

signes qui permettent de reconnaître l'adénite tuberculeuse.

Il existe encore au cou des tumeurs particulières à cette région et qui présentent ce caractère d'avoir une consistance inégale. Elles sont fluctuantes sur certains points, mollasses, rénitentes sur d'autres et présentant même quelquefois des noyaux indurés, voire même des tractus fibreux. Une palpation attentive et minutieuse sera donc nécessaire pour permettre de recueillir ces différents renseignements. Ces tumeurs ne sont autres que les *kystes séreux congénitaux* du cou. Leur diagnostic est en général aisé à cause des signes que nous venons d'énumérer et parce qu'il est rare de ne pas reconnaître ces tumeurs au moment de la naissance. La congénitalité est donc ici bien établie, et ajoutons que parfois elles ont une partie transparente, que leur volume constitue souvent un véritable vice de conformation, et qu'elles sont quelquefois accompagnées d'arrêts de développement dans d'autres parties du corps.

Elles peuvent être toutefois confondues avec un kyste dermoïde de cette région, avec certains angiomes caverneux et avec les lipomes diffus congénitaux assez fréquents au cou.

Les *kystes dermoïdes* se reconnaîtront aux caractères suivants : ils sont très rares sur les parties latérales du cou, leur siège de prédilection dans cette région étant la ligne médiane. Leur apparition est en général tardive ; ils ne manifestent en effet leur présence que l'enfance une fois terminée. Ils sont d'une forme plus régulière que le kyste séreux et ne présentent pas la même consistance. Leur contenu est en effet plus épais, gardant quelquefois l'empreinte du doigt et ne donnant pas la sensation de fluctuation que donne la poche kystique congénitale.

Quant aux angiomes caverneux, nous avons déjà indiqué quelques-uns de leurs caractères. Ils ne peuvent être confondus avec les kystes congénitaux que lorsqu'ils donnent lieu à la formation de poches kystiques dont le liquide n'est pas réductible. Ce sont alors ces *kystes sanguins* si voisins des kystes séreux congénitaux et qui ne s'en différencient que par l'absence de transparence ; or cette dernière n'est pas toujours facile à déceler, même quand elle existe ; de

plus, leur forme est quelquefois lobulée et s'il n'y a pas de changement de coloration des parties ; le diagnostic est impossible, il faut nécessairement arriver à la ponction.

Disons en terminant que les *lipomes diffus congénitaux* du cou peuvent aussi être pris pour des kystes séreux. Ils présentent souvent une fausse fluctuation ; mais leur consistance est homogène ; les notions acquises par le palper sont les mêmes dans toute l'étendue de la tumeur et les lobulations qu'ils peuvent présenter sont disposées plus régulièrement.

Quand, après avoir bien étudié une tumeur des régions latérales du cou, on aura encore des doutes sur sa nature, il faudra songer aux *kystes hydatiques musculaires* dont le diagnostic ne peut être fait que par la ponction et aussi aux *kystes ectopiques thyroïdiens* développés aux dépens d'amas glandulaires erratiques. Ce sont là des diagnostics qu'on peut entrevoir, mais qu'on ne peut poser d'une façon ferme.

La tumeur est solide. — Elle peut s'être développée aux dépens d'un des éléments quelconques du cou ; mais parmi ceux-ci, ce sont les ganglions lymphatiques qui sont le plus souvent affectés.

On devra donc d'abord *rechercher si la tumeur dépend d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques* et on acquerra cette certitude en tenant compte du siège de la tumeur (le long du muscle sterno-mastoïdien, dans la région sous-maxillaire, ou dans le creux sus-claviculaire), en examinant sa forme, en trouvant plusieurs ganglions atteints et en se rappelant cette particularité que, tout à fait au début, la tuméfaction, grosse comme une dragée, est mobile et raide sous le doigt.

Quand on aura reconnu qu'on est en présence d'une tumeur ganglionnaire, il faudra d'abord éliminer l'*adénite inflammatoire* qui a une évolution très rapide et succède à une infection dont on trouve la porte d'entrée, soit au cou, soit à la face, soit dans la cavité bucco-pharyngienne.

On écartera aussi l'*adénopathie syphilitique* assez rare en cette région et dont le diagnostic est assez facile à faire à cause du nombre, du petit volume, de la consistance, de la

forme en chapelet des ganglions atteints, à cause des tares qui peuvent se voir soit sur la peau, soit dans la cavité buccale et aussi à cause d'autres ganglions qui peuvent être atteints en même temps, tels que les ganglions du pli de l'aîne, les ganglions sous-occipitaux et les ganglions épitrochléens.

Cela fait, on se rendra un compte plus exact de la mobilité de la tumeur. *Si elle est adhérente* au plan profond, ou à l'angle de la mâchoire, comme cela arrive souvent, si elle est dure et comme fixée, on se trouvera en présence d'une tumeur maligne et, comme le cancer primitif des ganglions est tellement rare qu'on peut dire que pour le clinicien il n'existe pas, on aura affaire à une adénopathie secondaire dont on trouvera l'origine en examinant la cavité bucco-pharyngienne. (Voir plus haut.)

Si la tumeur est plus ou moins mobile et si on ne lui trouve pas pour cause un cancer voisin, on s'enquerra de sa marche et de la rapidité de son évolution.

Dans la grande majorité des cas, le malade répondra que la *tuméfaction s'est développée lentement*, qu'elle a grossi petit à petit, puis que d'autres ganglions se sont vus et fusionnés avec la première masse, et cela en l'espace de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Ici le gros diagnostic à faire est celui d'adénite tuberculeuse ou de lymphadénome. Nous passerons sous silence l'adénite chronique simple, non bacillaire, qui n'est pas admise par tous les chirurgiens.

Comment reconnaître une adénite tuberculeuse d'un lymphadénome? Ces deux tumeurs, au début, ont des caractères communs. Elles peuvent présenter le même volume; avoir la même forme, composée qu'elles sont de plusieurs ganglions; elles sont mobiles sur la peau et sur le plan profond, fixées dans certains cas par la contraction du muscle sterno-mastoïdien; elles ont le même siège de prédilection (angle de la mâchoire, région sous-maxillaire, chaîne carotidienne): elles peuvent être symétriquement placées; et apparaissent aussi au même âge, quoique l'adénite scrofuleuse soit plus fréquente dans la jeunesse. Cependant elles présentent chacune leurs particularités. Le lym-

phadénome par exemple est relativement rare; tandis que l'adénite tuberculeuse est de beaucoup la tumeur la plus fréquente du cou. Le lymphadénome a une consistance égale et donne aux doigts une sensation semblable à celle du parenchyme rénal. L'adénite tuberculeuse au contraire peut avoir une consistance inégale et présenter des points durs et d'autres ramollis. L'adénite tuberculeuse *suppure*, le lymphadénome *jamais*. Donc toutes les fois qu'on percevra de la fluctuation, même de la périadénite, ou bien encore qu'on constatera une fistule ou la cicatrice d'un ancien abcès, on pourra poser le diagnostic ferme d'adénite tuberculeuse. Enfin, quoique le lymphadénome ne donne que des signes négatifs, puisqu'à un moment donné on retrouve les mêmes symptômes dans la tuberculose ganglionnaire, il faut savoir toutefois qu'on pourra diagnostiquer un lymphadénome quand on se trouvera en présence d'une tumeur d'un volume considérable; quand on rencontrera des ganglions atteints de la même lésion dans les aisselles, les plis de l'aîne ou les autres régions lymphatiques; quand on constatera une tumeur de même nature dans un autre organe, soit dans le testicule, soit sur la peau (mycosis fongoïde); quand on découvrira en même temps une hypertrophie de la rate, des amygdales ou du corps thyroïde et enfin quand la numération des globules du sang démontrera une augmentation des leucocytes.

Si la tumeur a évolué rapidement, a pris des dimensions considérables en quelques mois; si elle fait une saillie arrondie, recouverte d'un réseau veineux considérable et si à plus forte raison elle s'est ulcérée en surface en donnant lieu de temps en temps à des hémorragies abondantes, on pensera au *sarcome* qui peut naître dans tous les organes constituants du cou et même dans la glande sous-maxillaire; mais qui le plus souvent a son point de départ dans les ganglions, ou n'est que la transformation d'un lymphadénome et prend alors le nom de *lymphosarcome*.

Hors de la zone ganglionnaire il existe encore dans les régions cervicales latérales d'autres tumeurs qu'il faut savoir diagnostiquer. Ce sont des *lipomes diffus* dont nous avons parlé plus haut ou *encapsulés* rares du reste sur les côtés du

cou; mais il faut signaler au clinicien pour éviter des erreurs les *pseudolipomes sus-claviculaires* qui ne peuvent pas prendre la dénomination de tumeurs à cause de leur forme et qui pourraient être confondus avec des lipomes diffus, car ce sont des nappes graisseuses qui nivellent le triangle sus-claviculaire. Ils se montrent chez les femmes à partir de quarante ans et sont sous la dépendance de l'arthritisme.

Signalons encore les *fibromes* et les *enchondromes* qui se reconnaîtront à leur limitation et à leur consistance et les *tumeurs osseuses* qui se rencontrent exclusivement dans le creux sus-claviculaire. Elles sont faciles à reconnaître à cause de leur dureté, de leur fixation au squelette et des troubles de compression qu'elles peuvent déterminer du côté des vaisseaux et des nerfs (altérations du pouls, fourmillements, engourdissements, atrophies). Il faut savoir, pour rechercher leurs connexions avec le squelette, qu'elles se développent aux dépens de la clavicule, de la première côte, de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale et qu'il existe quelquefois une côte cervicale anormale.

On aura rarement à faire le diagnostic des tumeurs que nous venons d'énumérer, car elles sont rares. Il en est de même des *névromes* du cou. Cependant quand on constatera une tuméfaction sur le trajet des nerfs et qu'elle s'accompagnera de troubles de la sensibilité et de la motilité du membre supérieur, on pourra songer soit à une tumeur comprimant le plexus brachial, soit à une tumeur développée aux dépens d'un des nerfs de ce plexus, et on s'efforcera de faire le départ entre les deux en constatant si la mobilisation de la tuméfaction exagère les symptômes du côté du bras et si le néoplasme a des connexions avec le plan profond dans lequel sont situées les branches du plexus brachial.

Enfin, pour être complet, mentionnons que, lorsque sur le muscle sterno-mastoïdien, on trouvera une tumeur mal limitée, fondue dans les fibres musculaires, à évolution rapide, avec tendance à venir s'ouvrir à la surface, on fera le diagnostic de gomme syphilitique du muscle sterno-mastoïdien, siège de prédilection de ces lésions.

La tumeur siège sur la ligne médiane. — Nous avons, à

propos du plancher de la bouche, étudié le diagnostic des tumeurs de la région sus-hyoïdienne; nous n'avons donc plus qu'à nous occuper de celles qui peuvent se développer dans la région sous-hyoïdienne.

On commencera par commander au malade d'avaler sa salive ou un peu d'eau pour voir si la tumeur subit des mouvements d'ascension. Si elle est mobilisée par l'acte de la déglutition, c'est qu'elle appartient au conduit laryngo-trachéal ou du corps thyroïde qui y attient. Il faut savoir pourtant que certaines adénites tuberculeuses peuvent prendre naissance dans cette région, adhérer aux voies aériennes et suivre ainsi les mouvements du larynx. Mais cet engorgement ganglionnaire sera reconnu à ce qu'il est généralement multiple, formé de noyaux durs et indépendants, quelquefois de consistance variable, parfois fluctuant et ayant déterminé de la périadénite. De plus, son siège est plus bas que le corps thyroïde. Certains kystes thyro-hyoidiens sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure suivent aussi pendant la déglutition les mouvements du larynx. Leur siège élevé au-dessus du cartilage thyroïde, leur forme régulière, leur volume assez restreint et les caractères que nous retracerons plus loin permettront de ne pas les confondre avec une tumeur du corps thyroïde qui est du reste celle qu'on rencontre le plus fréquemment à la partie moyenne du cou.

Quand on aura constaté que la tuméfaction montait et descendait pendant l'acte de la déglutition, il faudra en préciser plus exactement le siège anatomique. On reconnaîtra d'abord le cartilage thyroïde, la pomme d'Adam et l'on examinera si la tumeur siège au-dessus, à son niveau, ou au-dessous.

Si la tumeur est située à la partie supérieure de la région sous-hyoïdienne au-dessus du cartilage thyroïde entre lui et la région sus-hyoïdienne, on aura donc le plus souvent affaire à une tumeur liquide, à un *kyste hyo-thyroïdien*. Dans ce cas, la tuméfaction siège bien sur la ligne médiane, dépasse rarement les dimensions d'une noix. Elle a une forme régulière, est dure, rénitente ou nettement fluctuante; mais cette fluctuation sera plus ou moins évidente et la ponction sera quelquefois nécessaire.

Ces kystes peuvent être confondus avec un petit goitre né

aux dépens d'un nodule thyroïdien aberrant ou ayant pris naissance dans la pyramide de Lalouette. Dans ce cas, le diagnostic est des plus délicats, presque impossible même, car on peut avoir affaire à un goitre kystique impossible à découvrir, s'il ne coexiste pas une hypertrophie de la glande thyroïde.

Le diagnostic anatomique des kystes hyo-thyroïdiens ne pourra être que soupçonné et encore. On est du reste à peine fixé sur leur nature et il sera très difficile de dire si on se trouve en face d'un *hygroma* de la bourse séreuse placée devant la membrane thyro-hyoïdienne, en face d'un *kyste séreux congénital* ou d'un *kyste* soit *dermoïde*, soit *mucosé*. La consistance de la tumeur, son début, son évolution peuvent seuls donner des présomptions qui ne se changeront en certitude qu'après l'évacuation de la poche, l'étude de son contenu et de ses parois.

Si la tumeur siège au niveau du larynx, il faudra d'abord reconnaître si elle a pris naissance aux dépens du cartilage thyroïde ou si elle n'a pas envahi secondairement cette région par le fait même de son développement. Si le cartilage thyroïde est changé dans sa forme, dans son volume, dans sa consistance (carapace de homard d'Isambert), on aura bien des chances pour avoir devant soi un *cancer du larynx* qui se sera du reste manifesté par des signes plus précoces (troubles de la phonation, de la déglutition, salivation sanguinolente, muco-purulente...). L'examen au laryngoscope s'impose dans ce cas et nous n'y insisterons pas, car cela sort du cadre que nous nous sommes tracé.

La tumeur est située plus bas, entre le cartilage thyroïde et la fourchette sternale; elle suit, comme nous l'avons dit, les mouvements du larynx, on a affaire à une maladie du corps thyroïde.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

On commencera par écarter la *congestion thyroïdienne*, qui est passagère, a un début brusque et relève de causes particulières, telles que la grossesse, une maladie générale

comme la variole ou la fièvre typhoïde, l'influence des travaux pénibles, d'un refroidissement ou d'un traumatisme. On éliminera de même la *thyroïdite* qui a des symptômes bien nets : douleur vive à la partie antérieure du cou, s'exagérant par la pression et au moment de la déglutition; tuméfaction lisse, tendue, rénitente et chaude de la région thyroïdienne; enfin fièvre intense au début, élévation marquée de la température et bientôt phénomènes de gêne respiratoire.

Ceci fait, le *goitre exophtalmique* étant bien entendu mis de côté, à l'aide des signes que nous avons donnés plus haut, on recherchera la consistance de la tuméfaction. Les tumeurs du corps typhoïde sont en effet ou *solides* ou *liquides*. Quelquefois la fluctuation est ou fausse ou difficile à reconnaître à cause de la tension du contenu; dans ces cas le diagnostic ferme ne pourra être posé qu'à l'aide d'une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz, mais il faut n'y avoir recours qu'en dernier ressort et ne l'employer qu'avec une grande réserve car elle peut déterminer une hémorragie *in vacuo* dans la poche kystique, hémorragie assez abondante pour donner lieu à des accidents de compression; on en a même vu déterminer la mort.

La tumeur est solide. — Le premier point à établir est le suivant. Est-ce un *goitre* ou un *cancer du corps thyroïde*? Au début ce diagnostic est souvent impossible; car le néoplasme n'a pas encore franchi les limites de la glande, est maintenu par sa capsule et peut aussi se montrer chez un individu porteur déjà d'une hypertrophie du corps thyroïde.

Quand, au contraire, le cancer a pris une certaine extension, il ne tarde pas à contracter des adhérences; il envahit plutôt qu'il ne comprime les organes voisins et c'est par la recherche de la mobilité de la tumeur qu'on arrive à avoir ces renseignements si précieux pour le diagnostic.

A cet effet, après avoir placé la tête du malade dans l'extension, on imprimera un petit mouvement brusque de bas en haut à la tuméfaction. On se rendra compte du déplacement produit. Si on provoque par cette manœuvre une légère ascension de la masse, c'est qu'elle n'a pas contracté

d'adhérences avec les parties profondes. Les mouvements de latéralité n'ont pas la même importance, car ils sont possibles même quand le cancer a commencé à envahir les plans voisins. De plus la peau est rapidement prise. Il existe, ce qui ne se rencontre pas dans le goitre, des douleurs vives, lancinantes, qui irradient vers la partie postérieure du cou, les oreilles et les régions mastoïdiennes ; l'évolution du cancer est enfin rapide, amenant la mort en six ou sept mois et déterminant une cachexie précoce et un engorgement ganglionnaire à bref délai.

En somme, le diagnostic du cancer déclaré de la thyroïde est facile. Quant à déterminer sa variété anatomique, c'est-à-dire si on a affaire à un épithélioma ou à un sarcome, on ne devra guère s'y hasarder et si on le tente, on se réglera sur les caractères généraux qui servent au diagnostic différentiel des diverses variétés de cancers.

La tumeur solide est un goitre, il faut maintenant reconnaître sa variété. Il peut être folliculaire, fibreux, colloïde ou vasculaire.

Le *goitre folliculaire* est ou *circonscrit* ou *diffus*. Quand il est circonscrit, il ne s'est développé qu'aux dépens d'une partie de la glande et est, par conséquent, limité. Un palper attentif peut faire reconnaître la tumeur qui tranche par sa consistance plus ferme sur celle plus molle du tissu thyroïdien. Ce goitre folliculaire a en général une forme sphérique et pourrait être confondu avec un kyste très tendu du même organe. La ponction, dans certains cas, peut seule permettre de faire le diagnostic.

Quand le goitre folliculaire est diffus, il a envahi toute la glande qui peut conserver sa forme normale tout en s'hypertrophiant, ou qui devient irrégulière la maladie affectant plus un lobe que l'autre. On devra donc bien se rendre compte du territoire qui est le plus atteint. En général le goitre folliculaire est cependant assez régulier ; son volume est moyen ; sa consistance est uniforme, molle ; sa surface est lisse quelquefois légèrement bosselée ; enfin la marche de cette variété de tumeur du corps thyroïde est très lente et les accidents de compression sont assez rares.

Le *goitre fibreux* a des caractères très tranchés. Il a un petit volume et une consistance dure toute particulière ; quelquefois même sur certains points on trouve des parties tellement résistantes qu'elles permettent de faire soupçonner une transformation osseuse ou cartilagineuse des parois. C'est cette variété de tumeur qui a de la tendance à se développer plutôt vers la profondeur que vers la périphérie et qui pour cette raison est susceptible de donner lieu à des accidents de compression surtout du côté de la trachée.

Le *goitre vasculaire* peut se reconnaître à ceci qu'étant formée en majeure partie par des vaisseaux, il possède une réductibilité qui, quoique incomplète, peut être manifeste dans certains cas. Et pour les mêmes raisons, il augmente de volume dans les efforts ou dans la flexion du cou. Il a une consistance molle et même presque fluctuante et a de la tendance à envahir d'abord la partie supérieure de la glande thyroïde et à se développer de haut en bas. Signalons encore sa forme aplatie au début ; puis de plus en plus arrondie à mesure que la tumeur devient plus rénitente. Le goitre vasculaire comprend deux variétés :

a) La *variété veineuse* ou goitre variqueux qui montre un réseau veineux sous-cutané très développé avec de grosses veines efférentes et de la dilatation des veines du cou. Il faut néanmoins savoir que peu de tumeurs de la thyroïde ne s'accompagnent pas d'un développement notable souvent énorme de l'appareil circulatoire de cet organe.

b) La *variété artérielle* ou goitre anévrismale dans laquelle on perçoit des bruits de souffle continu ou intermittent, des pulsations, voire même de l'expansion. Le chirurgien ne pourra guère hésiter dans ce cas qu'entre cette affection et un anévrisme ; mais l'intégrité des battements des artères de la tête et du membre supérieur pourra le plus souvent faire exclure l'anévrisme artériel, qui du reste est limité à un siège latéral et n'est pas accompagné d'une tuméfaction qui s'étend plus ou moins au corps thyroïde. Enfin pour ne pas confondre les battements propres à la tumeur avec ceux qui pourraient lui être communiqués par les carotides, il faut, si l'on peut, attirer à l'aide des doigts, le goitre en avant ; ou, suivant la pratique recommandée par Boyer, faire

incliner la tête en avant. Les battements transmis cessent par cette manœuvre, la tumeur ayant abandonné le contact de l'artère.

Le *goitre colloïde* est mou, tremblotant, fluctuant, même par places. Il est très déformant. C'est celui de tous les goitres qui est susceptible d'acquiescer le plus grand volume. Il est souvent confondu avec les tumeurs kystiques et, dans certains cas, une ponction seule peut établir le diagnostic.

La tumeur liquide est un goitre kystique. — Son diagnostic est facile quand la tumeur est volumineuse. A ce moment la fluctuation est évidente et ne laisse aucun doute, quand on prend soin de faire préalablement immobiliser avec soin la tumeur pour éviter toute cause d'erreur produite par un déplacement en masse. On peut même, dans certains cas, percevoir la sensation de flot par la percussion avec le doigt, soit à l'aide de la succussion.

Ces gros kystes thyroïdiens ont en général une forme très irrégulière. On y voit se produire des bosselures, tantôt médianes, tantôt latérales, quelquefois occupant les deux côtés de la glande ; mais alors généralement plus développées d'un côté que de l'autre.

Les petits kystes au contraire sont réguliers, arrondis, ont une surface lisse. Il est très délicat d'y percevoir la fluctuation à cause de leur tension et de leur petit volume. Aussi sont-ils souvent confondus avec des tumeurs solides et comme nous l'avons dit, une ponction exploratrice est-elle le plus souvent nécessaire.

C'est encore la ponction qui permettra de connaître la nature du *contenu* de la poche. On sait que le liquide peut être séreux (hydrocèle du cou) ou sanguin (hématocèle du cou). Dans le premier on peut rechercher la transparence ; elle est très souvent absente à cause de l'épaisseur des parois, on se fonda donc sur la sensation recueillie par la fluctuation qui permettra de présumer la présence d'un liquide plus ou moins limpide.

La fluctuation fera encore constater si le kyste est unique ou s'il en existe plusieurs qui, ne communiquant pas l'un

avec l'autre, ne sont pas impressionnés par les manœuvres faites séparément sur l'un d'eux.

Enfin on pourra présumer qu'il s'agit d'un kyste sanguin en tenant compte de l'épaisseur du liquide, de l'accroissement relativement rapide des bosselures fluctuantes, de leur augmentation notable de volume, de la coïncidence d'une grossesse, d'un violent effort, d'un traumatisme avec le début de ce développement. Il faut ajouter que le kyste sanguin ne se présente jamais avec les apparences d'un kyste unique mais qu'il semble toujours appartenir à une tumeur hypertrophique plus ou moins mélangée de kystes.

Nous avons omis à dessein pour ne pas compliquer notre description de parler des *goitres aériens, venteux, laryngocèle ventriculaire*, que l'on classait autrefois parmi les tumeurs du corps thyroïde et qui sont du reste excessivement rares. La sonorité qu'ils présentent à la percussion est leur caractère essentiel et empêche de les confondre avec celle-ci même dans le cas où leur siège et leur forme peuvent tromper sur leurs connexions réelles.