

boutonnés de Bruns et Krishaber. On peut aussi détruire la tumeur avec le *galvano-cautère* de Middeldorpf (t. I, p. 203).

B. VOIES ARTIFICIELLES. On a pénétré sur la tumeur par diverses portions du conduit laryngo-trachéal : Ehrmann, Gurdon-Buck, Gibb, Bceckel, ont pratiqué la section de toute l'étendue du larynx et des premiers anneaux de la trachée ; Debrou a fait une incision comprenant toutes les portions du larynx à l'exception du cartilage cricoïde ; Brauers s'est contenté de la laryngotomie thyroïdienne ; Busch et Kœberlé ont incisé le cartilage thyroïde et la membrane thyro-hyoïdienne ; Gilewski a coupé le cartilage cricoïde et les premiers cerceaux de la trachée ; Prat et Follin se sont contentés d'ouvrir la membrane thyro-hyoïdienne. Tous ces procédés ont donné de bons résultats, à l'exception du cas de Debrou, ce qui ne veut pas dire qu'il soit indifférent d'employer l'un ou l'autre. Effectivement, le cartilage cricoïde, ainsi que l'a fait remarquer Krishaber, peut être ménagé quel que soit le point d'implantation du polype : si celui-ci occupe l'espace circonscrit par ce cartilage, la section des premiers anneaux de la trachée suffit pour arriver sur le siège du mal ; si le polype est placé au-dessus ou au-dessous du cricoïde, on y arrive encore sans inciser ce cartilage. La section du cartilage thyroïde est aussi à rejeter, à moins que la tumeur, étant placée dans l'intérieur d'un des ventricules du larynx, ne soit pas accessible par une autre voie. En effet, cette section a l'inconvénient d'abolir pour toujours la voix, parce qu'elle ne peut s'exécuter sans léser les cordes vocales ; que d'ailleurs elle est parfois difficile en raison de l'ossification prématurée du cartilage. Le procédé préférable est la *laryngotomie sous-hyoïdienne*, c'est-à-dire la section du ligament thyro-hyoïdien. Si le polype était implanté au-dessous des cordes vocales, il y aurait lieu d'inciser la *membrane trachéo-cricoïdienne* et les *premiers cerceaux de la trachée*. Une fois la voie ouverte, on agit par les mêmes procédés que lorsqu'on pénètre par les voies naturelles ; la *ligature* du polype trouverait son application dans quelques cas.

Appréciation. Il n'est pas indifférent de choisir l'une ou l'autre des voies que nous venons de mentionner. On opine pour la voie naturelle, lorsque la dyspnée est nulle ou légère, qu'il y ait ou non dans ce cas des troubles vocaux ; si la tumeur est sessile et petite ; si même, avec un volume un peu plus considérable, elle est sessile et de nature fibreuse ; si elle occupe l'épiglotte ou le vestibule du larynx. Dans toutes ces conditions, le chirurgien a le temps d'habituer le malade au contact des instruments, ce qui constitue le traitement préparatoire. Si au contraire les troubles de la respiration sont intenses, s'il y a des accès de suffocation, on agira par la voie artificielle, c'est-à-dire en faisant une laryngotomie sous-hyoïdienne ou une trachéotomie. Cette dernière opération est indiquée à titre de traitement palliatif, en cas d'asphyxie imminente, sauf à attaquer plus tard le polype par une des méthodes exposées précédemment.

CHAPITRE VII.

KYSTES DU COU.

Les kystes du cou se divisent en deux classes : les uns existent à la naissance et sont par conséquent *congénitaux* ; les autres se développent à une époque plus ou moins avancée de la vie et sont *acquis*.

KYSTES CONGÉNITAUX. Ils ont été décrits par Joubert, C. Hawkins, Wutzer, J. Gilles, Lorain, Virlet. On peut en distinguer deux variétés : les uns, appelés kystes *simples*, ne renferment que du liquide ; les autres, dits *composés*, contiennent des produits variés, notamment des dents, des fragments d'os, etc.

KYSTES SIMPLES. Ils occupent en général la partie supérieure et latérale du cou. Dans le fait rapporté par Wutzer (de Bonn), la tumeur était molle, élastique, fluctuante, pourvue d'un sillon transversal, formée de deux loges communiquant ensemble. Le liquide qui s'en écoulait par la ponction renfermait de l'eau, de l'albumine, des sels de soude et de chaux, de la graisse. Chez un enfant, âgé de trois mois, dont l'autopsie fut faite par C. Hawkins, la tumeur présentait le volume de deux oranges séparées par un sillon profond, dû à la pression exercée par le tendon du digastrique. Elle était formée par l'agglomération de plusieurs centaines de petits kystes, présentant un volume variable d'un pois à une noix. Les parois de ces poches étaient constituées par une membrane fine, séreuse, recouverte dans quelques parties par une couche fibreuse. Le contenu était ou un liquide transparent ou un liquide de teinte rougeâtre. Ces kystes, dont les uns étaient distendus, d'autres remplis à moitié, s'étendaient le long de la partie antérieure de la colonne vertébrale, derrière le pharynx et l'œsophage, jusqu'au niveau de l'apophyse basilaire. Ils environnaient la carotide, la veine jugulaire et le pneumo-gastrique.

Une autre variété de kyste congénital du cou, très-rare, a été signalée par S. Jolly (de Londres). La tumeur occupait la *partie postérieure du cou*, un peu au-dessous de l'occiput, et était formée par le sac d'un spina-bifida dont l'orifice de communication avec le canal vertébral s'était oblitéré plusieurs années après la naissance. Cette tumeur fut extirpée avec succès à l'âge de vingt-neuf ans. Les parois en étaient épaisses et présentaient des plaques calcaires ; le liquide contenu était visqueux, de couleur jaunâtre, ressemblant à du blanc d'œuf.

Le diagnostic de ces sortes de kystes est parfois difficile ; lorsqu'ils sont nombreux, distendus et petits, ils ressemblent à une adénite, un lipôme et même à des tumeurs érectiles sous-cutanées (C. Hawkins).

La ponction simple ne convient qu'aux kystes uniloculaires ou formés de quelques loges que l'on vide successivement. J. Roux (de Toulon) en a guéri un certain nombre par des injections de teinture d'iode. Le *séton*,

dans le cas déjà cité de Wutzer, a provoqué une inflammation violente qui s'est terminée par la mort. L'extirpation serait bien plus dangereuse. Dans le cas de kystes très-nombreux, on peut faire sur la tumeur des applications stimulantes, notamment le badigeonnage avec de la teinture d'iode.

KYSTES COMPOSÉS. Ils renferment, indépendamment d'une certaine quantité de liquide, des cheveux, de la matière adipeuse, des fragments de cartilage et d'os, des dents. Dans un cas, rapporté par Joube (1754), un enfant, atteint d'une tumeur congénitale du cou, ayant succombé une heure après la naissance, on trouva que les parois de la poche étaient formées par un prolongement de la peau, ayant à un endroit de sa surface *des poils aussi longs que les cheveux de l'enfant*. Le kyste contenait du sang, des os dont l'assemblage présentait la figure d'une base de crâne mal conformé, et des corps ronds membraneux, contournés, creux, *ressemblant à des intestins grêles*. Wutzer a observé un enfant âgé de vingt mois; à la naissance, il existait une tumeur du volume d'un œuf de poule, à gauche de la région sus-hyoïdienne. Plus tard, la tumeur s'étendit de l'apophyse mastoïde gauche au menton et acquit le volume de deux poings. Elle contenait un liquide visqueux, une bouillie semblable à des grains de millet, une masse fibreuse, des kystes indurés, un os aigu ressemblant à une dent incisive, une masse osseuse ressemblant à une portion de mâchoire avec un condyle et une apophyse coronoïde, un autre fragment osseux composé de kystes nombreux renfermant des dents.

Ces sortes de kystes se rattachent probablement à une *inclusion fœtale* (voy. t. I, p. 15 et 161). Gilles (de Bonn) pense, en se fondant sur le fait de Wutzer, que les produits renfermés dans la tumeur peuvent se développer postérieurement à la naissance. Wutzer, ayant opéré l'enfant à quatre reprises, a cru trouver dans le kyste, aux deux dernières opérations, des produits qui n'y existaient pas la fois précédente.

Le diagnostic des kystes composés du cou offre bien plus de difficultés que pour les kystes simples. Il nous semble préférable de les respecter, tant qu'ils n'occasionnent pas, en raison de leur accroissement considérable des troubles fonctionnels graves, notamment des accidents de suffocation. On peut alors, à l'exemple de Wutzer, en pratiquer l'extirpation partielle à plusieurs reprises.

KYSTES ACQUIS. Ils se rencontrent dans les diverses régions du cou, notamment la partie latérale, la région sous-mastoïdienne, la sous-maxillaire, la sus-claviculaire, la thyro-hyoïdienne. Nous faisons abstraction, pour le moment, des kystes du corps thyroïde, qui seront étudiés plus loin (voy. p. 483).

Les tumeurs de ce genre qui se forment sur la partie latérale du cou sont plus communes à gauche qu'à droite. Très-petites au début, elles finissent quelquefois par envahir une grande partie de la région et compriment la trachée. Elles renferment un liquide parfois limpide; plus souvent rougeâtre, couleur de café, de chocolat, ou verdâtre; mélangé de petites

paillettes micacées; composé surtout d'albumine. Elles sont le plus souvent fluctuantes, rarement transparentes. Cette dernière circonstance a probablement motivé la dénomination d'*hydrocèle du cou* donnée par Maunoir.

Le point de départ de ces kystes est parfois, selon A. Richard, dans les ganglions lymphatiques de la région. Vidal (de Cassis) croit qu'ils ont aussi pour origine un amas de sang dont la partie séreuse subsiste seule au milieu des tissus, la portion solide ayant été résorbée. La ponction suivie d'une injection irritante dans la poche est le traitement adopté par la plupart des chirurgiens.

On a aussi signalé des kystes *hydatiques* du cou. A. Nélaton a vu un de ces kystes dans le bord antérieur du muscle trapèze.

Kystes de la région thyro-hyoïdienne. Ces kystes méritent une mention spéciale, à cause des erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu, et des difficultés que présente la guérison.

Ils sont caractérisés par une tumeur située sur la ligne médiane, au-dessous de la base de l'os hyoïde, grosse comme une petite fève, dure, fluctuante. La tumeur peut rester stationnaire pendant longtemps; mais le plus souvent elle finit par s'enflammer; alors la peau qui la recouvre rougit, s'amincit, se perfore, et il s'écoule un liquide tantôt mucosopurulent, tantôt épais comme du blanc d'œuf. L'ouverture ne se cicatrise pas, mais se convertit en fistule. Quelquefois, comme dans un cas rapporté par H. Larrey, la poche se rompt sous la peau, et le liquide se porte le long de la ligne médiane de la partie antérieure du cou jusqu'au sternum, où il se forme une petite tumeur qui s'ouvre spontanément, ou est ouverte par le chirurgien, et se convertit en fistule.

Les chirurgiens ne s'accordent pas sur le siège de ces sortes de kystes. Boyer et Vidal en placent le point de départ dans la bourse muqueuse thyro-hyoïdienne; A. Nélaton pense que le kyste est formé par l'hypertrophie d'un des follicules sous-muqueux placés entre l'épiglotte et la base de la langue. A. Verneuil a cherché à éclairer l'origine de ces kystes par l'étude anatomique de la région. Il a constaté, dans ses dissections: 1° que la bourse séreuse antéthyroïdienne sous-cutanée existe rarement; 2° que la bourse séreuse profonde sous-hyoïdienne, ou bourse thyro-hyoïdienne, se rencontre presque toujours. Il en existe même une de chaque côté de la ligne médiane, et parfois une troisième sur la même ligne, accolée à la membrane hyo-thyroïdienne; 3° que la bourse séreuse sus-hyoïdienne existe dans les cas où le bord supérieur de l'os hyoïde est saillant et rugueux; cette bourse se développe alors entre l'os hyoïde et les faisceaux des génio-glosses qui s'insèrent à l'os hyoïde; 4° les glandules de la base de la langue situées sous la muqueuse glosso-épiglottique sont peu nombreuses; *elles ne sauraient, en s'hypertrophiant, se porter assez en avant pour venir former des kystes dans la région thyro-hyoïdienne, à cause des plans fibreux résistants placés au-devant d'elles.*

Il faut cependant tenir compte d'une circonstance signalée par H. Larrey, et qui m'a été indiquée par une jeune femme de vingt-neuf ans que je