

avec les doigts, de façon à ne pas intéresser de vaisseaux importants. L'opération n'est généralement pas très-grave, et, à moins de complications, la guérison survient rapidement. Il y a cependant une réserve à faire pour les enfants à la mamelle. Si une intervention devient nécessaire, mieux vaut tenter l'excision avec cautérisation de la poche, avant de recourir à l'ablation, à cause du danger des opérations dans le très-jeune âge. Ce fut la conduite que tint Richet (1) dans un cas de kyste sébacé sublingual, chez un enfant âgé de quelques jours qui tétait difficilement. La guérison ne se maintint pas, et l'enfant fut perdu de vue.

*b. Lipomes.* — Improprement nommés *grenouillettes graisseuses*, ils se rencontrent très-rarement à la région sus-hyoïdienne; c'est à peine s'il en a été publié cinq ou six observations. Quelquefois la muqueuse jaunâtre, vascularisée, qui les recouvre, laisse voir par transparence les pelotons adipeux.

Leur accroissement est très-lent, et le doigt ne les déprime pas comme il déprime, dans quelques cas, les kystes dermoïdes. Le diagnostic présente toujours des difficultés, soit avec les grenouillettes, soit surtout avec les kystes dermoïdes.

L'ablation, seul traitement qui convienne, n'est indiquée que si la tumeur a pris un développement suffisant pour gêner la parole, la mastication, etc. On pratiquera cette opération comme pour les kystes dermoïdes.

*c. Tumeurs ganglionnaires.* — Nous ne faisons que les signaler. Elles sont rares en tant que tumeurs primitives, et, comme dégénérescences secondaires, elles ne présentent rien de particulier à la région sus-hyoïdienne, sauf qu'elles exposent, dans tous les cas, le malade au danger de suffocation, d'hémorrhagie, etc. Lorsqu'on veut entreprendre leur ablation, les préceptes que nous avons donnés pour l'extirpation des glandes sous-maxillaires sont également applicables.

#### § IV. — Maladies de la région sous-hyoïdienne.

##### ARTICLE PREMIER

###### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE.

Les traumatismes de la région sous-hyoïdienne empruntent leur intérêt principal aux lésions du larynx, de la trachée, de l'œsophage, qui surviennent presque fatalement, dès qu'il s'agit d'une contusion énergique ou d'une plaie profonde. Ces lésions seront étudiées plus tard.

Les plaies de la région sous-hyoïdienne peuvent encore, sans intéresser la trachée ou l'œsophage, se compliquer de la blessure du corps

(1) Thèse de Landeta.

thyroïde, des plexus veineux thyroïdiens, des nerfs récurrents. Enfin, un instrument vulnérant, rasant la fourchette sternale, peut blesser les troncs brachio-céphaliques, artériels ou veineux. Ces diverses complications ont déjà été décrites ou le seront ultérieurement.

##### ARTICLE II

###### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE.

###### 1° Phlegmons et abcès.

Les phlegmons et abcès de cette région présentent deux variétés de siège; les uns sont limités à l'espace hyo-thyroïdien, les autres occupent la région laryngo-trachéale.

*a. Les abcès de l'espace hyo-thyroïdien* se développent dans cette petite masse cellulo-graisseuse, située à la face antérieure de l'épiglotte, entre celle-ci et la membrane thyro-hyoïdienne. Quoique signalés par Sestier (1), dans son mémoire sur l'*angine laryngée œdémateuse*, leur histoire est encore incomplète, surtout au point de vue étiologique.

D'après la plupart des auteurs, les abcès hyo-thyroïdiens pourraient être idiopathiques ou symptomatiques d'affections diverses, inflammatoires ou autres, de la langue, de la gorge, de l'épiglotte, de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde. Ils seraient aussi aigus ou chroniques. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, chez un homme de 46 ans, le développement des accidents inflammatoires paraît avoir été précédé de la présence, dans la région hyo-thyroïdienne, d'une petite tumeur indolente, sur la nature de laquelle il m'a été impossible d'acquiescer une notion certaine.

Quoi qu'il en soit, ces abcès méritent surtout d'attirer l'attention par les symptômes graves qu'ils déterminent et qui sont dus à la propagation de l'inflammation à l'ouverture supérieure du larynx, et au refoulement de l'épiglotte en arrière, d'où résultent des troubles plus ou moins sérieux du côté de la phonation et de la respiration: altération du timbre de la voix, aphonie, dyspnée, accès de suffocation.

Extérieurement les phlegmons hyo-thyroïdiens se manifestent par un gonflement, exactement limité à la petite région thyro-hyoïdienne, et s'accompagnent de tension douloureuse, avec rougeur de la peau.

Ces abcès tendent à se porter du côté du pharynx, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte. Le doigt introduit profondément dans la bouche pourrait dans certains cas sentir le relief formé par la collection purulente. Il serait également possible de constater cette saillie à l'aide du laryngoscope.

(1) Archives génér., de médecine, 4<sup>e</sup> série, t. XXIV, p. 477.



L'ouverture de ces abcès se fait souvent sur les parties antérieures ou latérales de l'épiglotte. C'est ce qui est arrivé chez le malade dont je citais plus haut l'observation. En pressant sur la tumeur hyo-thyroïdienne, on la vidait presque complètement dans la bouche, et en pratiquant l'examen laryngoscopique, il était facile de s'assurer que l'ouverture spontanée de l'abcès siégeait en avant et à gauche de l'épiglotte, dans le fond de la petite excavation bornée par le repli glosso-épiglottique.

Le traitement des phlegmons de l'espace hyo-thyroïdien ne diffère de celui des autres phlegmons du cou, que par la nécessité d'agir énergiquement, afin de prévenir les symptômes graves qui peuvent survenir du côté du larynx. Les moyens antiphlogistiques seront d'abord mis en usage, puis si la suppuration est imminente, ou si les accidents de suffocation se déclarent, on devra pratiquer, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, une incision pénétrant profondément au-delà de la membrane thyro-hyoïdienne. Si malgré cette incision, les symptômes dyspnéiques persistaient, il serait nécessaire de pratiquer la trachéotomie.

b. Les abcès de la région laryngo-trachéale occupent le tissu cellulaire lâche, qui enveloppe le larynx et la trachée.

Ils peuvent être idiopathiques et succèdent alors à des phlegmasies de la peau, ou à des traumatismes; dans d'autres cas, le pus est venu fuser des parties voisines. Enfin, on observe fréquemment dans la région laryngo-trachéale des abcès symptomatiques de lésions du larynx ou de la trachée, de la clavicule, du sternum, de l'articulation sterno-claviculaire (périostite, carie, nécrose).

Ces abcès présentent comme caractère particulier la tendance à se propager du côté du thorax, en suivant le conduit laryngo-trachéal. Aussi ne doit-on pas craindre de les ouvrir de bonne heure et de pratiquer des contre-ouvertures, le pus tendant à fuser vers le médiastin.

Inversement, on a vu des abcès du médiastin ou des collections purulentes pleurales ou pulmonaires faire saillie et s'ouvrir au-dessus du sternum. On trouvera, dans les *Archives générales de médecine* (août 1829), un cas d'abcès du poumon ouvert, par deux orifices, au-dessus du sternum, et Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique*, a cité le cas d'une caverne pulmonaire, ouverte à la région sous-hyoïdienne, sur le côté du cartilage thyroïde.

Nous avons omis à dessein de parler des *phlegmasies de la glande thyroïde*, qui seront décrites en même temps que les autres tumeurs de cet organe.

## 2° Kystes.

La région sous-hyoïdienne est le siège fréquent de tumeurs kystiques. Les unes prennent naissance dans le corps thyroïde et seront étudiées plus loin; les autres appartiennent à cette grande classe de kystes séreux

congénitaux, ordinairement multiloculaires, que nous avons décrits précédemment (voy. p. 52) et sur lesquels il est inutile de revenir.

Indépendamment de ces deux variétés importantes, on observe encore d'autres kystes tout à fait propres à la région sous-hyoïdienne, et qui doivent être distingués entre eux, suivant leur siège, sur la ligne médiane ou sur les parties latérales de la région, et suivant leur origine congénitale ou accidentelle.

a. Les *kystes des parties latérales de la région sous-hyoïdienne* me paraissent être presque toujours d'origine congénitale, et pourraient être désignés sous le nom de *kystes branchiaux*. J'en ai observé pour ma part un bel exemple que j'ai rapporté en faisant l'histoire des fistules branchiales; le kyste présentait comme caractère tout à fait spécial d'être canaliculé, et était formé par une petite tumeur arrondie, siégeant à droite de la ligne médiane, et se prolongeant à l'aide d'un cordon canaliculé, jusqu'à la grande corne droite de l'os hyoïde. Le malade quitta mon service, sans que j'aie su ce qu'il était advenu de sa tumeur.

Il est probable que ce kyste, venant à s'ouvrir spontanément, ou étant ouvert artificiellement, aurait donné lieu à une fistule présentant les caractères des fistules branchiales.

b. Les *kystes de la ligne médiane* peuvent être congénitaux ou accidentels.

Nous citerons d'abord un fait rapporté par Larrey (1), sous le nom de *kyste canaliculé du cou*, et qui rappelle, à beaucoup d'égards, celui que j'ai observé sur les parties latérales. Quoique l'origine congénitale n'ait pas été recherchée, il me paraît évident, par la lecture attentive de l'observation, que l'on devait avoir affaire dans ce cas à un kyste branchial. Ce *kyste canaliculé*, pour me servir de l'expression employée par Larrey, se composait de deux parties, dont l'une était située au voisinage de l'espace hyo-thyroïdien, et dont l'autre se trouvait placée au-dessus de la fourchette sternale. Ces deux parties étaient reliées entre elles par un cordon canaliculé. Le kyste s'enflamma plusieurs fois, et la poche inférieure fut ouverte. On put se convaincre que les injections poussées dans le trajet fistuleux pénétraient dans le larynx ou plutôt le pharynx, car indépendamment des accès de toux et de l'expectoration qu'elles déterminaient, le malade percevait la saveur des substances injectées. Cette communication a paru s'oblitérer plus tard, à la suite d'injections irritantes, mais la fistule a persisté.

Nous indiquerons encore, parmi les kystes congénitaux médians, un fait cité par Panas (2) de *kyste dermoïde médian*, placé dans l'espace hyo-thyroïdien, et contenant de la matière sébacée et des poils.

Il nous reste enfin à décrire deux variétés de kystes médians, sortes d'hygromas, qui siègeraient l'un dans la bourse séreuse préthyroïdienne,

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, t. III, p. 489, 503 et 607.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 3<sup>e</sup> série, t. III, p. 235.



l'autre dans la bourse séreuse hyo-thyroïdienne, laquelle, ainsi qu'on le sait, se prolonge en arrière de l'os hyoïde, entre celui-ci et la membrane hyo-thyroïdienne.

Les *kystes préthyroïdiens* paraissent assez rares; je crois cependant en avoir observé un exemple, ou du moins il s'agissait d'un hygroma enflammé et suppuré. La tumeur, exactement située sur le milieu du cartilage thyroïde, faisait corps avec celui-ci. Après son ouverture, il s'en écoula un liquide séro-purulent, et on put constater l'intégrité du cartilage sous-jacent, ce que confirma du reste la guérison prompte du malade.

Les *kystes hyo-thyroïdiens*, sur lesquels Boyer a attiré l'attention, seraient d'après la plupart des auteurs des hygromas de la bourse séreuse placée en avant de la membrane hyo-thyroïdienne, entre celle-ci et la face postérieure du corps de l'os hyoïde.

Je n'oserais affirmer qu'il en soit toujours ainsi, et je pense que de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour élucider cette question, car il paraît évident que, dans un certain nombre de cas, les kystes hyo-thyroïdiens sont d'origine congénitale, et il pourrait bien se faire que quelques-uns de ces kystes fussent également liés à une anomalie du système branchial.

Quoiqu'il en soit, les kystes hyo-thyroïdiens se présentent sous l'aspect d'une tumeur située sur la ligne médiane, au-dessous de la base de l'os hyoïde, généralement peu volumineuse et ne dépassant guère les dimensions d'une petite noix. Cette tumeur est dure, renitente, fluctuante, et suit les mouvements du larynx.

Pendant longtemps stationnaire et indolente, la tumeur peut augmenter brusquement de volume et devenir douloureuse. Il est probable même qu'un certain nombre d'abcès de l'espace hyo-thyroïdien reconnaissent pour origine l'inflammation de ces petits kystes. C'est du moins ce que j'ai cru observer dans un fait cité à l'occasion des abcès hyo-thyroïdiens.

Lorsque la tumeur est ouverte, avant que l'inflammation l'ait envahie, il s'en écoule un liquide transparent, visqueux, muqueux, analogue à celui qu'on trouve dans la grenouillette. La nature de ce liquide peut faire soupçonner qu'il ne provient pas d'une séreuse, mais d'une cavité kystique, tapissée par une membrane muqueuse, et par conséquent que ces kystes pourraient bien être encore d'origine branchiale.

Qu'elle se soit ouverte spontanément ou qu'elle l'ait été par la main du chirurgien, la tumeur kystique s'affaisse, laissant à sa suite une ouverture fistuleuse, d'où s'écoule constamment un liquide muco-purulent, et qui loin de présenter de la tendance à la cicatrisation se montre extrêmement rebelle à tout traitement, ou reste même définitivement incurable. Un stylet introduit dans le trajet fistuleux s'enfoncé profondément derrière l'os hyoïde, jusque vers la base de l'épiglotte.

C'est en se fondant sur ce dernier caractère, en même temps que sur

la nature du liquide contenu dans le kyste, que Nélaton a émis des doutes sur le siège anatomique de la lésion, et a avancé l'hypothèse que les kystes hyo-thyroïdiens ne sont pas des hygromas de la bourse séreuse du même nom, mais des kystes glandulaires, formés par l'ampliation de follicules sous-muqueux, placés entre la membrane thyro-hyoïdienne et l'épiglotte. Ces kystes pourraient être désignés sous le nom de *grenouillettes sous-hyoïdiennes*. Mais jusqu'à présent rien ne prouve cette origine, et il est même invraisemblable qu'une tumeur kystique ayant cette origine ne se développe pas plutôt du côté de la base de la langue.

Le traitement des kystes de la région sous-hyoïdienne ne diffère pas de celui des autres kystes. La ponction suivie d'injection iodée constitue la meilleure méthode curative.

### 3° Fistules.

Parmi les fistules que l'on peut rencontrer à la région sous-hyoïdienne, les unes nous sont déjà connues, telles sont les *fistules branchiales* et celles qui succèdent à l'ouverture des kystes hyo-thyroïdiens. Signalons encore les fistules que l'on observe à la suite des ostéo-périostites de la clavicule, du sternum, des lésions de l'articulation sterno-claviculaire. Enfin, il existe une dernière classe de fistules propres à la région sous-hyoïdienne, ce sont les fistules du larynx, de la trachée, de la plèvre, dont nous aurons plus tard à nous occuper.

Le *diagnostic* de ces fistules est généralement assez facile, d'après les renseignements fournis par les commémoratifs, par le siège et la direction du trajet fistuleux, par la nature du liquide qui s'en écoule, et par les troubles fonctionnels qui accompagnent leur présence.

Le *pronostic* et le *traitement* varient nécessairement suivant la variété de fistule à laquelle on a affaire.

Nous avons seulement à insister sur la ténacité des fistules qui succèdent à l'ouverture des kystes hyo-thyroïdiens, et qui parfois résistent au traitement le plus énergique.

Les injections irritantes, qui réussissent parfois à rétrécir leur calibre et à diminuer la sécrétion, parviennent bien rarement à déterminer leur occlusion complète. Il faut presque toujours, dans ces cas, faire l'excision complète du trajet fistuleux, et si l'on veut obtenir un bon résultat, il est indispensable de prolonger la dissection jusqu'au delà du cul-de-sac terminal. Nélaton a même indiqué le moyen suivant pour reconnaître si l'opération que l'on a faite est radicale. Que l'on prenne un stylet, un petit crayon, et qu'on l'introduise dans le trajet. Si l'instrument traverse le canal à ses deux extrémités, l'opération est mauvaise, et la récurrence surviendra probablement; si, au contraire, l'instrument est arrêté par un cul-de-sac, on peut presque affirmer que la fistule guérira.

Mais, il faut bien savoir que cette dissection complète de la totalité



du trajet est parfois impossible, lorsque la fistule se prolonge jusque sous la base de la langue, et c'est précisément dans ces cas que la maladie est à peu près incurable.

#### 4° Tumeurs.

Nous n'avons rien à dire des tumeurs de la région sous-hyoïdienne qui, pour la plupart, ont leur point de départ dans le corps thyroïde. Indépendamment des *abcès* et des *kystes*, dont nous avons parlé précédemment, il faut encore signaler, dans cette région, la présence de *tumeurs anévrysmales* de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique, et les tumeurs qui dépendent de la trachée et de l'œsophage.

### § V. — Maladies de la région sterno-cléido-mastoïdienne.

#### ARTICLE PREMIER

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIENNE.

La présence des vaisseaux et nerfs principaux du cou imprime aux blessures de cette région un caractère de gravité exceptionnelle, et nous renvoyons, sur ce sujet, à l'étude générale des plaies des vaisseaux et des nerfs du cou (voy. p. 12).

Mais il est encore un point spécial aux lésions traumatiques de la région sterno-mastoïdienne, je veux parler de la section plus ou moins complète du muscle sterno-mastoïdien. Il peut en résulter des modifications dans l'attitude de la tête, et une gêne dans les mouvements.

Dans un fait relaté par Stromeyer (1), où le sterno-mastoïdien avait été complètement sectionné, la tête restait droite tant que le malade ne faisait pas de mouvements, mais, dès qu'il essayait de mouvoir la tête, celle-ci s'abattait du côté opposé à la section, avec une rapidité comparée à celle de la lame d'un couteau de poche qu'on vient à fermer.

Stromeyer pense que, dans la plupart des cas, la gêne des mouvements occasionnée par les blessures du muscle sterno-mastoïdien, finit par disparaître. Cependant, nous pouvons opposer à ce pronostic benin un fait (2) tiré de l'histoire médico-chirurgicale de la guerre d'Amérique, et dans lequel un torticolis permanent a succédé à une plaie par arme à feu du muscle sterno-mastoïdien.

Nous insisterons donc, au point de vue thérapeutique, sur la nécessité de ne pas trop prolonger l'attitude de la tête vers le côté blessé, et de

(1) *Maximen der Kriegsheilkunde*, p. 423.

(2) *Medical and surgical history of the war of the rebellion (Surgical part)* t. I, p. 405.

lutter, à un moment donné, contre la tendance à conserver cette attitude.

#### ARTICLE II

##### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIENNE.

#### 1° Maladies inflammatoires.

Les phlegmasies profondes, développées sous le muscle sterno-mastoïdien, méritent seules de nous arrêter. Elles ont été très-bien étudiées, dans ces dernières années, par Dumesthé (1) et Castelain (2). Conformément à l'opinion de ce dernier auteur, je pense que les phlegmasies aiguës profondes de la région sterno-mastoïdienne ont pour origine à peu près constante l'inflammation des nombreux ganglions lymphatiques situés au-dessous du muscle; ce sont donc presque toujours, sinon toujours, des *adéno-phlegmons*.

Ceux-ci succèdent le plus souvent aux affections de la cavité bucco-pharyngienne, telles que les stomatites, la carie dentaire, les angines, et principalement l'angine scarlatineuse. Les excoriations du cuir chevelu, de l'oreille externe, peuvent également être l'origine de la maladie. On l'a vue encore survenir à la suite d'une rupture de l'œsophage. Enfin, il est très-fréquent de voir les phlegmons profonds de la région sterno-mastoïdienne succéder à l'impression du froid.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les symptômes généraux précèdent souvent l'apparition des symptômes locaux. On observe alors de la fièvre, de l'inappétence, de la céphalalgie, bientôt suivies de gonflement et de douleur.

Le gonflement occupe la partie latérale du cou, et suit exactement la direction du muscle, dont il déborde les limites en avant et en arrière. Quoique toute la région soit le siège d'un empâtement, cependant il est facile de s'assurer que celui-ci est plus profond que le muscle sterno-mastoïdien.

La douleur est généralement très-vive; elle présente souvent des irradiations vers l'oreille et la clavicule, suivant les branches du plexus cervical superficiel.

La tête prend la position propre au torticolis, c'est-à-dire qu'elle s'incline du côté malade, en même temps que la face regarde du côté opposé. Si l'on cherche à corriger cette attitude vicieuse, on détermine de violentes douleurs. Signalons encore la difficulté des mouvements de la mâchoire et la gêne de la déglutition déterminée par la compression de la tumeur sur le pharynx.

Les adéno-phlegmons de la région sterno-mastoïdienne peuvent se

(1) Thèse de Paris 1864

(2) Thèse de Paris 1839



terminer par résolution, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié. On voit alors les symptômes locaux et généraux diminuer d'intensité; mais, en général, la résolution est très-lente à se produire complètement.

Dans la grande majorité des cas, la phlegmasie se termine par suppuration. Les symptômes généraux augmentent de gravité, la fièvre persiste, il y a de l'insomnie, quelquefois du délire. Les douleurs deviennent pulsatives, continues. Le gonflement augmente et s'étend aux régions voisines, surtout à la région sus-claviculaire. La peau devient d'un rouge violacé, il y a un œdème considérable. Enfin, la fluctuation ne tarde pas à se montrer; cependant, elle reste longtemps obscure, et il faut une grande habitude pour la percevoir nettement.

Les phlegmons et abcès profonds de la région sterno-mastoïdienne s'accompagnent parfois de phénomènes singuliers du côté de la pupille, dont nous avons suffisamment parlé à propos des tumeurs du cou, et qui sont dus à la compression du grand sympathique. Poiteau en a rapporté deux observations dans sa thèse.

Quoique restant le plus ordinairement limité à la région sterno-mastoïdienne, le pus peut fuser vers la partie inférieure, et même gagner le médiastin, en suivant les vaisseaux carotidiens, ou bien s'étendant à la région sus-claviculaire, arriver jusque dans l'aisselle, ainsi que Dumesthè en a rapporté un bel exemple.

COMPLICATIONS. — On a observé, dans le cours des abcès de la région sterno-mastoïdienne, l'ulcération des vaisseaux et la phlébite de la jugulaire interne.

L'ulcération a porté sur la carotide primitive, la carotide externe, la veine jugulaire interne, et il est à noter que cette complication s'est montrée surtout dans les cas d'adéno-phlegmons consécutifs à la scarlatine.

Quant à la phlébite de la veine jugulaire interne, elle paraît être assez rare. Schutzenberger (1) en a rapporté une belle observation.

Il est inutile d'insister sur la gravité de semblables complications. L'ulcération des vaisseaux est suivie d'hémorragies souvent mortelles, et dans le cas de phlébite de la jugulaire interne rapporté par Schutzenberger, la mort a été produite par infection purulente.

TRAITEMENT. — Le traitement des phlegmons et abcès sous-sterno-mastoïdiens doit être antiphlogistique au début. Nous recommandons l'application de larges vésicatoires, qui ont pour effet de localiser la phlegmasie et de favoriser la résolution. Dans quelques cas où la fluctuation paraissait presque évidente, j'ai vu, par l'emploi de ce moyen, les phénomènes locaux s'amender peu à peu, et la maladie se résoudre lentement; dans d'autres cas, au lieu d'un abcès qui semblait devoir offrir des dimensions considérables, je n'ai eu à ouvrir qu'une petite collection purulente.

(1) *Gaz. méd., de Strasbourg*, 1866, p. 42.

Aussi, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, je ne pense pas que l'on doive se hâter d'ouvrir les abcès profonds sterno-mastoïdiens, si toutefois il n'existe pas d'indication particulière pour agir ainsi. Il est évident que si le phlegmon tend à devenir diffus, à envahir les régions voisines et détermine des phénomènes généraux graves, ou si le pus vient à fuser vers la poitrine ou vers l'aisselle, on doit intervenir activement en pratiquant de larges incisions sur le bord antérieur et postérieur du muscle, ou en établissant des contre-ouvertures dans les points les plus déclives.

Je n'ai pas à parler des complications vasculaires qui exigent la ligature des vaisseaux ulcérés.

## 2° Tumeurs.

Laissant de côté les anévrysmes, les adénopathies, les kystes de la région sterno-mastoïdienne, dont la description a été faite ailleurs, je dirai seulement quelques mots des tumeurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Ces tumeurs, d'ailleurs assez rares, sont généralement dures, situées dans l'épaisseur même du muscle sterno-mastoïdien, devenant immobiles durant la contraction de ce muscle, à peine douloureuses ou même complètement indolentes.

Elles peuvent être *congénitales* ou se montrer peu de temps après la naissance. Bryant et Holmes en ont rapporté des exemples, et, dans un cas au moins, la maladie était d'origine syphilitique. On l'observe également chez des adultes, et le docteur Tatum (1) a cité trois faits de tumeurs multiples du sterno-mastoïdien chez trois femmes atteintes de syphilis constitutionnelle; l'iodure de potassium fit disparaître ces tumeurs.

J'ai également observé deux cas d'induration chronique avec gonflement de l'extrémité sternale du muscle sterno-mastoïdien. Quoique les antécédents syphilitiques ne fussent pas suffisamment nets, le traitement ioduré suffit pour amener la résolution complète de la tumeur. La maladie, comme dans les cas de Tatum, existait chez des femmes âgées.

## § VI. — Maladies de la région sus-claviculaire.

### ARTICLE PREMIER

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION SUS-CLAVICULAIRE.

Les plaies de cette région présentent un grand intérêt en raison des complications nombreuses dont elles peuvent s'accompagner, et qui consistent dans la blessure de vaisseaux et de nerfs importants. Il suffit, en

(1) *The Lancet*, 1<sup>st</sup> february, 1845.