

Sur un cas de kystes congénitaux du cou.

Observation d'un malade de la salle 17. — Deux tumeurs situées sur les parties latérales du cou. Tumeurs congénitales en général. — Kystes simples et kystes composés. Il n'existe aucune différence entre les kystes composés et les kystes dermoïdes. Diagnostic par exclusion des tumeurs observées chez le malade : Kystes congénitaux composés ou dermoïdes. Indications thérapeutiques qui appartiennent à ces genres de lésions.

A la salle 17, un malade est entré ces jours derniers pour une blessure sans importance qu'il portait au pied droit. Après lui avoir donné les soins que réclamait son état, nous avons remarqué qu'il avait sur la région cervicale des tumeurs fluctuantes et notre attention s'est concentrée sur elles. C'est un homme de cinquante-un ans, vigoureux, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse. Les tumeurs

Sur un cas de kystes congénitaux du cou.

Observation d'un malade de la salle 17. — Deux tumeurs situées sur les parties latérales du cou. Tumeurs congénitales en général. — Kystes simples et kystes composés. Il n'existe aucune différence entre les kystes composés et les kystes dermoïdes. Diagnostic par exclusion des tumeurs observées chez le malade : Kystes congénitaux composés ou dermoïdes. Indications thérapeutiques qui appartiennent à ces genres de lésions.

MESSIEURS,

A la salle 17, un malade est entré ces jours derniers pour une blessure sans importance qu'il portait au pied droit. Après lui avoir donné les soins que réclamait son état, nous avons remarqué qu'il avait sur la région cervicale des tumeurs fluctuantes et notre attention s'est concentrée sur elles.

C'est un homme de cinquante-un ans, vigoureux, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse. Les tumeurs

qu'il présente de chaque côté du cou remontent, paraît-il, à son enfance, et son frère aîné atteint lui aussi d'une lésion semblable, aurait, à l'âge de quinze ans, succombé à son accroissement subit.

Il affirme que ses plus lointains souvenirs lui rappellent, sur les côtés du cou, la présence de tumeurs ayant tout d'abord le volume d'une noisette, mais qui se seraient par la suite accrues progressivement jusqu'à l'âge de quinze ans. Depuis, elles sont, nous dit-il, restées stationnaires.

Pendant cette période d'évolution continue, il se produisit un peu de raucité de la voix, mais le larynx, la trachée, l'œsophage, les nerfs pneumogastriques ne parurent supporter aucune compression.

Je vous ai dit qu'il y avait deux tumeurs : l'une à droite, l'autre à gauche. La plus volumineuse, celle du côté droit, représente un ovoïde vertical soulevant régulièrement la peau qui ne présente aucune modification de structure et glisse facilement sur les parties profondes. Elle s'étend de l'angle du maxillaire à la clavicule, mais on reconnaît très bien qu'en haut et en bas un sillon assez profond la sépare de ces deux saillies osseuses.

Les limites antérieures répondent au cartilage thyroïde et à la fourchette sternale. En arrière, elle est recouverte par le bord postérieur du sterno-mastoïdien qu'elle dépasse un peu : elle se trouve ainsi recouverte par ce muscle qui s'étale à sa surface.

Profondément, elle pénètre dans la masse musculaire du cou et se dirige vers le squelette, mais avec aucune de ces parties elle ne contracte la moindre adhérence. Elle est mobile dans tous les sens : en la saisissant avec les doigts, on peut lui imprimer des mouvements dans toutes les directions, et on sent qu'elle glisse à la façon d'un noyau de cerise qui fuit et s'échappe dès qu'on le presse avec force.

Cette laxité nous prouve déjà que la tumeur est enveloppée d'une membrane spéciale qui assure son indépendance en la séparant des tissus voisins. En effet, elle n'est point fixée au larynx, elle n'a aucun rapport avec le corps thyroïde; elle reste par des sillons séparée de ces deux organes et les mouvements d'ascension du larynx n'ont pas d'action sur elle.

La consistance est variable suivant les points observés; on trouve, dans cette masse ovoïde, trois départements distincts. Le tiers inférieur est fluctuant. La partie supérieure irrégulière, mamelonnée, hérissée de deux ou trois saillies dures fixées par un pédicule solide, a la résistance du bois et d'énergiques pressions n'y réveillent aucune douleur. La zone intermédiaire aux deux précédentes n'est point fluctuante, mais elle est molle sans toutefois présenter de réductibilité.

Quand on examine une tumeur de cette région, il est important de rechercher quelles connexions

elle peut avoir avec les vaisseaux et les organes glandulaires. L'exploration la plus attentive n'a pu me faire découvrir aucun caractère suspect. Point de battements, pas de réductibilité, la respiration ne modifie point le volume et la forme du néoplasme, l'effort est sans influence sur lui, et les grosses glandes du voisinage, la glande sous-maxillaire en particulier, en sont absolument séparées.

Que se passe-t-il du côté gauche?

Assurément les deux tumeurs que je vous ai signalées sont indépendantes l'une de l'autre. Si, à première vue, quand on fait tendre le cou, on croit que les deux masses sont reliées ensemble, on ne tarde pas à les voir bien séparées et il devient de toute évidence que les organes médians du cou sont absolument libres entre elles deux.

La tumeur du côté gauche est moins volumineuse, ne s'étend pas aussi bas, remonte moins haut et semble aussi pénétrer moins profondément. Elle est aussi légèrement convexe et représente une moitié d'orange. Elle s'arrête à deux travers de doigt de la clavicule, n'arrive pas jusqu'à l'angle de la mâchoire. Exactement située au milieu de la région cervicale, elle est encore placée sous le sterno-mastoidien dont elle ne dépasse pas le bord postérieur.

Sa consistance n'est pas non plus uniforme. On doit la diviser en deux parties : l'une supérieure, dure, présentant deux ou trois bosselures ; l'autre inférieure,

de résistance inégale mais molle, réductible et tout à fait fluctuante sur son point le plus saillant.

Sous une compression soutenue, la tumeur s'efface, pendant l'effort elle devient tendue et un lacis veineux considérable recouvre sa surface. La jugulaire externe prend alors le volume de l'index, les veines se dessinent sous la peau et leurs branches les plus éloignées se prolongent jusque sur la clavicule et le sommet de la poitrine. Mais là s'arrêtent en apparence les lésions vasculaires : vous ne retrouvez ni battements, ni expansion, ni souffle.

Comme la tumeur du côté droit, celle-ci est mobile sous les téguments, dans la cavité celluleuse qui la limite et la sépare des parties molles au milieu desquelles elle pénètre. Peut-être est-elle un peu moins mobile en bas. J'ajoute de suite qu'en ce dernier point vous ne trouvez cependant aucune bride, aucune adhérence qui la relie aux os voisins, à la clavicule.

Dans les différentes manœuvres que j'ai faites pour explorer en tous sens, même lorsque j'ai comprimé fortement, je n'ai jamais provoqué le moindre trouble fonctionnel : douleurs locales, gêne de la respiration et de la déglutition, troubles circulatoires de la face, modifications de la pupille, rougeur de la conjonctive, sueurs abondantes, rien de tout cela ne s'est produit pour nous dire que les organes voisins ou le système nerveux se trouvaient compromis ou gênés par la compression.

A plus forte raison, les parties éloignées se sont-elles trouvées indemnes de troubles consécutifs : l'intelligence est intacte et vive, le sujet dort à son heure et n'est point assoupi durant les veilles, son œil a son expression normale et n'est point déplacé par un degré même léger d'exophtalmie.

Nous devons, Messieurs, après ce long examen, nous demander quelles sont ces tumeurs, comment elles se sont développées, quel avenir leur est réservé, et si nous devons agir sur elles.

Il serait bien facile, quand on jette sur ce cas complexe une rapide vue d'ensemble, de s'égarer si déjà on n'avait pas de précieux renseignements dans les aveux du malade. L'origine congénitale est une révélation qui permet d'emblée de rejeter bien des lésions diverses. Le diagnostic se trouve pour ainsi dire fait ; mais il me semble utile de ne pas nous en tenir à notre première impression, si juste qu'elle soit, et de discuter pour dissiper tous les doutes.

Une tumeur congénitale peut être formée par tous les tissus de l'embryon, du fœtus. Les variétés sont nombreuses : tumeurs graisseuses, kystiques, vasculaires, glandulaires, tumeurs hypertrophiques du corps thyroïde.

Ces dernières, sous la désignation générale de goîtres, comprennent des hypertrophies en masse ou plus spécialement des kystes. Mais leurs caractères, quand elles sont congénitales, est d'avoir un siège et

des connexions propres. Elles adhèrent aux cartilages et sont situées sur la ligne médiane. Ces deux faits s'expliquent par l'anatomie pathologique qui nous montre comment c'est presque toujours l'asthme du corps thyroïde qui s'hypertrophie. Or, vous savez que chez notre malade la ligne médiane du cou est intacte et que les deux tumeurs restent immobiles pendant la déglutition.

Le lipome congénital est très rare, mais il existe. Retrouvez-vous ici ses caractères ? Il est mou : nos tumeurs sont dures et cloisonnées par des tractus fort résistants. Il est tellement mou qu'il paraît fluctuant ; nos tumeurs sont bien molles sur certains points, mais la dureté, la résistance dominant. Enfin, si vous refoulez un lipome vers la peau, ses lobules paraissent et se dessinent et vous retrouvez aussitôt le meilleur signe que puisse invoquer un diagnostic exact.

J'ai hâte d'arriver aux tumeurs vasculaires et aux kystes congénitaux auxquels je joindrai les tumeurs congénitales mixtes.

On a décrit des kystes composés congénitaux, tumeurs dans lesquelles on trouve de la matière sébacée, des poils, des os, limitées par des membranes assez épaisses assurant une entière liberté. Aussi, me basant sur les adhérences relatives présentées par la tumeur du côté gauche, adhérences qui semblent mettre en doute l'existence d'une poche spéciale, bien

isolée des parties voisines, constatant, en outre, qu'il existe là un certain degré de réductibilité, j'admettrais volontiers qu'il s'agit d'une tumeur mixte.

Tumeur vasculaire par dilatation des vaisseaux ou angiome?

Si nous ne tenions compte que d'un point limité du néoplasme gauche où il y a des dilatations veineuses plus accentuées et de la réductibilité manifeste, où l'effort augmente la tension des tissus, nous affirmerions qu'il s'agit d'un angiome caverneux, de structure veineuse; mais tout le reste de la tumeur est dur et certainement la vascularité n'est pas uniformément répandue. Au surplus, nous pouvons être sûrs qu'il n'existe pas de tumeur érectile artérielle, puisqu'il n'y a ni battements, ni souffle. Je crois qu'il n'existe point de tumeur vasculaire proprement dite, mais simplement un développement exagéré des vaisseaux. N'y a-t-il pas dans le point solide, résistant, autre chose que des vaisseaux?

La tumeur du côté droit est molle, en général, mais légèrement fluctuante sur une partie limitée. S'agirait-il d'un kyste composé?

Les kystes congénitaux de la région cervicale sont divisés en séreux et composés. Ces derniers doivent être rattachés aux kystes dermoïdes, car on a eu tort d'établir une distinction entre les deux variétés. Dans les kystes composés, en effet, on trouve de la matière graisseuse ou melicerique, des poils, du cartilage.

Existe-t-il une différence entre des cavités kystiques contenant ces parties-là et les tumeurs dermoïdes dans lesquelles on retrouve les éléments de la peau? J'établis donc, en principe, qu'une distinction quelconque ne saurait être faite entre les kystes composés et les kystes dermoïdes.

On ne pourrait, dans l'observation que nous étudions aujourd'hui, voir des kystes séreux. Que de théories émises au sujet de ces kystes simples! On a cherché leur origine dans le tissu conjonctif à cause du volume considérable qu'ils atteignent quelquefois. On a voulu qu'ils fussent nés dans des bourses séreuses, dans la bourse séreuse thyro-hyoïdienne. On a accusé les glandes sublinguales et sous-maxillaires, la glande de Luscka; on a dit qu'il s'agissait souvent de dilatations vasculaires peu à peu séparées, isolées du vaisseau sur lequel elles étaient nées, et transformées plus tard en vrais kystes. Mais convenez, Messieurs, que si on rencontre un kyste en grande partie composé d'éléments solides, il faut s'éloigner des tumeurs ainsi formées.

Voyez plutôt la situation symétrique de ces tumeurs sur les parties latérales du cou, de chaque côté de la trachée, sous les muscles sterno-mostoïdiens; pensez à leur origine congénitale. Tout cela ne vous démontre-t-il pas qu'il s'agit de kystes branchiaux? Ils remontent assurément à la soudure des arcs et ne sont que des inclusions de la peau qui a proliféré en don-

nant naissance à du liquide, à de la substance grasseuse, peut-être à des poils, à des produits voisins du cartilage et de l'os, différents tissus toujours retrouvés dans les kystes dermoïdes.

Je dois cependant faire une réserve sur la nature exacte de la tumeur du côté gauche qui, en raison de ses caractères vasculaires, de sa réductibilité, me paraît, jusqu'à preuves plus certaines, compliquée de la présence d'une tumeur érectile veineuse.

Si nous cherchons maintenant les éléments du pronostic et du traitement, Messieurs, nous les trouvons dans les réponses du malade. Il nous a dit que ses tumeurs s'étaient développées régulièrement jusqu'à l'âge de quinze ans et qu'elles s'étaient arrêtées alors, suivant ainsi très régulièrement la croissance.

Ces bases du pronostic et du traitement, nous les trouvons encore dans les renseignements généraux que nous a fournis l'examen local, surtout l'examen des organes voisins de la tumeur. Vous avez avec moi constaté qu'il n'y a aucun phénomène de compression, et que la lésion bien limitée par son enveloppe spéciale est pour ainsi dire isolée au milieu des parties molles et solides du cou qu'elle ne gêne ni dans leur développement, ni dans leurs fonctions.

Il n'en est pas toujours ainsi. Ces tumeurs congénitales d'origine branchiale peuvent exercer des compressions fâcheuses, amener l'asphyxie, comme cela se voit assez souvent chez les jeunes enfants. Rap-

pelez-vous le frère de notre malade : il est mort étouffé.

Concluez avec moi, Messieurs, que la conduite à tenir sera toujours tracée par les troubles fonctionnels.

Voici une tumeur qui n'amène autour d'elle aucun trouble, aucune gêne, qui ne grossit pas ; pourquoi y toucheriez-vous quand vous savez qu'elle a des rapports de voisinages éminemment périlleux avec des gros vaisseaux, avec des nerfs importants ? Non, vous ne pouvez pas, au prix de tels dangers, faire de l'esthétique.

Ah ! si cette même tumeur s'accroissait d'une manière inquiétante, si elle altérait les organes voisins et leurs fonctions, vous seriez alors autorisés à intervenir ; mais rappelez-vous que votre action devrait être différente en présence d'une tumeur en partie solide et d'un kyste.

Un kyste simple bénéficiera de la ponction, de l'évacuation simple de son contenu, d'applications répétées de teinture d'iode, de l'injection de quelques gouttes de chlorure de zinc. N'obtient-on qu'un demi-succès, on a toujours, par ces opérations palliatives, conjuré le danger qui venait de la compression.

Mais pour des kystes composés, que ferez-vous ? Evidemment, vous ne pourrez reculer devant l'extirpation, la seule opération qui vous permette d'obtenir du soulagement, d'éviter un péril menaçant. Mais

vous abordez de grandes difficultés en vous adressant à une masse entourée d'organes importants que votre bistouri, que tous vos instruments peuvent couper ou déchirer. Attendez-vous à rencontrer de grands obstacles, et si vous en triomphez, Messieurs, pensez encore que votre tâche n'est pas terminée, mais que, bien au contraire, vous avez encore à vous défendre, dans ces régions, contre les accidents redoutables (les suppurations, la septicémie, les fusées purulentes dans les médiastins) qui peuvent compliquer la réparation d'une plaie irrégulière et profonde.

Ici, rien ne vous oblige à intervenir : le passé comme le présent ne sauraient trop vous encourager à respecter une lésion qui n'a d'autre inconvénient que de troubler l'harmonie du visage.

Messieurs,

Je veux, aujourd'hui, vous entretenir d'un malade de la salle 17, entré mercredi dernier à l'hôpital. Il mérite de fixer toute votre attention, car il a été victime d'un violent traumatisme qui intéresse plusieurs organes profonds et peut, dans la suite, amener de funestes conséquences. Vous considérerez avec moi toute la gravité du pronostic qui s'attache à ces lésions viscérales.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, charretier, était assis dans son tombereau quand, dans une secousse,

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Contusion du rein.

Observation : Grave traumatisme de la région lombaire, du thorax et de l'abdomen. — Hémoptysie. — Hématurie.

Diagnostic précis des divers degrés de contusion ou de déchirure du rein.

Conséquences graves des contusions du rein.

Pronostic : Grave en général. — Se trouve très atténué dans le cas actuel malgré les lésions des organes respiratoires.

Traitement : Ce qu'il faut ne pas faire surtout.

Messieurs,

Je veux, aujourd'hui, vous entretenir d'un malade de la salle 17, entré mercredi dernier à l'hôpital. Il mérite de fixer toute votre attention, car il a été victime d'un violent traumatisme qui intéresse plusieurs organes profonds et peut, dans la suite, amener de funestes conséquences. Vous considérerez avec moi toute la gravité du pronostic qui s'attache à ces lésions viscérales.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, charretier, était assis dans son tombereau quand, dans une secousse,