

en pénétrant d'abord au niveau de la membrane crico-thyroïdienne ; ayez toujours à votre disposition une scie très fine au cas où le cartilage serait ossifié.

Si vous n'endormez pas le malade, la trachéotomie préalable n'est pas nécessaire, car aussitôt que le larynx est ouvert le sujet fait des efforts instinctifs d'expulsion qui s'opposent à l'entrée du sang dans les bronches. Saisissez les deux lames du

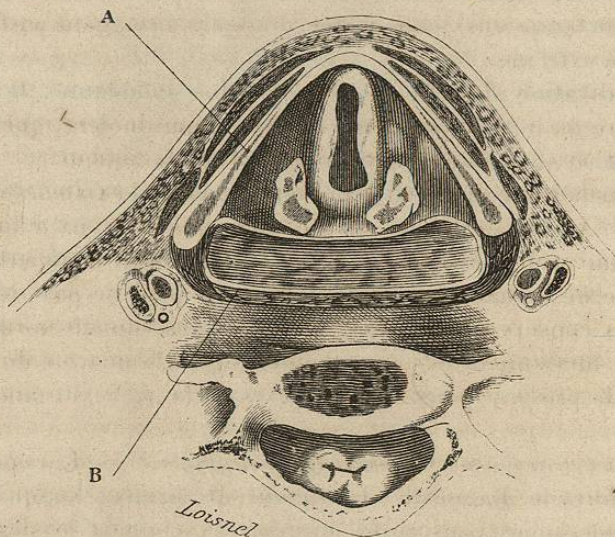


Fig. 50. — Coupe horizontale du pharynx et du larynx destinée à montrer le procédé opératoire de la pharyngotomie inférieure.

A, ligne indiquant le point où doit porter l'incision cutanée. | B, ligne indiquant le point où doit être incisée la paroi pharyngienne.

thyroïde avec des crochets et écartez-les de façon à plonger facilement vos regards dans la cavité laryngienne, et enlevez la tumeur par un procédé de diérèse quelconque.

Lorsque l'hémostase est complète, laissez revenir les lames du thyroïde qui s'adosent d'elles-mêmes sans qu'il soit nécessaire de les suturer (c'est du moins ce que j'ai vu dans le seul cas de laryngotomie que j'aie pratiquée) et réunissez la peau.

Si l'anesthésie était exigée par le malade, il serait nécessaire de pratiquer la trachéotomie autant que possible quelques jours avant la laryngotomie. Mais je rappelle qu'une insensibilité suffisante

(ce que je constatai chez mon malade) est obtenue par l'emploi combiné du chloral à l'intérieur administré quelques heures avant l'opération et d'une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine faite immédiatement avant.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur primitivement développée à la surface extérieure du larynx et sur sa face postérieure, tumeur analogue à celle qui est représentée figure 49, la laryngotomie n'est plus applicable, et, si l'ablation par les voies naturelles est impossible (ce qui eut lieu dans mon cas), il faut recourir à la *pharyngotomie inférieure*.

Cette opération n'avait pas encore été, que je sache, pratiquée jusqu'ici. Voici le procédé opératoire que je conseille après l'avoir mis à exécution sur le vivant : faire à la face externe droite ou gauche du cartilage thyroïde et vers le milieu de cette face une incision verticale ; détacher les muscles, découvrir le bord postérieur du cartilage, et à quelques millimètres en arrière de ce bord diviser la paroi pharyngienne. On arrive ainsi directement sur le point d'implantation de la tumeur que l'on enlève à l'aide de nos divers moyens de diérèse.

Cette opération, d'une extrême simplicité, ne permet pas seulement d'enlever des tumeurs du pharynx, elle donne encore un accès facile dans l'œsophage, et je ne doute pas que dans certaines circonstances l'extraction de corps étrangers, par exemple, elle puisse remplacer avantageusement l'œsophagotomie externe, dont l'exécution est entourée de plus grandes difficultés et présente plus de dangers.

En présence d'un cancer occupant la totalité du larynx, la chirurgie était désarmée jusqu'en 1873, époque à laquelle Billroth enleva pour la première fois cet organe tout entier. Sa conduite a été imitée depuis lors un grand nombre de fois (plus d'une centaine), et cependant les résultats obtenus, tant primitifs que consécutifs, ont été assez médiocres pour que le praticien soit encore en droit de se poser la question suivante : Quelle conduite est préférable, ou d'enlever le larynx en totalité, ou de faire un traitement palliatif, c'est-à-dire la trachéotomie et des piqûres de morphine en quantité suffisante pour calmer la douleur ? Je ne crois pas d'ailleurs qu'on puisse la résoudre d'une façon absolue (je ne parle pas des cas dans lesquels l'opération est contre-indiquée en

raison de l'envahissement des parties voisines), car il faut tenir grand compte de l'état d'esprit des malades. N'en trouvons-nous pas à chaque instant qui nous imposent en quelque sorte des opérations jugées peu opportunes, tandis que d'autres sont disposés à refuser celles qui nous semblent le mieux indiquées ?

Je pense pour mon compte que, lorsqu'une tumeur maligne (sarcome, épithéliome, carcinome) a envahi le larynx ; lorsque la tumeur est limitée à cet organe ; lorsqu'il est possible d'enlever la totalité du néoplasme sans faire courir au malade de trop grands dangers de mort immédiate ; lorsque celui-ci accepte et surtout réclame cette dernière planche de salut, je pense que le chirurgien est autorisé à intervenir.

Je ne décrirai pas ici par le menu cette grave opération que je n'ai ni faite ni vu faire. Le procédé opératoire est d'ailleurs une œuvre de temps et de patience. Le principal souci du chirurgien doit être d'assurer la respiration par une trachéotomie pratiquée antérieurement et de procéder ensuite méthodiquement à la division des parties molles, ainsi que je l'ai dit pour l'ablation du corps thyroïde, afin d'éviter une trop grande effusion de sang. Il est certain que l'opération est rendue plus facile en commençant par diviser la trachée pour faire ensuite basculer le larynx de bas en haut et le détacher de ses nombreuses connexions profondes : mais on s'expose alors davantage à la chute du sang, qui passe sur les côtés de la canule et tombe dans les bronches. Aussi la trachée doit-elle être aussi hermétiquement close que possible.

Il serait, ce me semble, prématuré de porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération dont la hardiesse fut d'abord un objet d'étonnement pour les chirurgiens.

f. *Tumeurs du cou communes aux autres régions.* — Indépendamment des tumeurs étudiées dans les chapitres précédents et qui siègent dans des organes propres à la région du cou, d'autres se développent en dehors de ces organes et devraient à peine être mentionnées, si elles ne présentaient parfois quelques caractères particuliers. Je signalerai spécialement le *lipome* et le *fibrome*.

Le lipome revêt parfois au cou une forme singulière. Au lieu de constituer une masse plus ou moins limitée, arrondie, il est diffus et fait le tour de la région à la manière d'une énorme collerette. N'étant pas d'ailleurs autrement gênant, il n'y faut pas toucher. La collerette est quelquefois incomplète : c'est ainsi

qu'un homme présentait un lipome diffus de la nuque étendu d'une oreille à l'autre. Comme il était en butte à de fréquentes railleries, il en réclama l'ablation, ce que je fis sans difficultés. On ne trouve pas alors, comme dans le lipome ordinaire, une délimitation nette entre le tissu de la tumeur et le tissu normal, et l'on ne sait trop où s'arrêter pendant l'opération ; c'est une sorte de dégraissage, qu'on me passe l'expression, plutôt qu'une extirpation méthodique.

Les fibromes s'observent parfois sur les parties latérales du cou et, s'ils peuvent prendre naissance dans les couches superficielles, ils naissent aussi des parties profondes au niveau des apophyses transverses des vertèbres cervicales sur lesquelles ils s'insèrent : aussi, pour être complète, l'opération doit être menée très loin, ce qui n'est pas sans présenter quelques difficultés.

## B. Tumeurs liquides du cou.

Les tumeurs liquides du cou contiennent de la sérosité ou du sang : ce sont des kystes ou des anévrysmes. La présence des battements et du souffle permettent de faire tout de suite le départ entre ces deux affections. Cependant une tumeur liquide reposant sur la carotide primitive, par exemple, peut être soulevée par les battements de cette artère, et en imposer un instant pour un anévrysme : mais l'analyse des signes propres à cette dernière affection, telle que nous la ferons plus loin, ne tarderait pas à dissiper les doutes.

1° *Kystes du cou.* — Un premier examen vous a fait reconnaître l'existence d'une tumeur liquide ; les caractères tirés parfois de l'état local, mais surtout de l'état général du sujet et de la marche de la maladie, vous ont fait rejeter l'hypothèse d'un abcès froid.

Il vous faut alors déterminer le siège anatomique du kyste et sa nature.

Au point de vue du siège, les kystes du cou doivent être divisés en kystes de la région sus-hyoïdienne ; — de la région sous-hyoïdienne, qui se subdivisent eux-mêmes en kystes thyro-hyoïdiens et kystes sous-thyroïdiens ; — kystes du creux sus-claviculaire.

Je signalerai, pour mémoire, une variété extrêmement rare de kystes désignés sous le nom de *kystes congénitaux du cou*. Ils consistent ordinairement en masses polykystiques volumineuses

dont la pathogénie n'est pas bien élucidée. Lorsqu'ils sont simples, leur origine est probablement identique à celle des kystes sus-claviculaires dont je parlerai plus loin, c'est-à-dire branchiale, et ils doivent être soumis au même traitement : ponction et injection iodée. Quant aux tumeurs polykystiques occupant parfois toute la hauteur du cou, elles sont au-dessus des ressources de l'art.

a. *Kystes de la région sus-hyoïdienne.* — On rencontre à la région sus-hyoïdienne deux sortes de kystes : les uns *séreux*, les autres *dermoïdes* ; les premiers contiennent un liquide plus ou moins limpide, quelquefois légèrement filant ; les seconds, une matière molle, pâteuse, de nature sébacée. Ces derniers pourraient donc à la rigueur être compris, en raison de leur contenu, parmi les tumeurs solides, mais leurs signes cliniques ressemblent tellement à ceux que fournissent les tumeurs purement liquides, qu'il y a, ce me semble, avantage à les rapprocher les uns des autres.

Les *kystes séreux* de la région sus-hyoïdienne, décrits encore sous le nom de kystes du plancher de la bouche, peuvent être de nature hydatique, ce dont on ne s'aperçoit en général que pendant l'opération, ainsi qu'il m'arriva pour une affection de ce genre occupant l'épaisseur du muscle mylo-hyoïdien.

Lorsqu'ils contiennent de la sérosité, la plupart des auteurs les désignent aussi sous le nom de *grenouillette sus-hyoïdienne*, par opposition à la grenouillette sublinguale. Je me suis déjà expliqué à cet égard (voy. p. 344) : il est évident qu'un kyste peut à la rigueur prendre naissance dans les glandes sous-maxillaires, comme il s'en développe dans la mamelle ou dans la parotide, mais ce fait est extrêmement rare. Je répète que le kyste sus-hyoïdien est presque toujours, sinon toujours, une extension du kyste sublingual à travers les muscles du plancher de la bouche, et en particulier à travers l'hyo-glosse.

Je viens d'observer tout récemment un fait qui est une démonstration manifeste de la pathogénie de ces kystes. Un jeune garçon est pris tout à coup, au mois de mai 1886, d'un gonflement de la région sublinguale droite. Je reconnais une grenouillette aiguë avec tous les caractères classiques ; j'applique le traitement habituel : excision d'une partie de la poche et cautérisation au nitrate d'argent. Ce jeune homme sort guéri de l'Hôtel-Dieu quelques jours après.

Au mois d'août de la même année, c'est-à-dire trois mois après la première opération, il revient à l'Hôtel-Dieu avec un kyste

volumineux occupant toute la région sus-hyoïdienne latérale droite ; la région sublinguale était sensiblement normale.

Un doigt appliqué dans la bouche et un autre sur la peau permettaient de sentir nettement la fluctuation, ce qui était déjà un signe de communication entre les deux régions, mais l'opération rendit ce fait aussi évident que l'eût fait une dissection. Une simple incision pratiquée à la muqueuse buccale, entre la crête des glandes sublinguales et la langue, c'est-à-dire dans le point correspondant à la bourse de Fleischmann, permit l'évacuation immédiate de tout le liquide contenu dans la poche sus-hyoïdienne, qui s'affaissa à l'instant même. Le liquide était identique à celui qui était sorti lors de la première opération. J'introduisis alors par l'ouverture un pinceau imbibé de teinture d'iode pure, et je pus très facilement le promener sur tous les points de la surface interne de la poche.

Ce fait me paraît assez démonstratif pour clore définitivement les discussions qui se sont si souvent élevées sur la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Les *kystes dermoïdes* sont plus rares. Leur origine remonte évidemment au développement de l'embryon, et ils sont par conséquent congénitaux. Toutefois ils peuvent rester en quelque sorte en germe pendant un certain nombre d'années et devenir seulement plus tard apparents à l'extérieur. J'ai déjà signalé (p. 343) l'existence de kystes dermoïdes dans la région sublinguale. Ces deux affections sont évidemment identiques, reconnaissent la même origine et ne diffèrent que par leur siège, l'une étant située au-dessus et l'autre au-dessous des muscles qui forment le plancher buccal.

Si donc vous observez chez l'adulte un kyste de la région sus-hyoïdienne datant de nombreuses années et remontant à l'enfance, c'est déjà une forte présomption en faveur d'un kyste dermoïde. Vous apprendrez en outre que la tumeur a été primitivement médiane et n'a gagné que peu à peu les parties latérales. Inutile d'ajouter qu'elle a toujours été complètement indolente.

La consistance de cette tumeur est pathognomonique. Elle est molle et *jamais rénitente*, même lorsqu'un doigt introduit dans la bouche fournit un point d'appui à la pression extérieure. La sensation qu'elle donne au toucher ressemble beaucoup à celle du lipome mou, non enkysté, et c'est avec cette affection que l'on confond en effet le plus facilement le kyste dermoïde ; toutefois les sensations ne sont pas identiques : quand on déprime de la

graisse, ce tissu revient sur lui-même aussitôt après, tandis que la matière sébacée contenue dans une poche ne revient pas sur elle-même après la pression et se comporte comme ferait du mastic de vitrier ou de la pâte molle, ce que l'on désigne justement en clinique sous le nom de consistance pâteuse.

Le traitement rationnel de ces kystes consiste dans l'énucléation de la poche, mais il est possible d'obtenir la guérison à moins de frais, et je suis d'avis de commencer par une opération plus simple. Faites au bistouri une petite incision suffisante pour recevoir un tube à drainage de 5 à 6 millimètres de diamètre; évacuez le contenu par une pression extérieure, introduisez par l'ouverture une sonde en gomme et lavez avec une solution phéniquée faible jusqu'à ce que vous ayez entraîné toute la matière sébacée. Pratiquez au besoin un léger grattage de la poche avec une cuiller tranchante, s'il vous semblait que le lavage ne soit pas suffisant. Injectez ensuite une solution de chlorure de zinc à 2 p. 100; laissez un drain et appliquez sur le cou de la gaze antiseptique, une couche d'ouate et une bande. J'ai complètement guéri par ce moyen un volumineux kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.

Si la poche ne s'oblitérait pas après un certain temps et que le trajet menaçât de rester fistuleux, il faudrait recourir à l'énucléation.

b. *Kystes thyro-hyoïdiens.* — On désigne sous ce nom les kystes situés dans l'espace qui sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde (voy. fig. 40). La pathogénie de ces kystes est encore obscure, malgré les nombreux travaux qu'ils ont suscités, et leur nature est vraisemblablement diverse. En effet, il existe en avant de la saillie du thyroïde une bourse muqueuse sous-cutanée; en outre, les mouvements incessants du larynx dans la déglutition et le mode d'insertion de la membrane thyro-hyoïdienne en haut favorisent en ce point la production d'une membrane séreuse, de telle sorte que de véritables hygromas peuvent se développer en ce point, comme à l'olécrâne, à la rotule, etc. Mais il est certain que des kystes d'une autre nature peuvent prendre naissance dans la région (je ne parle pas des kystes sébacés, qui se rencontrent là comme partout ailleurs). Il y a des kystes d'origine branchiale, dus à ce que la fente se ferme à ses deux extrémités et se dilate au contraire vers son centre. On y trouve aussi des kystes dermoïdes qui remontent également à la formation de l'embryon.

Done, kystes séreux simples, kystes branchiaux, kystes der-

moïdes, se rencontrent dans la région thyro-hyoïdienne. On peut soupçonner l'existence des deux dernières variétés lorsqu'elles remontent à l'enfance, mais la différence ne saurait être nettement établie entre elles qu'à l'aide du microscope, par l'étude histologique de la paroi. Nélaton avait pensé qu'une autre espèce de kystes pouvait naître aux dépens des follicules épiglottiques situés entre l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne (voy. fig. 40), ce qui est à la rigueur possible. Toutefois, pour admettre cette variété, Nélaton invoquait à tort une disposition spéciale des fistules de la région sur laquelle je reviendrai dans le chapitre suivant, de telle sorte qu'elle ne me paraît pas démontrée.

Il est aisé de reconnaître un kyste thyro-hyoïdien; le siège qu'occupe la tumeur est déjà une forte présomption en faveur de son existence. Si elle est lisse, arrondie, rénitente, fluctuante et complètement indolente, la présomption devient une certitude.

Un kyste séreux simple peut être traité et guéri par une ponction suivie d'injection iodée.

Un kyste dermoïde ou branchial nécessite l'ouverture de la poche, le lavage, le grattage, une cautérisation assez énergique de la paroi. L'ablation totale de la poche par dissection est toutefois préférable, s'il s'agit d'un kyste dermoïde: on évite ainsi la fistule souvent consécutive à l'ouverture de ces kystes.

c. *Kystes sous-thyroïdiens. Kystes du corps thyroïde.* — Les kystes de la région sous-hyoïdienne siégeant soit au devant, soit au-dessous du cartilage thyroïde, qu'ils soient exactement médians ou latéraux, reconnaissent à peu près constamment pour origine le corps thyroïde; même lorsque ces kystes se trouvent un peu écartés de la glande et que celle-ci paraît normale, ce n'est pas une raison pour repousser l'origine glandulaire. Il n'est pas rare en effet de trouver des lobules détachés, erratiques, disséminés dans divers points de la région.

Les kystes du corps thyroïde méritent, plus que ceux des précédentes régions, d'attirer notre attention, car ils présentent un haut intérêt pratique en raison de leur fréquence et de la difficulté du traitement pour certains d'entre eux.

Et d'abord il n'est pas toujours facile de reconnaître l'existence d'un kyste du corps thyroïde, de le différencier d'une simple hypertrophie ou d'une autre tumeur développée dans l'épaisseur de la glande. La consistance est en effet parfois presque identique dans