

ces divers cas, sans compter que la région est mal disposée pour cette exploration. La transparence qui rend de si grands services dans le diagnostic des kystes séreux en général est également difficile à constater quand elle existe, et elle fait d'ailleurs souvent défaut dans les kystes du corps thyroïde; la délimitation très nette de la tumeur est un signe qui ne se rencontre pas en général, il est vrai, dans l'hypertrophie, mais dans le sarcome, par exemple, ce caractère existe : aussi le praticien n'a-t-il souvent d'autre ressource pour asseoir solidement son diagnostic que la ponction exploratrice.

S'il est difficile de reconnaître l'existence d'un kyste, à plus forte raison est-il le plus souvent impossible d'en établir la variété.

On rencontre, en effet, deux grandes variétés de kystes du corps thyroïde : le *kyste séreux* et le *kyste sanguin*. Certains auteurs ont désigné le premier sous le nom d'hydrocèle du cou; on pourrait donner au second celui d'hématocèle; le premier contient en effet un liquide clair, transparent; le second un liquide noirâtre, ressemblant à du café à l'eau. La transparence seule peut distinguer ces deux sortes de kystes et à son exclusion la ponction exploratrice.

Le siège précis ne fournit aucun élément de diagnostic : la tumeur peut bien occuper la ligne médiane ou l'isthme du corps thyroïde, mais celui-ci varie lui-même beaucoup en hauteur et descend parfois jusqu'à la fourchette sternale; le kyste peut naître de l'un des lobes latéraux; de la pyramide de Lalotette, laquelle atteint dans certains cas le bord supérieur du cartilage thyroïde, ou enfin l'un des lobules erratiques signalés plus haut.

En résumé, une tumeur sous-thyroïdienne, lisse, très régulière, bien limitée, tendue, rénitente, fluctuante, ordinairement indolente et dont le développement a été lent, est selon toute vraisemblance un kyste. Si cette tumeur siège au niveau ou bien au voisinage du corps thyroïde, et surtout si elle suit les mouvements d'ascension du larynx pendant la déglutition, ce kyste est développé aux dépens du corps thyroïde. Il existe cependant des kystes, j'en ai signalé un exemple, rattachés à la glande par un pédicule tellement long, qu'ils restent immobiles dans les mouvements du larynx et paraissent tout à fait isolés.

Ces kystes, ai-je dit, sont généralement indolents; ils peuvent toutefois donner naissance aux divers symptômes dont j'ai parlé à propos de tumeurs solides et qu'il est inutile de répéter ici.

Ce qui domine l'histoire clinique des kystes du corps thyroïde et mérite de les ranger tout à fait à part est le caractère suivant :

lorsqu'on ponctionne un kyste sanguin, il s'écoule un liquide noirâtre, couleur chocolat ou café à l'eau, et le kyste s'affaisse tout de suite. Une fois le liquide évacué, il est possible que la poche reste affaissée, comme cela a lieu pour tous les kystes séreux, mais il est possible aussi qu'à l'écoulement du liquide du kyste succède sans interruption un écoulement de sang artériel par la canule, écoulement qui persiste tant que celle-ci reste en place. Vous vous empressez alors de la retirer, et la poche se remplit instantanément de sang qui la distend un peu plus qu'elle ne l'était avant la ponction; c'est même à cette énergique pression du sang contre la paroi interne du kyste qu'est dû l'arrêt de l'épanchement sanguin. Après quelques jours, les choses reviennent en l'état.

Ce phénomène singulier s'observe dans d'autres régions (je l'ai rencontré une fois dans un kyste de la parotide), mais il est plus spécial au corps thyroïde et me paraît devoir préoccuper vivement le chirurgien dans le traitement de ces kystes.

Pour un kyste séreux, la conduite est toute tracée : faites une ponction et une injection iodée comme pour l'hydrocèle; mais le kyste sanguin n'est pas souvent justiciable du même traitement.

S'il reste affaissé après la ponction sans qu'il s'écoule du sang artériel par la canule (et je n'en saurais dire la cause), comportez-vous à la rigueur comme dans le cas précédent. Boinet dit avoir guéri des kystes sanguins par l'injection iodée, et d'ailleurs un échec est le seul danger que puisse courir le malade. Mais, si au liquide noirâtre succède l'écoulement d'un liquide rutilant, retirez au plus tôt la canule et fermez la petite plaie du trocart avec du collodion.

Que faire ensuite? Je pense que le plus sage est de s'en tenir là jusqu'à nouvel ordre, de conseiller l'abstention et de n'agir que s'il survenait des accidents, ou bien si le malade le réclamait impérieusement. Quelle méthode employer dans ce cas?

*Surtout pas d'incision.* Je préviens le praticien que, s'il fait une incision, il s'expose à voir son malade mourir d'hémorragie : le sang sourd en grande abondance de tous les points de la poche, et l'on s'en rend difficilement maître. La ligature, la forcipressure, dans le kyste, sont impossibles, puisque c'est une surface qui donne; la ligature des quatre troncs thyroïdiens serait rationnelle, mais c'est une bien grosse affaire; on court au plus pressé, et l'on pratique dans la cavité un tamponnement le plus souvent insuffisant, en raison du voisinage de la trachée, qui se trouve

comprimée. Le sang continue donc à couler, quoique en moindre quantité; il s'infiltré dans les interstices cellulés du cou, et le malade peut rapidement succomber, ainsi que j'en ai été témoin sur une jeune femme dans une circonstance désastreuse. Ce qu'il y aurait de mieux à faire dans un cas semblable serait une suture profonde aussi serrée que possible comprenant les parois de la poche.

La méthode électrolytique trouve là son emploi. Non dangereuse et d'une application facile, elle favorise la production de caillots dans la poche et guérit le kyste, mais non dans tous les cas. C'est cependant, à mon avis, la méthode de choix.

Enfin, si des accidents menaçaient la vie du malade ou la rendaient insupportable, si tout traitement avait échoué, il faudrait énucléer le kyste en suivant le procédé décrit plus haut pour l'ablation des tumeurs solides.

d. *Kystes du creux sus-claviculaire.* — On observe parfois des kystes du creux sus-claviculaire, de nature séreuse, et spécialement chez les enfants. Ils ont probablement pour point de départ la fente branchiale inférieure incomplètement oblitérée. Supposez la fistule congénitale représentée plus loin (fig. 51) fermée à ses deux extrémités et dans une grande partie de son étendue, mais persistante et dilatée un peu au-dessus de la fourchette sternale : un kyste en eût été la conséquence.

Ces kystes ont pour caractère d'être mous, dépressibles; on les dirait presque réductibles. Dans un cas que je présentai à la Société de chirurgie en 1868, ces signes étaient si prononcés que je crus à une dilatation de la veine jugulaire interne observée aussi parfois dans cette région. Dans un second cas, la tumeur avait été prise pour un lipome par un praticien très exercé.

Le principal élément de diagnostic, à peu près le seul même, c'est la transparence. Bien que la région se prête peu à cette recherche, en examinant l'enfant dans une chambre noire et en donnant au cou une position convenable, on peut arriver à percevoir ce signe. On aurait recours, au besoin, à une aspiration avec une aiguille très fine, avec la seringue de Pravaz, par exemple.

Les deux malades auxquels je viens de faire allusion guérirent à la suite d'une ponction avec injection iodée.

2° *Anévrysmes du cou.* — Les anévrysmes du cou constituent une affection très rare que je n'ai eu l'occasion ni de traiter ni de

voir traiter. Voici les principaux renseignements cliniques que les auteurs fournissent sur ce sujet.

On les divise en artériels et en artério-veineux.

Les anévrysmes artériels portent à peu près exclusivement sur l'artère carotide primitive ou sur l'artère sous-clavière.

a. *Anévrysme carotidien.* — L'anévrysme carotidien constitue une tumeur en général allongée dans le sens de l'artère et peut atteindre un volume considérable. Les deux principaux signes qui le font reconnaître sont : un mouvement d'expansion coïncidant avec la systole cardiaque, et un bruit de souffle intermittent, signes d'ailleurs propres à tous les anévrysmes en général.

Les signes spéciaux d'anévrysme carotidien résultent de ses rapports avec les divers organes du cou. C'est ainsi que, la veine jugulaire interne étant souvent comprimée et oblitérée, il en résulte une dilatation des veines qui constituent le tronc thyro-linguo-facial; les battements de la temporale de ce côté sont moins forts que ceux du côté opposé, ou bien ont disparu. Le larynx et la trachée sont toujours déviés et gênés dans leurs fonctions; il en est de même de l'œsophage : mais les principaux troubles résultent de la compression des nerfs pneumogastrique et grand sympathique, d'où la production d'une dyspnée plus ou moins intense. On a observé des phénomènes cérébraux, la contraction de la pupille.

Lorsque les battements, le mouvement d'expansion et le bruit de souffle, présentent une grande intensité, le diagnostic est si évident qu'aucune erreur n'est possible, mais, si la poche contient des caillots, les signes précédents sont moins nets et la confusion peut s'établir avec un abcès, une adénite, un goître anévrysmatique, un angiome caverneux ou toute autre tumeur siégeant sur le trajet de la carotide. La comparaison du pouls temporal de chaque côté fournira un élément précieux de diagnostic. La marche de la maladie étudiée avec soin conduira également à la vérité dans la plupart des cas. Cependant l'erreur a été commise par des chirurgiens de premier ordre, et il est bon de se tenir en garde contre toute tumeur du cou présentant des signes même atténués d'anévrysme.

L'anévrysme carotidien abandonné à lui-même entraîne souvent, il est vrai, la mort par hémorrhagie à la suite de la rupture du sac, mais d'autre part le traitement fait courir au malade des dangers très sérieux : aussi la temporisation, sinon l'inaction, me

paraît-elle de rigueur, tant que le chirurgien n'a pas la main forcée par l'intensité des accidents (douleur, dyspnée, dysphagie, troubles cérébraux).

Les méthodes ayant pour but la production rapide de caillots libres dans la poche, telles que l'électrolyse, les injections coagulantes, la malaxation, sont contre-indiquées dans ce cas, car elles peuvent provoquer la formation d'une embolie cérébrale et la mort instantanée.

La compression digitale, qui rend de si grands services pour d'autres anévrysmes, pour le poplité en particulier, est ici d'une application bien difficile et souvent impossible, soit qu'il n'y ait pas de place pour établir cette compression, soit que le malade ne puisse la supporter. La compression devrait être faite de préférence à la racine du cou, entre le cœur et la tumeur, mais on pourrait aussi comprimer entre la tumeur et les capillaires, méthode préférable à la ligature (méthode de Brasdor).

Le mode de traitement le plus souvent employé a été la ligature placée entre le cœur et la tumeur, mais (voyez la fig. 41), en raison de la disposition du système vasculaire du cou, cette ligature est souvent insuffisante et les battements reparaissent après quelque temps. Le véritable traitement de l'anévrysme carotidien est la ligature de l'artère au-dessous et au-dessus avec ou sans ouverture du sac, mais il n'est malheureusement pas toujours applicable, en raison du volume et de la disposition de la poche. Dans un cas remarquable et qui fait grand honneur au chirurgien (il s'agissait d'un anévrysme traumatique produit par instrument piquant et siégeant très bas), Syme fit au sac une petite ouverture et introduisit un doigt dans l'orifice artériel, de façon à l'obturer. Ouvrant ensuite la poche largement, il plaça un fil au-dessus et au-dessous de l'orifice et guérit son malade. Un semblable traitement n'est applicable qu'aux anévrysmes traumatiques, alors que la paroi est saine, ce qui n'a pas lieu pour l'anévrysme spontané, où les parois sont athéromateuses et friables.

b. *Anévrysme sous-clavier.* — Lorsque l'anévrysme sous-clavier occupe la portion de l'artère située en dehors des scalènes, le diagnostic du siège précis est facile, mais, lorsqu'il siège entre les scalènes et à plus forte raison en dedans de ces muscles, il est fort difficile de dire si la lésion porte sur le tronc brachio-céphalique (l'anévrysme sous-clavier occupe le plus souvent le côté

droit), sur la sous-clavière ou sur la carotide primitive à son origine. Cependant, si le pouls temporal est conservé, on en peut conclure que la carotide est libre : l'absence, au contraire, ou la diminution du pouls radial du côté correspondant, indiquerait qu'il s'agit de la sous-clavière. L'absence des deux pouls ferait supposer que l'anévrysme siège sur le tronc brachio-céphalique.

On trouve encore ici les signes propres aux anévrysmes en général : battements, mouvement d'expansion, bruit de souffle ; et les signes spéciaux à l'anévrysme sous-clavier. Ces derniers résultent des rapports de la tumeur avec les parties voisines : le sternum et la clavicule peuvent être refoulés en avant, usés, détruits ; la compression du nerf phrénique détermine de la dyspnée ; celle du récurrent, l'aphonie ; la compression des nerfs du plexus brachial provoque des douleurs dans le membre supérieur, quelquefois de l'engourdissement, des fourmillements ; j'ai déjà dit que le pouls radial avait diminué ou disparu. La circulation veineuse est entravée.

Comme pour l'anévrysme carotidien, le diagnostic est parfois évident, mais il devient fort obscur par suite de la présence d'une couche plus ou moins épaisse de caillots qui en masquent les principaux signes ; une tumeur quelconque siégeant au devant des vaisseaux peut alors simuler un anévrysme. L'erreur serait surtout possible avec un ostéo-sarcome très vasculaire de l'extrémité interne de la clavicule ou du sternum, qui lui aussi présente des battements et du souffle. Le diagnostic peut devenir véritablement très obscur dans ce cas, et c'est alors que l'état du pouls radial éclaire beaucoup le praticien.

La cure de l'anévrysme sous-clavier est entourée de très grandes difficultés.

La ligature entre la tumeur et le cœur serait suffisante pour interrompre la circulation dans la poche, mais la présence des nombreuses collatérales et surtout de la vertébrale rend le retour du sang presque inévitable : aussi faudrait-il lier également ce vaisseau. D'ailleurs une hémorrhagie mortelle s'est presque toujours produite à la chute du fil par insuffisance du caillot dans le bout central, ce qui m'a porté à dire que dans ces cas la torsion de l'artère serait sans nul doute préférable à la ligature, si toutefois les parois n'étaient pas athéromateuses.

La ligature entre la tumeur et le cœur est-elle impossible, il faudrait se décider pour la méthode de Brasdor, c'est-à-dire lier en

dehors de la poche, entre celle-ci et les capillaires, mais, je le répète, intervenez seulement lorsque les accidents vous y obligent, car la tumeur peut rester stationnaire et même guérir spontanément.

Je ne crois pas devoir indiquer ici les procédés que je conseille pour la ligature des artères carotide primitive et sous-clavière. Je renvoie à cet égard le lecteur à mon *Traité d'anatomie topographique*, où ces points de médecine opératoire se trouvent traités et discutés en détail à propos des régions qu'occupent ces organes.

#### 4° FISTULES DU COU.

On observe au cou des fistules de nature très diverse.

Une fistule peut résulter de la fonte d'un ganglion tuberculeux le plus souvent ouvert spontanément, *fistule ganglionnaire*.

Il n'est pas rare d'observer à la région sus-hyoïdienne une fistule ayant pour origine une dent de la mâchoire inférieure : *fistule dentaire*.

Une arthrite vertébrale, une lésion de la clavicule ou du sternum, peuvent donner naissance à un abcès par congestion et ultérieurement à un trajet fistuleux : *fistule osseuse*.

On peut comprendre avec cette dernière la fistule qui résulte d'une lésion inflammatoire chronique des cartilages du larynx.

À l'ouverture des voies aériennes et en particulier de la trachée peut succéder un trajet fistuleux : *fistule aérienne*.

Enfin le cou est le siège de fistules d'un caractère tout spécial, liées au développement de la région, *fistules branchiales*, auxquelles il convient de rattacher les fistules *thyro-hyoïdiennes*.

Les fistules ganglionnaire, dentaire, osseuse, aérienne, sont *acquises*, tandis que les fistules branchiales sont *congénitales*.

La *fistule ganglionnaire* du cou siège de préférence dans la région sus-hyoïdienne latérale, où sont accumulés les ganglions lymphatiques. Après avoir suppuré un certain temps, le trajet se cicatrise parfois spontanément, et c'est à peine s'il mérite alors le nom de fistule, puisqu'il n'a pas eu le temps de s'organiser. Mais il peut persister et, lorsqu'il a résisté à l'emploi des moyens ordinaires : teinture d'iode, poudre d'iodoforme, etc., le meilleur mode de traitement consiste à le fendre et à nettoyer les parois avec la

curette tranchante, à employer, en un mot, le traitement que j'ai recommandé plus haut pour la cure des abcès froids.

Il importe de ne pas confondre une fistule d'origine ganglionnaire avec une *fistule dentaire*. La confusion se fait d'autant plus volontiers que, l'orifice siégeant quelquefois assez loin des arcades dentaires, on ne songe même pas à invoquer cette cause. Il faut surtout penser à une évolution vicieuse de la dent de sagesse lorsque la fistule occupe les parties latérales. J'ai vu des fistules de la région sus-hyoïdienne médiane ou latérale résister pendant plusieurs années à toute espèce de traitement et disparaître en quelques jours après l'avulsion de la dent malade.

Je n'ai rien à dire des fistules cervicales d'origine osseuse ou cartilagineuse; elles n'empruntent rien de spécial à la région.

Les *fistules aériennes* reconnaissent presque toujours pour cause un traumatisme (on peut négliger dans la pratique les fistules aériennes congénitales en raison de leur rareté). Elles peuvent siéger sur le larynx, dans l'espace thyro-hyoïdien, mais les fistules trachéales sont les plus fréquentes. Ces dernières succèdent parfois à une plaie transversale du cou, principalement à celles qui intéressent toute la circonférence de la trachée. J'en ai déjà indiqué plus haut le mécanisme : le bout inférieur se rétracte vers le médiastin; le bout supérieur cessant de fonctionner se resserre peu à peu et finit par s'obstruer, d'où la nécessité de suturer entre eux les deux bouts de la trachée, afin d'éviter ce grave accident qui entraîne la perte de la voix.

Plus rarement la fistule est consécutive à l'opération de la trachéotomie. Le mécanisme est alors différent du précédent. Il faut, en effet, pour qu'une fistule s'établisse dans ce cas, que la muqueuse trachéale vienne se souder avec la peau de façon à ne former qu'une seule et même membrane. Or cette fusion est difficile en raison de l'adhérence de la muqueuse trachéale et de son peu de mobilité : aussi peut-on laisser très longtemps en place une canule à trachéotomie sans craindre la persistance d'un trajet fistuleux. On observe plutôt le contraire, c'est-à-dire la tendance à une occlusion rapide.

Le rétablissement du conduit trachéal, lorsque le bout supérieur est oblitéré, présente de sérieuses difficultés et ne saurait d'ailleurs être soumis à des règles fixes. Une opération de ce genre