

Si la tumeur comprime le nerf phrénique, elle peut provoquer des contractions du diaphragme. La tumeur peut encore comprimer la trachée, l'œsophage et le sommet du poumon. On comprend, d'après la disposition anatomique de la région, que dans ces cas on trouve d'ordinaire des dilatations variqueuses de la jugulaire externe et de l'œdème du bras.

§ 3. — *Hygromas. — Kystes hydatiques. — Tumeurs propagées.*

Hygromas. — Ces tumeurs, fort rares, se développent dans la bourse séreuse qui sépare le muscle thyro-hyoïdien de la membrane du même nom. Cette bourse muqueuse s'étend de l'échancrure du cartilage thyroïde jusqu'à l'os hyoïde et est quelquefois séparée par une cloison en deux cavités¹. A la suite d'une inflammation chronique, consécutive le plus souvent à une irritation mécanique, cette bourse muqueuse se dilate, ses parois s'épaississent, sa face interne se couvre de végétations arborescentes et sa cavité se remplit d'un liquide semblable à de la synovie et renfermant quelquefois des grains riziformes ; on dit dans ces cas qu'il existe un hygroma.

Les dimensions de la tumeur ne sont jamais considérables et égalent à peine celles d'une noix, mais dans certains cas, surtout à l'occasion d'une inflammation aiguë intercurrente, elle peut néanmoins provoquer des troubles de respiration et de déglutition.

Boyer connaissait déjà ces tumeurs et savait que l'incision de la collection n'aboutit pas à l'oblitération du sac par suppuration, mais à la formation d'une fistule. Ce fait, Boyer l'expliquait par la mobilité des parois du sac, dont une est fixée au muscle sterno-hyoïdien, l'autre à la membrane thyro-hyoïdienne, mobilité qui s'oppose à la formation des adhérences et qui fait qu'il persiste une cavité ouverte au dehors. Sarrazin raconte qu'un de ses amis portait une de ces fistules qu'il était obligé de maintenir ouverte. De temps en temps la fistule se fermait, mais aussitôt la poche se dilatait et provoquait des troubles fonctionnels du côté de la langue et du larynx. Si, durant les premiers jours après l'incision de l'abcès, il survient de l'inflamma-

(1) Quoiqu'en dise Albert, il est prouvé aujourd'hui que les kystes thyro-hyoïdiens ne sont pas des hygromas de la bourse séreuse thyro-hyoïdienne. Dans les cas, en effet, où on a examiné histologiquement la paroi, on l'a trouvée soit mucoïde, soit dermoïde, et cela explique très bien la fistulisation rebelle après incision simple. Il s'agit donc de kystes branchiaux et il faut probablement les attribuer à une oblitération imparfaite de l'invagination thyroïdienne médiane, d'où provient la pyramide de Lalouette. (A. B.)

tion des parties, il peut se former, par œdème collatéral, une tuméfaction de la glotte avec toutes ses conséquences. Ce danger n'existe plus avec le traitement antiseptique des plaies. On peut fendre la tumeur et extirper le sac épaissi, car la non occlusion de la cavité est due en grande partie justement à l'épaississement de ses parois. A côté de ces hygromas, en on observe d'autres qui se développent dans la bourse muqueuse pré-thyroïdienne. La tumeur est alors située sur la proéminence formée par le cartilage thyroïde.

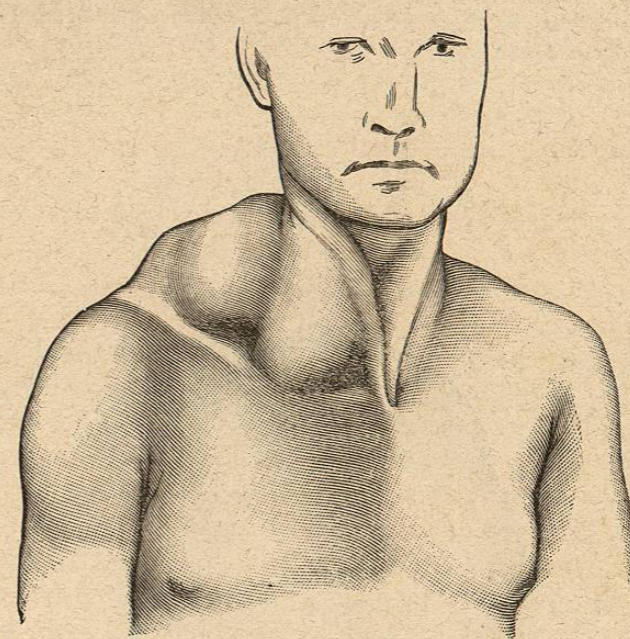


Fig. 116. — Lymphangiome du cou.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques du cou, également fort rares, s'observent à tout âge, mais, fait curieux, en certains endroits bien déterminés du cou ; soit dans la glande thyroïde, soit sous le sterno-mastoïdien, et ils sont alors fusionnés avec la gaine des vaisseaux. Dans le premier cas, ils peuvent être confondus avec des *kystes du corps thyroïde*, dans le second, avec des *kystes des fentes branchiales*. Un fait de grande importance diagnostique est l'accroissement de ces tumeurs *par poussées*, dépendant du développement du parasite. Ces kystes présentent une surface inégale et sont transparents. La ponction exploratrice donne issue à un liquide transparent, non albumineux, dans lequel on trouve les crochets caractéristiques ; mais dans certains cas le liquide renferme de l'albumine et on n'y trouve pas de crochets.

Tumeurs propagées. — Nous avons encore à dire quelques mots des tumeurs qui apparaissent secondairement au cou, et sont nées dans un organe voisin. Ce sont des tumeurs dures venant de la colonne vertébrale, de la clavicule, de la première côte, du médiastin même et remontant le long du cou, dont elles déplacent les organes. Elles provoquent tantôt des troubles respiratoires, tantôt des troubles du côté de la déglutition, mais elles s'accompagnent toujours de troubles circulatoires. En comprimant les plexus nerveux, elles provoquent des névralgies. Les tumeurs qui proviennent de la clavicule ou de la première côte peuvent ainsi comprimer le plexus brachial et provoquer des *névralgies* et des *parésies* dans la région correspondante ; en comprimant la veine sous-clavière, dont elles rendent les tributaires variqueuses, elles donnent lieu à de l'œdème de toute la région correspondante.

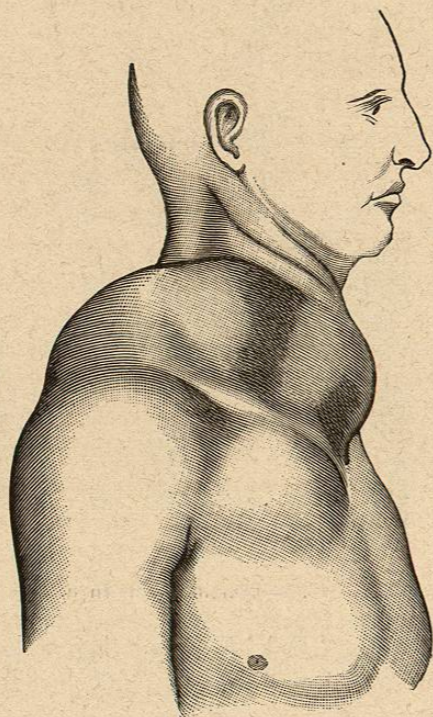


Fig. 117. — Lymphangiome du cou.

Elles peuvent encore comprimer l'œsophage, les vaisseaux du cou, la trachée qu'elles arrivent aussi à déplacer. Les tumeurs qui proviennent du corps des vertèbres cervicales déplacent de bonne heure, en se portant en avant, les organes du cou dont elles modifient entièrement les rapports. La plupart de ces tumeurs sont fixes et faciles à diagnostiquer ; par contre, les modifications qu'elles provoquent dans les organes donnent lieu à des symptômes nombreux qui se combinent de façons très variées et sont l'occasion de diagnostics parfois très délicats.

Les figures 116 et 117 se rapportent à un cas très rare de *lymphangiome* du cou. J'ai observé cette tumeur sur un homme adulte et j'ai fait la ponction. La tumeur était molle, compressible, transparente et s'étendait jusque dans la fosse

sous-claviculaire. Oppolzer aurait constaté sur ce malade, vingt ans auparavant, une tuméfaction des ganglions lymphatiques du côté droit du cou.

§ 4. — Diagnostic différentiel des tumeurs du cou.

Le diagnostic différentiel des tumeurs du cou peut être assez nettement schématisé. Le professeur Lücke a établi une de ces classifications schématiques, où les tumeurs sont d'abord divisées suivant la région dans laquelle elles se développent. Chaque groupe comprend des subdivisions dans lesquelles les tumeurs sont classées d'après leurs caractères physiques, en kystiques, solides et pulsatiles. Ce schéma étant toutefois très compliqué, nous allons essayer d'aborder la question d'une façon plus simple.

L'opinion du médecin est tout d'abord influencée par l'aspect du malade. Lorsqu'on lui apporte un *nouveau-né* avec une tumeur du cou, il sait qu'il ne peut s'agir que d'un hygroma congénital, ou d'un angiome caverneux, ou d'un goître congénital. Les goîtres sont caractérisés par leur situation, leurs rapports avec la trachée, et les alternatives d'abaissement et d'élévation pendant la déglutition. L'hygroma congénital, quand il n'est pas très étendu, occupe la région sous-maxillaire et se reconnaît à sa structure compliquée, composé qu'il est de plusieurs cavités kystiques ; s'il est étendu, on peut le diagnostiquer à première vue. L'angiome caverneux peut se développer sur n'importe quelle région et est caractérisé par sa spongiosité, sa compressibilité, ses reflets bleuâtres et sa tuméfaction quand l'enfant crie.

Chez les *enfants plus âgés*, les tumeurs du cou sont le plus souvent constituées par des tuméfactions ganglionnaires, principalement les lymphomes scrofuleux. Dans une première catégorie de cas, la tuméfaction porte sur toute une chaîne ganglionnaire, l'enfant est manifestement scrofuleux, un ou plusieurs ganglions sont déjà ouverts ; dans ces cas, aucun doute n'est possible. Dans d'autres cas, un seul ganglion est tuméfié et l'aspect de l'enfant est relativement bon. La situation anatomique du ganglion, la délimitation exacte et le volume de la tumeur, sa forme ovoïde, aplatie, sa mobilité doivent faire diagnostiquer un lymphome. Le pronostic doit être réservé quand on trouve un ganglion sous-maxillaire volumineux et de la tuméfaction des ganglions voisins, car le lymphome malin s'observe aussi chez les enfants.

Chez les individus approchant de la *puberté*, les lymphomes sont encore fréquents ; mais à cet âge on observe aussi, rarement il est vrai, des kystes des fentes branchiales. Ils siègent ordinairement à mi-hau-

teur du cou, au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien, sont ovales ou fusiformes, immobiles et atteignent les dimensions d'un œuf de pigeon.

Chez les individus *adultes*, on observe les diverses formes de goître que nous avons étudiées plus haut au point de vue du diagnostic différentiel. Les lymphomes malins se rencontrent entre 25 et 30 ans ; les anévrysmes se développent sur des individus plus âgés. — Les tumeurs malignes sont l'apanage de l'âge mûr : carcinomes de l'œsophage, de la glande thyroïde, des ganglions lymphatiques, des os. — Les notions tirées de l'âge du malade, tout en étant peu certaines, n'en sont pas moins fort précieuses.

L'aspect du sujet peut être utilisé pour le diagnostic de la même façon que l'âge. L'enfant scrofuleux, le jeune phthisique, le vieillard atteint de cancer se présentent sous un aspect qui imprime à l'esprit du médecin une certaine direction.

La *topographie* de la tumeur est un autre point fort important pour le diagnostic. Nous avons vu que les hygromas n'occupent que la région de l'os hyoïde, que les kystes hydatiques ne se rencontrent que dans la région sus-claviculaire et que les kystes branchiaux se développent dans des points bien déterminés, au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien. Nous connaissons en outre les tumeurs qui siègent dans la glande thyroïde, et quand nous avons acquis la conviction qu'une tumeur provient réellement de cette glande, nous avons encore les qualités physiques du néoplasme pour nous faire une idée précise sur sa nature.

Certains symptômes ne se rencontrent que dans un petit nombre de tumeurs, et lorsqu'ils existent, le diagnostic différentiel à faire se trouve par cela même limité à quelques variétés. La tumeur est-elle, par exemple, nettement *pulsatile*? Il s'agit avant tout de savoir si les pulsations sont seulement transmises à la tumeur ou bien si elles existent dans son intérieur. Dans le premier cas, il peut s'agir d'un grand nombre de tumeurs, car toute tumeur qui passe contre une artère peut présenter des pulsations ; dans le second cas, il ne peut s'agir que d'un anévrysme ou d'un sarcome très vasculaire, pulsatile, et le diagnostic différentiel doit être fait entre les deux. Ce diagnostic est d'ailleurs difficile, car les pulsations, en tant que phénomène physique, sont les mêmes dans les deux cas, et de plus la forme et la situation de la tumeur ne sont pas toujours caractéristiques. Mieux encore, la consistance même peut laisser des doutes, car dans certains sarcomes très vasculaires la tumeur ne présente pas la même consistance dans toutes ses parties. Le diagnostic d'anévrysme sera souvent indiqué par les différences du pouls du côté sain et du côté malade. Ce qui plaidera

en faveur d'un anévrysme, c'est le développement *lent* de la tumeur, car les sarcomes vasculaires s'accroissent très rapidement ; l'existence des pulsations au moment où la tumeur était encore très petite, ce qui n'est jamais le cas des sarcomes ; la mollesse de la tumeur au début, les sarcomes se présentant au début sous forme d'un nodule dur.

Il ne faut pas croire que la question de savoir si les pulsations sont *communiquées* ou *intrinsèques* soit toujours facile à résoudre. Si la tumeur pulsatile, une fois déplacée de façon à n'être plus au contact de l'artère, cesse alors de battre, c'est que ses pulsations lui étaient communiquées ; mais si les pulsations persistent dans ces conditions, il faut encore saisir la tumeur latéralement pour voir si, au moment de la pulsation, la tumeur se distend et subit une augmentation de volume dans tous les sens, c'est-à-dire est douée d'*expansion*.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, qu'en pratique le diagnostic qu'on a à faire est limité à un petit nombre de tumeurs, et que point n'est besoin de passer en revue toutes les tumeurs qui peuvent se rencontrer au cou. Voyons quelques-uns de ces cas difficiles.

C'est dans les tumeurs *liquides*, qu'on rencontre ordinairement des difficultés. Prenons, par exemple, le cas d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, nettement délimitée, nettement fluctuante et siégeant au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien. Il peut s'agir d'un abcès froid développé dans un ganglion lymphatique, ou d'un kyste branchial, ou d'un kyste du corps thyroïde, ou d'un kyste hémattique, ou d'un kyste hydatique. Pour asseoir un peu le diagnostic, nous cherchons si la tumeur remonte et descend pendant les mouvements de déglutition et si elle dépend de la glande thyroïde. Quand ces signes existent, il ne peut s'agir que d'un kyste de la glande thyroïde. Si tel n'est pas le cas, nous cherchons si la tumeur est partiellement réductible, et quand ce signe existe, on est sûr d'avoir affaire à un kyste hémattique. Ce signe vient-il à manquer, nous examinons alors la mobilité de la tumeur. Si le néoplasme se déplace facilement sur les plans profonds, il s'agit probablement d'un ganglion ramolli. Si cette mobilité est peu nette, on peut avoir devant soi ou un kyste hydatique ou un kyste branchial. L'anamnèse peut déjà en partie décider entre les deux, car les kystes branchiaux apparaissent vers l'époque de la puberté, tandis que les kystes hydatiques peuvent se développer à n'importe quel moment de la vie. On fait alors une ponction exploratrice et on regarde le liquide : si c'est du sang, il s'agit d'un kyste hémattique ; si c'est une substance sébacée, on a affaire à un *kyste branchial*.

Analysons maintenant trois cas plus difficiles.

I. — Voici une femme de 40 ans qui porte une tumeur dans la région sous-

claviculaire gauche. La tumeur, des dimensions d'une orange, est nettement délimitée, un peu mobile à sa base et adhère à la peau injectée et violacée qui recouvre ses parties supérieures et qui est perforée à son sommet. A ce niveau on trouve un tissu en partie de mauvais aspect, en partie rouge, non couvert de granulations et de niveau avec les bords de l'ulcération. Dans la région sous-maxillaire gauche, on trouve sous la peau normale un groupe de tumeurs isolées, mobiles, indurées, constituées par des ganglions lymphatiques tuméfiés dont le plus gros a les dimensions d'une noix ; dans la région sous-maxillaire droite, un ganglion lymphatique tuméfié des dimensions d'une noix. Dans l'aîne droite existe également un paquet ganglionnaire gros comme une noix.

L'examen du sang de la malade fait voir une augmentation manifeste du nombre des leucocytes. La malade, un peu pâle, ne présente aucune autre lésion. La tumeur sus-claviculaire existe déjà depuis plusieurs mois, mais il y a quelques jours un médecin l'a incisée croyant avoir affaire à un abcès. Il est évident qu'il s'agit d'une affection générale du système lymphatique et que d'après les résultats de l'examen du sang on serait autorisé de penser à la tuméfaction des ganglions lymphatiques d'origine leucémique. Ce n'est certainement pas un lymphome malin, à en juger par la forme de la tuméfaction et par la leucémie. Le développement rapide de la plus grosse tumeur permet de conclure à l'existence d'un *lympho-sarcome*. En comprimant la tumeur, il s'écoule un liquide trouble analogue à une solution étendue d'encre de Chine. Ceci confirme le diagnostic et nous pouvons affirmer l'existence d'un lympho-sarcome mélanique.

II. — Chez une autre femme âgée de 45 ans, nous trouvons une tumeur dans la fosse sus-claviculaire droite. La tumeur a les dimensions d'un poing, elle est sphérique, fluctuante, nettement transparente, recouverte par la peau normale légèrement plissée, et présente un peu de mobilité au niveau de la base. Nul doute qu'il ne s'agisse d'un kyste à contenu séreux. Mais dans quel organe la tumeur s'est-elle développée primitivement ? Le kyste est isolé et indépendant de la glande thyroïde, qui est le siège d'un goître colloïde peu développé. On ne peut guère songer à un kyste hydatique puisqu'on trouve un kyste volumineux uniloculaire s'étant accru peu à peu en plusieurs années. L'idée d'un kyste branchial est contredite par le siège de la tumeur et l'âge de la malade. Le seul diagnostic possible est donc celui d'un *kyste développé dans une glande thyroïde supplémentaire atteinte de goître*.

III. — Chez un homme de 63 ans, nous trouvons dans la région sous-maxillaire droite une tumeur des dimensions d'un poing d'enfant, très dure, assez mobile, présentant sur sa face interne plusieurs nodules bosselés, aplatis. La peau à ce niveau est un peu empâtée et se plisse difficilement. Ceci nous fait supposer que la peau commence à être envahie et que la tumeur est de nature maligne ; la dureté du néoplasme parle nettement en faveur d'un *carcinome*. D'où vient ce carcinome ? La surface bosselée et la mobilité de la tumeur nous indiquent que très probablement le carcinome s'est développé dans un ganglion lymphatique. Mais les carcinomes des ganglions lymphatiques sont ordinairement secondaires. En examinant la lèvre inférieure du malade, nous trouvons au niveau de la commissure labiale droite une petite cicatrice à propos de laquelle le malade nous dit qu'il avait eu à ce niveau une petite ulcération dure que le médecin a guérie avec des caustiques. Cette ulcération s'est développée il y a un an et existait avant la tumeur. Il s'agit par conséquent d'un *épithéliome de la lèvre avec infiltration cancéreuse secondaire des ganglions*¹.

(1) Ces adénopathies cancéreuses secondaires n'induisent pas en erreur quand

§ 5. — *Extirpation des tumeurs du cou.*

Il nous reste à dire quelques mots sur l'extirpation des tumeurs du cou.

L'ablation des petites tumeurs mobiles, des lymphomes en particulier, ne présente ordinairement aucune difficulté. On fixe la tumeur contre la peau, qu'on incise couche par couche, et lorsqu'on arrive à couper l'enveloppe du ganglion, ce dernier est facilement énucléé avec le doigt. En procédant suivant les règles de l'antisepsie, je suture ordinairement les lèvres de la plaie, et cette conduite m'a toujours réussi. Quand on a à enlever tout un paquet de ganglions, le mieux c'est d'extirper les ganglions l'un après l'autre, et à travers une petite incision on peut ainsi énucléer un grand nombre de ganglions. Comme nous l'avons déjà dit, il s'agit avant tout d'arriver sur le ganglion, d'inciser sa capsule et de pénétrer à travers cette incision avec le doigt, à l'aide duquel on énucléee le ganglion.

L'ablation des tumeurs profondes et étendues présente des difficultés qui quelquefois sont très grandes. La direction de l'incision cutanée est déjà importante. Si l'on pense pouvoir se suffire avec une simple incision longitudinale, la peau est incisée sur la tumeur, mais cette incision doit dépasser en haut et en bas les limites du néoplasme afin qu'on puisse écarter convenablement les lèvres de la plaie et assurer plus tard l'écoulement des sécrétions. Dans les cas difficiles, on peut faire un lambeau cutané à base supérieure, lambeau qu'on récline en haut. Si la tumeur pénètre profondément vers les gros vaisseaux du cou, on peut dénuder d'abord ces derniers, surtout vers leur extrémité cardiaque, afin d'assurer facilement l'hémostase en cas d'hémorragie. Ce procédé est très avantageux quand la tumeur entoure les vaisseaux ; dans ces cas, on peut mettre sur le vaisseau deux ligatures et enlever avec la tumeur la portion intermédiaire du vaisseau. Dans un cas, Billroth enleva une partie des lymphatiques et n'observa pas de conséquences fâcheuses.

Dans les tumeurs qui ne présentent que des adhérences faibles, on peut ne pas dénuder les vaisseaux : la tumeur libérée de tous les côtés est attirée au dehors et n'est séparée des vaisseaux que vers la fin de l'opération. L'énucléation de la tumeur se fait avec le doigt ou avec

elles relèvent d'un épithéliome aisément visible, à la lèvre par exemple, mais bien quand la tumeur primitive, réduite à une petite ulcération indurée et indolente, est cachée dans un repli de la cavité bucco-pharyngienne ou de l'œsophage. J'ai déjà signalé ces faits à propos de l'épithéliome de l'amygdale. (A. B.)

des ciseaux courbes fermés qui s'appliquent très bien à la convexité de la tumeur et peuvent à chaque moment être ouverts quand on a à couper quelques brides.

Il y a un fait qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit : quand on attire la tumeur au dehors, les veines volumineuses se vident, s'aplatissent : on les prend pour du tissu conjonctif et on les coupe ; puis quand la traction cesse, il se produit une hémorrhagie veineuse ou bien de l'air entre dans la veine. Par conséquent, quand on s'apprête à couper un cordon douteux, il faut lâcher un peu la tumeur pour voir si le cordon en question est une veine ou non.

CHAPITRE VI

LIGATURE DES ARTÈRES DU COU.

La ligature des artères du cou se fait dans un grand nombre de cas, et le plus souvent il s'agit de la ligature de la carotide. Nous nous proposons d'exposer, suivant l'ordre anatomique des artères, les indications de cette opération et les procédés opératoires.

Tronc innominé. — Le tronc innominé a été lié 15 fois et presque toujours pour des anévrysmes.

Le premier qui fit cette opération hardie fut Valentin Mott, en 1818. Le malade mourut 26 jours après l'opération, d'une hémorrhagie secondaire. Ce fut le sort de tous ces malades jusqu'en 1864, époque à laquelle on note le premier succès, chez un mulâtre de 33 ans opéré par Smith. Mott, qui vivait encore à cette époque, fut enchanté de ce succès ; Smith avait opéré d'après le procédé de Mott.

La tête est mise dans l'extension et tournée à gauche. On circonscrit un lambeau triangulaire dont un des côtés, long de 3 pouces, suit le bord interne du sterno-mastoïdien jusqu'à l'insertion inférieure de ce muscle ; de là part l'autre incision, horizontale, qui se dirige au dehors en suivant le bord supérieur de la clavicule. Les insertions du sterno-mastoïdien sont ensuite sectionnées et réclinées, avec le lambeau cutané, en haut et en dehors. Les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien sont coupés transversalement et relevés. On voit alors la veine jugulaire interne à côté de laquelle on sent les pulsations de la carotide. Cette dernière est dénudée dans l'étendue de quelques lignes au-dessus du sternum ; le pneumogastrique et la veine jugulaire sont ensuite réclinés en dehors.

On met alors à nu la sous-clavière et on la poursuit jusqu'à son origine, en repoussant de côté le récurrent et le phrénique. Le tronc de l'innominée est alors soigneusement séparé du tissu conjonctif qui l'entoure et lié à 1 cm. 1/2 environ avant sa bifurcation, en faisant passer une aiguille courbe de bas en haut et en serrant lentement le fil. On fera attention de ne pas blesser la plèvre.

Carotide primitive. — Les indications de cette ligature sont jusqu'à présent les suivantes :

a) *L'hémorrhagie.* — Outre les indications que nous avons étu-