquelle les liquides injectés dans la fistule avaient cessé à un moment donné de passer dans la gorge. Cette occlusion, peut-être spontanée, avait été sans doute aussi favorisée par les injections irritantes.

TRAITEMENT. — En présence d'une fistule branchiale, le chirurgien doit se demander jusqu'à quel point il est autorisé à en tenter la guérison. Nous ne parlerons pas des fistules borgnes internes dont l'existence est à peine démontrée, dont le diagnostic est toujours très-incertain, et pour lesquelles, par conséquent, il est impossible de préciser les indications thérapeutiques.

Relativement aux fistules complètes, il règne encore une grande incertitude au sujet de l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Dans un certain nombre de cas, en effet, on a vu l'occlusion spontanée de l'ouverture extérieure être suivie d'accidents plus ou moins graves, tels que des douleurs vives, des troubles de la déglutition, de l'aphonie, des accès épileptiques, etc., accidents qui disparaissaient lorsque l'ouverture extérieure était rétablie.

Dans d'autres cas, où l'on a tenté d'oblitérer la fistule par la cautérisation, tantôt l'opération n'a été suivie d'aucun résultat, tantôt elle a donné lieu à des douleurs vives, du gonflement, des troubles de la déglutition. Une enfant de trois ans, opérée par Dzondi, à l'aide d'une injection de nitrate de mercure, est morte le septième jour après l'opération.

Aussi, peu encouragés par les faits précédents, la plupart des chirurgiens proscrirent-ils toute intervention chirurgicale dans le cas de fistule complète. Cependant cette proscription est peut-être trop absolue, et il nous semble que l'on pourrait, sans inconvénient sérieux, essayer de réduire les dimensions du trajet fistuleux et peut-être obtenir son occlusion à l'aide d'injections irritantes, et plus particulièrement d'injections iodées. Ce dernier moyen a réussi dans un cas de fistule bilatérale complète entre les mains de Serres (d'Alais) (3).

On peut, d'ailleurs, espérer que les injections irritantes détermineront l'occlusion de l'ouverture interne, comme dans le cas déjà cité de Broca, et transformeront ainsi la fistule complète en fistule borgne externe, dont

(1) Cité par Georges Fischer, *loc. cit.*

(2) *Soc. de chir.*, 22 avril 1874.

(3) *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 11.

le traitement est plus facile. La cautérisation du trajet fistuleux avec le fil galvanocaustique pourrait aussi être mise en usage.

Quant aux fistules borgnes externes, il est généralement admis aujourd'hui que l'on doit tenter de les guérir, soit par les injections irritantes, soit par la cautérisation, soit enfin, si ces moyens ont échoué, par l'excision complète du trajet fistuleux. Weinlechner (1) obtint le premier la guérison d'une fistule borgne externe chez une petite fille de seize mois, en excisant et en cautérisant la muqueuse. Mais Sarazin a indiqué un procédé opératoire beaucoup plus radical, et qui lui a fourni un beau succès chez une petite fille de dix ans, présentant une fistule borgne externe longue de 2 centimètres et demi. Il introduisit une sonde jusqu'au fond du trajet, disséqua celui-ci en détruisant les adhérences solides qui l'unissaient aux parties voisines, puis après isolement complet, il retrancha d'un seul coup le trajet fistuleux et la sonde.

b. Fistules trachéales. — Il règne encore une grande obscurité sur l'origine et la nature vraie des prétendues fistules trachéales, dont on ne connaît jusqu'à présent que quatre cas, dus à Riecke (2), Luschka (3) et Jenny (4).

On ignore si ces fistules résultent d'un travail ulcératif développé pendant la vie intra-utérine ou d'un défaut d'union sur la ligne médiane de deux arcs branchiaux.

Quoi qu'il en soit, la fistule siège sur la ligne médiane, caractère qui la distingue des fistules pharyngiennes, lesquelles occupent les parties latérales du cou. Tantôt on trouve seulement un petit orifice à fleur de peau, tantôt l'orifice de la fistule siège à la partie supérieure ou inférieure d'un repli cutané plus ou moins volumineux, au niveau duquel la peau semble se transformer en muqueuse. Dans les quatre cas connus, ces fistules étaient borgnes externes, ce qui contribue à jeter de l'obscurité sur leur véritable nature.

3° Tumeurs.

Malgré les différences considérables qui les séparent entre elles au point de vue de leur origine et de leur nature, les tumeurs du cou se prêtent à quelques considérations générales qui ne seront certainement pas sans utilité.

Les unes sont *superficielles* ou *sus-aponévrotiques*; les autres sont *profondes*, soit qu'elles restent enfouies dans la profondeur de la région, soit qu'elles aient écarté, dans leur développement, les muscles et les aponévroses et qu'elles soient devenues en apparence superficielles. A ces

(1) *Jahrbücher der Kinderheilkunde*, 1862, t. V, p. 172.

(2) *Journal de chirurgie de Walther et Ammon*, 1844, t. XXXIV, p. 618.

(3) *Archiv für phys. Heilkunde*, 1848, p. 25.

(4) *Schweizer Zeitschrift*, 1854, t. 1.

deux classes de tumeurs correspondent des symptômes particuliers, indépendamment de ceux qui résultent de la nature même du produit morbide.

Les tumeurs *superficielles*, bornées à la peau ou au tissu cellulaire sous-cutané se distingueront par leur indépendance, leur mobilité sur les parties profondes; tels sont: les tumeurs hypertrophiques de la peau, les tumeurs érectiles, les kystes sébacés, les lipomes, etc.

Les tumeurs *profondes*, au contraire, alors même qu'elles ont franchi les limites aponévrotiques, sont peu ou point mobiles, et dans tous les cas conservent des connexions avec les parties profondes. Elles offrent, en outre, ce caractère commun de pouvoir donner lieu à divers symptômes résultant de la compression des nombreux organes qui traversent le cou (pharynx et œsophage, larynx et trachée, vaisseaux artériels et veineux, nerfs).

Les troubles de la déglutition, assez rares d'ailleurs, excepté lorsque la tumeur occupe la région sus-hyoïdienne, résultent du déplacement du plancher buccal, du soulèvement de la langue, de la déviation et de la compression du pharynx et de l'œsophage.

Certaines tumeurs profondes du cou peuvent également déterminer des troubles de la phonation ou de la respiration, soit d'une manière directe, en refoulant ou comprimant le conduit laryngo-trachéal, soit d'une manière indirecte, en agissant sur les nerfs récurrents et en produisant ainsi une paralysie des muscles de la glotte.

La compression des gros troncs artériels et surtout veineux du cou a pour effet d'apporter un obstacle à la circulation de la tête, et peut occasionner des accidents cérébraux, liés à l'état d'anémie ou de congestion du cerveau.

Il en est de même du côté du membre supérieur. Certaines tumeurs, comprimant l'artère et la veine sous-clavière, déterminent l'arrêt des pulsations des artères du bras et de l'avant-bras, la dilatation des veines, l'œdème.

Enfin la compression des nerfs est marquée par l'apparition de divers phénomènes, en rapport avec les fonctions du nerf comprimé. Nous ne dirons rien des douleurs qui accompagnent souvent les tumeurs cervicales et qui paraissent liées à la compression des filets nerveux de la région, et nous signalerons seulement la paralysie du nerf facial, assez fréquente dans le cas de tumeurs parotidiennes, ainsi que les névralgies ou les paralysies du membre supérieur.

La compression du nerf grand hypoglosse, se manifestant par la paralysie de la moitié correspondante de la langue a été observée par Ledentu (1) dans un cas de tumeur cervicale volumineuse. Enfin, nous avons déjà parlé des troubles de la phonation et de la respiration qui peuvent être la conséquence de la compression des nerfs laryngés. Il est pro-

(1) Voy. Poiteau, *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique*. Thèse 1869.

bable que la compression du pneumogastrique peut aussi entraver les fonctions respiratoires, cardiaques, digestives, mais nous n'avons trouvé dans les observations aucun renseignement sur ce sujet.

Il n'en est pas de même de la compression du grand sympathique cervical qui a été notée dans un certain nombre d'observations de tumeurs profondes du cou, et dont les symptômes ont été bien décrits par Ogle (1), Panas (2), Poiteau (3).

Les symptômes varient suivant que la compression est assez énergique pour abolir complètement les fonctions du nerf, ou suivant que cette compression est légère.

Dans le premier cas, on a observé comme phénomène constant et persistant le rétrécissement de la pupille. La rougeur, la congestion de la moitié correspondante de la face et de l'oreille, l'injection de la conjonctive, l'augmentation de la température des parties congestionnées, les sueurs localisées, l'augmentation de la sensibilité de la peau de la joue, le rétrécissement de l'ouverture palpébrale, sont autant de phénomènes qui peuvent accompagner le rétrécissement de la pupille, et qui se présentent plus ou moins fréquemment, ensemble ou isolément, dans les cas de compression énergique du grand sympathique cervical.

Lorsque la compression est légère, il semble que les fonctions du grand sympathique soient exaltées, et l'on peut alors observer la dilatation de la pupille, ainsi que le prouvent quelques faits recueillis par les auteurs cités précédemment. Dans une belle observation de tumeur de la région parotidienne, communiquée à Poiteau par notre collègue Ledentu, on voit le resserrement de la pupille succéder à la dilatation, ce qui permet de suivre, pour ainsi dire, les progrès de la compression qui, d'abord assez légère pour exalter les fonctions du nerf, a fini par les abolir entièrement.

Les accidents résultant de la compression exercée par les tumeurs sur les organes du cou méritent d'être pris en considération, surtout au point de vue du pronostic et du traitement. Quelques-uns de ces accidents peuvent, en effet, compromettre l'existence et créer des indications thérapeutiques spéciales.

Toutes les fois qu'il sera possible de s'attaquer directement à la tumeur, on devra avoir recours aux diverses opérations susceptibles d'atténuer ou de faire disparaître ces accidents; telles sont la ponction, l'extirpation, etc.

Dans les cas, au contraire, où toute intervention directe est formellement contre-indiquée, il est parfois possible de parer aux accidents im-

(1) *On the influence of the cervical-portion of the sympathetic nerve upon the eye* (Med.-chir. Transactions, 1858, t. XLI, p. 398).

(2) *Des signes qui caractérisent la compression de la portion cervicale et thoracique du grand sympathique* (Mém. de la Soc. de chir., t. VI, p. 363).

(3) *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique* (thèse de Paris, 1869).

médiats en pratiquant une opération propre à assurer la fonction compromise; telle est la trachéotomie faite dans les cas d'apnée imminente.

Ce rapide coup d'œil d'ensemble était nécessaire pour éviter de fréquentes répétitions avant d'aborder l'étude particulière des tumeurs du cou.

Parmi ces tumeurs, il en est quelques-unes qui sont propres à certaines régions secondaires ou à quelques organes, et qui seront décrites dans des paragraphes spéciaux (maladies des régions parotidienne, sus-hyoïdienne, etc., maladies du corps thyroïde, de l'œsophage, de la trachée, etc.).

D'autres, au contraire, pouvant se développer dans toutes les régions du cou et les envahir toutes à la fois, méritent une description générale; tels sont, les *adénopathies* et les *kystes*. Enfin, sous le titre de *tumeurs diverses*, nous signalerons un certain nombre de productions morbides qui se rencontrent assez rarement ou qui ne présentent aucune particularité importante.

A. Tumeurs ganglionnaires. — Adénopathies.

Si l'on tient compte de l'abondance extrême des ganglions lymphatiques à la région cervicale, on comprendra combien les adénopathies y sont fréquentes. Celles-ci revêtent d'ailleurs toutes les formes anatomiques et cliniques qui ont été décrites à l'occasion des maladies des ganglions lymphatiques (voyez t. II, p. 585).

Nous nous bornerons à indiquer ici les particularités propres aux adénopathies cervicales.

VELPEAU, *Tumeurs lymphatiques du cou (Clinique chirurgicale, t. III, p. 177. Paris, 1841)*. — LARREY, *Mémoire sur l'adénite cervicale chez les militaires (Bull. de l'Acad. de méd., 1842)*. — VISCARO, *Des tumeurs ganglionnaires du cou*, thèse de Paris, 1852. — BERGERON, *Des tumeurs ganglionnaires du cou*, thèse de concours, 1872. — LEGALLOIS, *Du lymphadénome du cou*, thèse de Paris, 1874.

ÉTIOLOGIE : Les adénopathies cervicales reconnaissent des causes générales et des causes locales.

Relativement à l'influence des causes générales, telles que la scrofule; la syphilis, la morve et le farcin, etc., on a longtemps discuté pour savoir si les ganglions lymphatiques du cou peuvent être affectés primitivement et directement par suite de la viciation du sang, ou si les adénopathies que l'on observe si souvent dans le cours de ces états diathésiques ne sont pas consécutives à des manifestations de ces mêmes diathèses sur quelque point des membranes tégumentaires dont les lymphatiques aboutissent aux ganglions engorgés. Cette dernière opinion a été surtout défendue par Velpeau qui niait les prétendues adéno-

pathies scrofuleuses par altération spéciale du sang et affirmait que ces adénopathies succèdent toujours à quelque lésion, présente ou passée, apparente ou cachée, de la peau ou des muqueuses de la tête.

Le débat s'est réveillé à l'occasion de l'adénopathie cervicale des militaires dont l'étiologie a été diversement interprétée et semble d'ailleurs complexe. Cette affection, très-fréquente chez les jeunes soldats, puisqu'on l'observe une fois sur seize, a été attribuée à l'action de causes extérieures, et, en particulier, aux froissements, aux contusions répétées d'un col rude et à l'impression directe sur le cou du courant d'air froid passant par la lucarne de la guérite durant les factious.

Mais on peut objecter que les jeunes soldats, passant de la vie civile à la vie militaire, se trouvent transportés brusquement dans des conditions hygiéniques tout à fait différentes, et que la viciation de l'air dans les casernes, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de l'alimentation, l'exposition aux intempéries de l'air, les excès de diverses natures, etc., doivent entraîner dans l'état général de profondes modifications, capables de prédisposer aux altérations du système lymphatique. Aussi est-il permis de rester dans le doute et d'admettre avec Larrey que les adénopathies cervicales des militaires se développent sous l'influence de causes multiples à la fois générales et locales.

Il en est de même pour les adénopathies scrofuleuses et syphilitiques. Si, en effet, chez un grand nombre de sujets, il est possible de découvrir, du côté de la peau ou des muqueuses de la tête, l'altération primitive qui a été le point de départ de l'engorgement ganglionnaire, dans une foule d'autres cas il est bien difficile de nier l'influence de l'état constitutionnel sur le développement de l'adénopathie, lorsqu'on voit, avec une lésion insignifiante, un grand nombre de ganglions envahis à la fois ou successivement.

Je crois donc que l'on doit accepter sans hésitation l'existence des adénopathies scrofuleuses et syphilitiques primitives, dues à l'état dyscrasique du sang, et indépendantes de toute lésion des membranes tégumentaires.

Cette distinction étiologique se présente encore à l'occasion des tumeurs cancéreuses des ganglions du cou. Quoique ces tumeurs soient le plus souvent consécutives à des cancers ou des épithéliomas des organes de la tête ou du cou, et succèdent à la propagation de la maladie par la voie des lymphatiques, cependant on possède aujourd'hui quelques exemples de cancer primitif des ganglions du cou.

Enfin, il est un certain nombre d'adénopathies cervicales dont l'étiologie est d'ailleurs absolument inconnue, mais qui ne peuvent être attribuées à aucune lésion antérieure des parties avoisinantes et reconnaissent vraisemblablement pour cause une altération des humeurs; tels sont : l'*hypertrophie simple* ou *lymphadénome*, le *lymphosarcome*, et surtout l'*adénie* avec ou sans *leucocythémie*.

On tend de plus en plus à considérer aujourd'hui ces diverses adéno-

pathies comme résultant d'un état dyscrasique du sang que l'on a désigné sous le nom de *lymphadénie*.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Quoique envahissant parfois la presque totalité du cou, les tumeurs ganglionnaires se montrent de préférence dans certaines régions où elles peuvent se limiter. Ces régions sont, par ordre de fréquence, la région parotidienne, la région sous-maxillaire, la région sterno-cléido-mastoïdienne, la région sus-claviculaire et la région sous-occipitale.

Parfois bornée aux ganglions superficiels, l'adénopathie s'étend souvent aux ganglions profonds et peut alors envahir ceux du médiastin et de l'aisselle.

D'après leur ensemble symptomatologique, les adénopathies cervicales se divisent en *inflammatoires* et *non inflammatoires*.

Les premières sont tantôt *aiguës*, tantôt *chroniques*; nous ne dirons rien des adénites aiguës dont l'histoire clinique se confond avec celle des phlegmons et abcès du cou. Les adénopathies chroniques, inflammatoires ou non inflammatoires, qui seules doivent nous occuper, présentent un certain nombre de symptômes communs.

Quelle que soit leur nature, les adénopathies cervicales chroniques se montrent sous forme de tumeurs plus ou moins régulières, composées de masses distinctes ou reliées ensemble, de forme généralement arrondie ou ovalaire, de consistance variable, mais le plus souvent molle et élastique. La peau généralement saine, au moins dans le principe, peut glisser au devant de la masse ganglionnaire qui est plus ou moins mobile sur les parties profondes. L'indolence est encore un symptôme commun à la plupart des adénopathies cervicales chroniques.

Les caractères qui précèdent se rapportent surtout aux tumeurs ganglionnaires placées superficiellement. Lorsque le mal affecte les ganglions cervicaux profonds, la masse morbide présente une mobilité beaucoup moindre; de plus on peut voir survenir divers phénomènes qui indiquent une compression sur les organes du cou; tels sont les troubles de la phonation, de la respiration et de la déglutition résultant de la compression exercée sur le larynx, la trachée, le pharynx et l'œsophage; les symptômes de congestion encéphalique, résultant de la compression de la jugulaire; enfin divers troubles nerveux dus à la compression des nerfs.

La nature même de l'adénopathie imprime à la tumeur des caractères particuliers qui permettent dans un certain nombre de cas d'établir le diagnostic de la variété à laquelle on a affaire.

L'*adénite chronique*, idiopathique ou symptomatique, succède parfois à l'adénite aiguë et, dans ce cas, le diagnostic ne présente pas de difficulté; celle-ci n'existe que lorsque l'adénite revêt d'emblée la forme chronique. On reconnaîtra la nature du mal aux signes suivants: la tumeur est rarement très-volumineuse; sa consistance n'est pas uniforme; on y trouve des parties plus dures, d'autres plus molles, par-

fois même complètement ramollies. Le tissu cellulaire et la peau participent souvent, dans une certaine mesure, au travail phlegmasique; il y a, en un mot, une *péri-adénite* qui n'existe pas dans les autres adénopathies. Enfin l'adénite chronique s'accompagne assez souvent de douleurs subaiguës.

Ces mêmes caractères se rencontrent dans les adénopathies *scrofuleuses* et *tuberculeuses* qui offrent encore une plus grande tendance au ramollissement, à la suppuration et à l'ulcération. En outre ces tumeurs s'observent surtout dans le jeune âge et chez des sujets manifestement scrofuleux ou tuberculeux.

L'*adénopathie syphilitique* se distinguera aisément par les commémoratifs et par son siège presque exclusif dans les ganglions cervicaux postérieurs. Enfin les tumeurs sont généralement petites, dures, roulant sous le doigt et indolentes.

L'*adénopathie cancéreuse* est souvent difficile à reconnaître au début, lorsque la maladie se montre dans les ganglions cervicaux sans avoir été précédée d'une tumeur cancéreuse apparente. On devra donc examiner avec soin tous les organes et l'on parviendra souvent à constater l'existence d'un cancer méconnu, comme a pu le faire le professeur Verneuil, dans un cas de cancer de l'œsophage.

La dureté de la tumeur, les douleurs lancinantes, le développement rapide, l'envahissement de la peau, qui ne tarde pas à s'ulcérer, enfin l'apparition des symptômes cachectiques pourront éclairer le diagnostic. On devra tenir compte encore de l'âge du sujet, le cancer ne survenant généralement que chez des adultes ou des vieillards.

Nous arrivons enfin au point le plus délicat de l'histoire clinique des adénopathies cervicales, nous voulons parler des caractères différentiels permettant de distinguer le *lymphadénome* simple, idiopathique, de nature bénigne, des tumeurs hypertrophiques complexes, malignes, susceptibles de se généraliser et d'entraîner la mort. Dans cette dernière classe se rangent les hypertrophies ganglionnaires généralisées qui constituent la maladie décrite par Trousseau sous le nom d'*adénie*, les hypertrophies ganglionnaires accompagnées de *leucocythémie*, enfin les *lymphosarcomes*.

Il faut avouer que le diagnostic entre ces diverses formes d'hypertrophies ganglionnaires est souvent extrêmement obscur au début. Mais c'est déjà un grand point pour le clinicien d'être prévenu que toutes les adénopathies cervicales chroniques ne sont pas bénignes, que certaines formes peuvent être symptomatiques d'une altération générale des humeurs et se généraliser rapidement.

On devra donc se défier des engorgements ganglionnaires du cou étendus et disposés à s'accroître assez rapidement, surtout lorsqu'ils surviennent sur les sujets adultes, ayant dépassé trente ou quarante ans.

Il sera toujours nécessaire, dans les cas douteux, d'explorer avec soin les régions inguinales et axillaires, ainsi que les cavités planchniques,

afin de s'assurer qu'il n'existe pas ailleurs d'hypertrophies ganglionnaires.

On devra, enfin, faire l'examen du sang et rechercher les proportions des globules blancs et rouges. Il sera souvent possible de constater l'augmentation considérable des globules blancs, ou la notable diminution des globules rouges (leucocythémie, adénie). Grâce à ces caractères, et à la rapide généralisation des engorgements ganglionnaires, on parviendra le plus souvent à reconnaître les adénopathies symptomatiques de l'adénie ou de la leucocythémie.

Quant au diagnostic différentiel entre le *lymphadénome* et le *lymphosarcome malin*, on peut dire qu'il est encore à peine ébauché. Nous pensons même qu'au début il est à peu près impossible de distinguer la simple hypertrophie ganglionnaire du lymphosarcome. On voit, en effet, certaines tumeurs ganglionnaires du cou, offrant primitivement l'apparence de tumeurs hyperplasiques, prendre tout à coup des caractères malins. La maladie envahit progressivement et de proche en proche les ganglions cervicaux au point d'acquérir des dimensions parfois énormes, mais sans avoir jamais aucune tendance à la suppuration et à l'ulcération; puis il se fait en même temps une généralisation plus ou moins rapide et des productions analogues se montrent en divers points du corps. Enfin, lorsque le chirurgien, méconnaissant la véritable nature de ces adénopathies malignes, se décide à extirper la tumeur, l'opération présente souvent des conséquences funestes et est suivie d'une récurrence maligne. Le professeur U. Trélat (1) a lu à la Société de chirurgie une observation extrêmement intéressante et qui pose nettement la distinction clinique entre l'hypertrophie ganglionnaire bénigne et le lymphosarcome malin.

TRAITEMENT. — Il comprend des moyens locaux et généraux, et varie nécessairement avec la nature de l'adénopathie.

Le traitement interne conviendra dans les cas d'adénopathies syphilitiques ou scrofuleuses et suffira souvent pour les faire disparaître. L'influence du traitement antiscrofuleux est moins bien constatée dans ces hypertrophies ganglionnaires simples, localisées au cou, survenant dans le jeune âge, susceptibles d'acquérir un développement quelquefois considérable et résistant avec une si grande ténacité à tous les moyens thérapeutiques. Cependant une observation rapportée dans la thèse de Bergeron, et empruntée à Verneuil, est de nature à donner confiance dans l'emploi persévérant des moyens hygiéniques : chez un jeune homme atteint d'une hypertrophie énorme des ganglions cervicaux, le séjour prolongé pendant deux ans au bord de la mer et dans le midi a amené une guérison presque complète.

Nous signalerons enfin parmi les médicaments internes préconisés contre l'hypertrophie ganglionnaire du cou le phosphore, pris à la dose

(1) *Soc. de clin.*, 8 mars 1872.

de 1, 2, 3 milligrammes par jour, et qui paraît avoir donné quelques bons résultats entre les mains de Verneuil (1).

TRAITEMENT LOCAL. — Je rappellerai seulement à ce sujet les divers moyens résolutifs employés contre l'adénite chronique : pommades, vésicatoires, compression, massage, etc., dont l'action paraît plus que douteuse dans le lymphadénome simple, et est certainement nulle dans l'adénie, la leucocythémie, le lymphosarcome, le cancer des ganglions.

Je mentionnerai encore l'emploi de l'électricité, l'usage des sétons filiformes traversant les ganglions hypertrophiés, qui ont donné quelques succès dans les cas d'adénites chroniques ou de lymphadénomes localisés. Il en est de même des injections parenchymateuses préconisées par Luton (de Reims) et qui consistent à injecter dans l'épaisseur des ganglions hypertrophiés de la teinture d'iode, une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de sodium.

Enfin, lorsque tous les moyens locaux et généraux ont échoué, il reste encore une dernière ressource consistant dans l'extirpation de la tumeur. Cette opération, néanmoins, ne doit pas être pratiquée dans tous les cas indistinctement; elle comporte même de sévères contre-indications que des observations récentes ont permis d'établir rigoureusement.

L'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou doit être proscrite lorsqu'il s'agit manifestement de tumeurs secondaires, symptomatiques d'une altération locale ou générale contre laquelle la thérapeutique est impuissante : telles sont les adénopathies cervicales tuberculeuses ou cancéreuses, les adénopathies généralisées avec ou sans leucocythémie.

L'extirpation est, au contraire, indiquée dans les adénites chroniques, l'hypertrophie simple, le lymphadénome et le lymphosarcome localisés. Mais il se présentera souvent dans la pratique des cas extrêmement embarrassants, dans lesquels le chirurgien hésitera pour décider s'il s'agit d'un lymphadénome simple ou de l'une de ces formes de lymphosarcome susceptible de se généraliser et de récidiver après l'opération. La difficulté du diagnostic, sur laquelle nous avons insisté, devra rendre très-circonspect et retarder l'action chirurgicale jusqu'à ce que le temps ait permis de juger la nature de la maladie.

Quant au manuel opératoire de l'extirpation, on ne peut établir de règles générales à ce sujet. La tumeur ganglionnaire mise à nu par une incision convenable, on ouvre la gaine celluleuse qui entoure chaque ganglion, et l'on extrait celui-ci par énucléation, avec le doigt ou un instrument mousse quelconque. Cette opération, qui se pratique dans une région riche en vaisseaux et en nerfs importants, est loin d'être toujours facile et exempte de dangers. Elle exige de la part du chirurgien une grande habitude, un sang-froid à toute épreuve, et des connaissances anatomiques précises.

(1) Legallois, *Du lymphadénome du cou* thèse, Paris, 1873.

B. Kystes.

Parmi les tumeurs que l'on peut rencontrer à la région cervicale, les kystes occupent une place importante. Quoique signalés dès l'antiquité et même partiellement décrits dans les traités de chirurgie, ils n'ont commencé à être étudiés sérieusement que vers le commencement de ce siècle par J. P. Maunoir (de Genève); puis par Fleury et Marchessaux. En 1839, César Hawkins attira l'attention d'une manière spéciale sur certains kystes du cou, remarquables par leur origine congénitale, et cette nouvelle classe de kystes devint l'objet d'une étude sérieuse de la part de divers auteurs, parmi lesquels on doit citer Wernher, L. Gilles, Virlet, Lorain, P. Boucher. Cependant, jusque dans ces dernières années, on a confondu dans une description commune les kystes du cou développés avant ou après la naissance, et cette confusion se retrouve dans les mémoires de Voillemier, de Roux (de Brignolles) et de Gurlt.

Il nous a paru que dans l'état actuel de nos connaissances, il était indispensable de scinder en deux parties l'histoire générale des kystes du cou et de décrire successivement : a, les *kystes congénitaux*; b, les *kystes non congénitaux*.

P.-J. MAUNOIR, *Mémoire sur les amputations, l'hydrocèle du cou, etc.*, Genève et Paris, 1825. — J. O'BÉIRNE, *Observations et réflexions sur l'hydrocèle du cou* (*Arch. gén. de méd.*, 1834, 2^e série, t. VI, p. 415). — FLEURY et MARCHESSEAU, *Mémoire sur les tumeurs enkystées du cou* (*Arch. gén. de méd.*, 1839, 3^e série, t. V). — CÉSAR HAWKINS, *On a peculiar Form of congenital Tumour of the Neck* (*Med.-Chir. Transactions*, 1839, 2^e série, t. IV, p. 231). — VERNHER, *Die angebornen Kystenhygrom*. Giessen, 1843. — VOILLEMIER, *Des kystes du cou*, thèse de concours, Paris, 1851. — J. GILLES, *De Hygromatis cysticis congenitis*. Bonn, 1852. — VIRLET, *Des kystes congénitaux du cou*. Thèse de Paris, 1854. — ROUX (de Brignolles), *Mémoire sur les kystes séreux du cou* (*Acad. de méd.*, 3 juill. 1855). — E. GURLT, *Ueber die Cystengeschwulst des Halses*. Berlin, 1855. — P. BOUCHER, *Étude sur les kystes congénitaux du cou*. Thèse de Paris, 1868. — BUROW, *Zur Lehre von den serösen Halscysten* (*Archiv für klinische Chirurgie* t. XII, p. 976, et *Archives gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 355). — MAX SCHEDE, *Sur les athéromes profonds du cou* (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1872, t. XIV, 1^{re} livraison, et *Archives gén. de méd.*, 1874, t. I, p. 236).

a. Kystes congénitaux.

On a vu que c'est à Cesar Hawkins que l'on doit le premier travail d'ensemble sur cette classe importante de kystes du cou. Après lui, Wernher et J. Gilles, dans leurs mémoires sur les kystes congénitaux en général, consacraient une large place à l'étude des kystes congénitaux du cou. Cependant, cette affection était à peu près ignorée en France, lorsque Lorain publia trois observations qui servirent de base à la thèse de Vir-

let. Enfin P. Boucher, réunissant dans un mémoire remarquable la plupart des faits connus, a pu tracer une histoire à peu près complète des kystes congénitaux du cou.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le plus grand nombre des kystes congénitaux du cou appartient à la classe des kystes *séreux*, et ce sont à peu près les seuls que Boucher ait décrits dans sa thèse. Cependant, on observe encore à la région cervicale d'autres variétés de kystes congénitaux, je veux parler des kystes *dermoïdes* et *hétérotopiques*.

1^o *Kystes séreux*. — Les kystes séreux sont *simples* ou *composés*.

Kystes séreux simples. — Ils sont uniloculaires ou incomplètement cloisonnés et siègent sur les parties latérales du cou, envahissant quelquefois une partie de la joue correspondante. J. Gilles, le premier, a fait remarquer qu'on les rencontre presque toujours du côté gauche. Placés superficiellement entre la peau et l'aponévrose, ils présentent un volume variable et peuvent acquérir des dimensions considérables au point d'occuper toute la partie latérale du cou.

Le kyste est généralement peu adhérent à la peau et à l'aponévrose superficielle. Ses parois sont constituées tantôt par un tissu cellulaire mince et souple, tantôt par une membrane plus résistante et comme fibreuse. En général il n'y a qu'une poche unique; parfois, cependant, la cavité est incomplètement cloisonnée par des trabécules qui partent de sa face interne. Celle-ci est doublée d'une membrane séreuse avec revêtement épithélial.

Le liquide qui forme le contenu du kyste est de nature variable; c'est tantôt de la sérosité claire, limpide comme de l'eau de roche; tantôt de la sérosité jaunâtre, renfermant parfois un peu de sang. Le liquide a une saveur salée et contient une petite quantité d'albumine.

Kystes composés. — Ces kystes résultent de l'agglomération d'un nombre plus ou moins considérable de kystes, indépendants les uns des autres et renfermant des produits divers.

Ils diffèrent en outre par leur siège anatomique des kystes simples. Tandis que ceux-ci n'occupent que les parties antéro-latérales, et sont toujours superficiels, les kystes composés se montrent sur tous les points du cou, et sont sous-cutanés ou profonds. Dans quelques cas même, ils sont placés au devant de la colonne vertébrale, derrière le pharynx et l'œsophage, et peuvent remonter jusqu'à l'apophyse basilaire.

Leur volume est très-variable. Quelquefois gros comme un œuf de poule, et situés sur un des côtés du cou, ils atteignent souvent d'énormes dimensions et occupent à la fois les régions antérieure et bilatérales, depuis la mâchoire inférieure jusqu'aux clavicules.

Les kystes composés représentent parfois une tumeur unique, constituée par la juxtaposition d'un grand nombre de petits kystes secondaires; dans d'autres cas, il existe plusieurs masses kystiques, distinctes les unes des autres, et reliées entre elles par du tissu cellulaire: autour de ces tumeurs on rencontre de petits kystes isolés, plus ou