

par l'hémorragie, graves par la crainte de l'entrée de l'air. L'entrée de l'air dans les veines est un accident dont on a beaucoup exagéré l'importance; son existence même, dans l'extirpation des ganglions du cou, est loin d'être démontrée, et dans les deux cas partout cités de Roux et de Reynier (1) la mort ne survint que huit et douze jours après l'opération avec de la fièvre dans l'intervalle. Nous n'en retiendrons pas moins ce précepte que, dans les cas de lésions de grosses veines du cou, jugulaire ou tronc thyro-linguo-facial, le doigt doit immédiatement se porter à la surface de la plaie vasculaire ou dans sa lumière si la section est complète; après quoi, une ligature latérale ou une ligature des deux bouts mettra sûrement à l'abri des accidents. Il ne s'agit dans ces cas que d'avoir du sang-froid et de la présence d'esprit. Dans les cas de Broca, cités par Manson, et dans ceux de Hœhl, il n'y a pas un seul cas de mort ou d'accident grave à la suite de plaie de la jugulaire.

Citons aussi pour mémoire l'angine érythémateuse, signalée par Binet, avec fièvre, état saburral, le lendemain de l'opération. Il ne s'agit peut-être là que d'un peu d'infection chirurgicale.

Nous venons d'exposer, telle que nous la comprenons, l'extirpation des ganglions du cou et ses accidents. Voyons à quelles objections elle a été en butte.

Lejars (2) prétend que sans la condamner on doit reconnaître : 1° qu'elle est rarement complète; 2° qu'elle est impraticable dans les cas de grappes volumineuses ou adhérentes aux vaisseaux; 3° qu'elle cause des cicatrices étendues.

Or nous pensons que l'extirpation est toujours possible; qu'elle doit être complète (c'est-à-dire porter sur tous les ganglions malades et tous les tissus manifestement tuberculeux) et que les cicatrices qu'elles laissent sont beaucoup moins disgracieuses que celles qui résultent de la cicatrisation naturelle des ulcérations ganglionnaires du cou. Deux reproches plus importants sont la généralisation et la récurrence.

La généralisation, possible théoriquement, existe exceptionnellement dans la pratique, et c'est bien à tort que Verneuil a voulu en faire un épouvantail pour le chirurgien.

Dans les nombreux cas de A. Broca, rapportés par Manson, il n'y a pas un seul exemple bien net de cette généralisation.

La récurrence, dit Svykos (3) en s'appuyant sur l'autorité de Verneuil et de Panas, existe dans 99 p. 100 des cas. A.-F. Suchard (4) prétend que la récurrence est presque constante; il vaut mieux laisser, dit-il, la

(1) BINET, thèse de Paris, 1894.

(2) LEJARS, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. I, p. 739.

(3) SVYNOS, thèse de Paris, 1895.

(4) A.-F. SUCHARD, Nouveau mode de traitement des œdèmes scrofuleux (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. XI, 699, p. 91).

suppuration bienfaisante se produire; il propose même de la hâter par des injections interstitielles d'iode ou d'extrait de ciguë ou même par l'électrolyse, et laisser ainsi le ganglion s'éliminer sur une petite ouverture qui donnera une petite cicatrice.

Il faut avouer que ces chirurgiens et ce médecin tiennent bien peu de compte des progrès que l'antisepsie a permis de réaliser dans l'extirpation des ganglions. Car, quand elle est faite proprement et radicalement, la récurrence, de la règle, devient l'exception. Hœhl cite 65 p. 100 de guérison *complète* et Manson encore davantage.

Nous terminerons en indiquant brièvement quelques modifications dans la technique de l'extirpation.

Döllinger (1) propose de faire une incision dans le cuir chevelu, de décoller la peau et d'extirper ainsi les ganglions en rejetant la cicatrice dans un endroit caché.

D'autres (Ollier) ont commencé par enlever des greffes de Thiersch au lieu de l'incision et, l'opération terminée, d'en recouvrir la solution de continuité. Nous ne saurions recommander des méthodes aussi peu séduisantes *à priori*.

Certains auteurs, au lieu de l'extirpation aux ciseaux courbes, préfèrent la curette qui permet d'énucléer les petits ganglions mobiles et de fragmenter les adhérents. Nous croyons que, bien maniée, cette méthode peut donner de bons résultats, mais qu'en général rien ne vaut les ciseaux courbes pour une extirpation sûre et complète.

V

TUMEURS DU COU

I. — TUMEURS SOLIDES.

Lipomes. — Ils se présentent au cou, et surtout à la nuque, avec une particulière fréquence; mais leur étude est loin d'être encore complètement éclairée. Sans doute, on connaît bien ces lipomes circonscrits, nettement encapsulés et facilement énucléables, qui occupent le plus souvent la région postérieure du cou; mais tous les cas ne ressemblent pas à ce type. Certains ont une origine nettement congénitale et adhèrent souvent aux os; d'autres forment des tumeurs bilatérales et symétriques; il en est qui s'infiltrent plus ou moins dans les tissus voisins. Enfin Verneuil, Potain, Petit, ont attiré l'attention sur une variété de tumeur décrite sous le nom de *pseudo-lipome sus-claviculaire*, qui est encore mal connue. Ainsi

(1) DÖLLINGER, *Sem. méd.*, 1894, p. 420.

rer fortement au périoste, à tel point que le pédicule contient parfois des parcelles ossifiées et que, pour en faire l'extirpation, on est obligé d'enlever le périoste lui-même. Leur origine congénitale n'est pas établie dans tous les cas, mais ils sont très rares chez l'adulte et ils apparaissent le plus souvent, soit dans les premiers mois de la vie, soit dans la première ou la deuxième année.

Dans une observation de Holmes rapportée par Lannelongue et Ménard (1), la tumeur s'insérait sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales; dans un autre cas rapporté par Braquehay (2), la tumeur adhérait à une apophyse épineuse par une lame fibreuse, large comme une pièce d'un franc.

Outre leur origine souvent congénitale et leurs rapports avec les os, ces tumeurs présentent comme particularité des caractères spéciaux dans leur évolution. Celle-ci est en effet rapide et oblige souvent à opérer les malades dans leur jeune âge. Ces tumeurs ne sont pas lobulées par des travées conjonctives comme les lipomes circonscrits ordinaires. Enfin elles ont une tendance à la diffusion et à l'envahissement des masses musculaires voisines, comme celles de la classe précédente.

Les lipomes congénitaux développés dans les parties molles sont remarquables par « leur développement considérable, leur forme diffuse et leur situation profonde ». Lannelongue rapporte plusieurs observations de lipomes semblables dont le développement et la diffusion ne permirent pas de tenter l'extirpation; on voit donc que ces sortes de lipomes peuvent présenter une gravité particulière en raison des troubles fonctionnels qu'ils arrivent à produire.

LIPOMES SYMÉTRIQUES. — Ils sont étudiés depuis quelques années, mais encore assez mal connus; le plus souvent ils sont en relation avec une affection névropathique; ils sont plus rares à la nuque que sur les autres parties du corps, notamment aux membres inférieurs.

PSEUDO-LIPOMES. — Verneuil et Potain ont décrit sous ce nom une affection dont Verneuil donne la description suivante: « Le triangle sus-claviculaire, au lieu d'être légèrement concave ou plan, présente une convexité très marquée faisant au-dessus des parties voisines une saillie qui peut aller jusqu'à 2 et 3 centimètres. Il en résulte que la ligne qui descend des parties latérales du cou pour rejoindre le moignon de l'épaule, au lieu d'être, comme d'ordinaire, régulièrement concave, présente vers son milieu une bosselure répondant à peu près à la partie moyenne de la clavicule, et qui simule tout à fait une tumeur; celle-ci, du reste, est ovoïde, à grand diamètre transversal, ou triangulaire avec des angles mousses, aplatie du haut en bas, sans changement de couleur à la peau, à contours indécis à la vue et bien plus encore au toucher.

(1) LANNELONGUE et MÉNARD, Affections congénitales.

(2) BRAQUEHAYE, Soc. anat., 1894.

« En effet, à la palpation, on est surpris de ne rencontrer aucune résistance au centre, aucune limitation à la circonférence, et de ne recueillir en somme d'autre sensation que celle que donne le toucher d'une région riche en tissu adipeux, comme les fesses ou la paroi abdominale d'une personne obèse et à graisse ferme. Cette palpation d'ailleurs n'est nullement douloureuse, sauf les cas où une violence directe, des examens répétés, ou des applications irritantes ont suscité localement un léger travail sub-inflammatoire. L'exploration des vaisseaux sous-claviers, de la circulation et de l'innervation du membre est tout à fait négative (1). »

Potain ajoute que cette tumeur s'associe très souvent à d'autres du même genre, « de même aspect, de même consistance, nées simultanément et en apparence de même nature » sur d'autres points du corps (2).

Au point de vue anatomique, Potain pense « que le pseudo-lipome est un œdème du tissu cellulo-graisseux qui se produit en des régions spéciales chez un sujet arthritique ». Verneuil penche vers une accumulation circonscrite de tissu graisseux.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme; elles sont souvent en relation avec les accidents arthritiques; Petit (3) en a rapporté plusieurs observations relatives à des rhumatisants, des diabétiques, ou à des malades affectés de myxœdème ou de crétinisme. Il faut retenir en somme de ces faits la coexistence fréquente de pseudo-lipomes avec l'arthritisme.

Pronostic. — Le lipome est certainement une tumeur bénigne; cependant les lipomes diffus peuvent récidiver après l'extirpation qui est souvent incomplète. Quant au pseudo-lipome, il est susceptible de diminuer spontanément et de disparaître complètement.

Diagnostic. — Les lipomes peuvent être confondus, soit avec une tumeur liquide, ce qu'explique la fausse fluctuation, soit avec une tumeur solide.

Les phlegmons s'en distinguent facilement; les abcès froids ganglionnaires seront reconnus à leur marche et à la présence fréquente d'autres engorgements lymphatiques; les abcès par congestion ont une origine osseuse que l'on découvrira ordinairement. Les kystes congénitaux ou acquis sont beaucoup plus difficiles à reconnaître; nous les étudierons plus loin. En dernière analyse, la ponction lève tous les doutes lorsqu'il s'agit de tumeurs liquides.

On ne confondra pas les lipomes avec les tumeurs solides du corps thyroïde qui ont un aspect spécial et suivent les mouvements de la trachée, avec les lymphadénomes, les sarcomes, etc., dont l'évolution est différente.

(1) VERNEUIL, Gaz. hebdom., 1879.

(2) POTAIN, Gaz. hebdom., 1882.

(3) A. PETIT, Gaz. hebdom., 1883-1884.

Traitement. — C'est l'extirpation lorsqu'elle est possible ; facile pour les lipomes circonscrits de petit volume, elle peut devenir difficile pour les lipomes diffus, impossible pour les lipomes profonds ou multiples, inutile pour les pseudo-lipomes.

Fibromes. — Dans un travail publié en 1877, Guyon (1) a bien étudié les fibromes aponévrotiques intrapariétaux et particulièrement ceux de la région cervico-dorsale. La variété la plus importante de ce genre de tumeurs comprend les fibromes de la paroi abdominale ; ceux du cou et surtout de la nuque, pour être très rares, n'en existent pas moins ; ils prennent naissance dans les aponévroses de la région, comme ceux de la paroi abdominale. Cependant certains d'entre eux paraissent pouvoir se développer aux dépens des parties fibreuses périostiques, ainsi que Gillette en a rapporté des exemples : apophyses épineuses et transverses, occipital, apophyse mastoïde, première côte, clavicule, bord supérieur de l'omoplate.

Il ne faut pas oublier cependant que, nées dans les aponévroses, ces tumeurs ont de la tendance à suivre les feuilletts fibreux qui les conduisent tout naturellement au périoste, sur lequel elles peuvent prendre des insertions secondaires.

La structure de ces tumeurs ne diffère pas de celle des fibromes de la paroi abdominale.

Ces tumeurs ont un volume variable, qui peut atteindre celui de la tête ; elles sont arrondies, quelquefois plus ou moins lobulées ; la peau qui les recouvre est saine, et, à la palpation, elle se plisse facilement ; bien qu'ayant des adhérences profondes, ces fibromes sont nettement circonscrits et n'envahissent jamais les parties molles. Ils sont d'ordinaire indolents, mais ils peuvent arriver à comprimer des troncs nerveux ; ils déterminent alors des douleurs spontanées, plus ou moins intenses ; en outre, ils peuvent gêner notablement les mouvements du cou.

L'extirpation, qui est le seul procédé de *traitement*, n'est pas toujours facile à pratiquer. Nous avons dit en effet que ces tumeurs, lorsqu'elles se développent beaucoup, peuvent comprimer les troncs nerveux et arriver même jusqu'au paquet vasculo-nerveux du cou, carotide primitive, jugulaire interne et pneumogastrique ; aussi l'intervention peut-elle être très laborieuse ; en outre, le tissu cellulaire sous-cutané est quelquefois épaissi et fibreux, ce qui est encore un obstacle à l'énucléation. On peut être obligé de faire une incision cruciale pour mettre la tumeur à découvert.

Maisonneuve, cité par Gillette, fut contraint, pour une tumeur très volumineuse, de recourir au morcellement qui lui permit d'isoler complètement les nerfs du plexus brachial ainsi que les vaisseaux sous-claviers.

(1) GUYON, *Tribune méd.*, 1877.

Enchondromes. — Ces tumeurs se développent le plus souvent dans les glandes sous-maxillaire et parotide ; Elles ont été décrites dans ce volume avec les maladies de ces glandes (p. 418). Mais il est un certain nombre de cas dans lesquels elles en paraissent indépendantes.

On sait que l'on rencontre fréquemment dans la région cervicale des appendices cartilagineux congénitaux, qui se rattachent à l'évolution des fentes branchiales ; ils ne constituent pas d'ordinaire de véritables tumeurs. Cependant Poirier et Retterer (1) pensent qu'ils peuvent produire des enchondromes vrais. Enfin ces tumeurs paraissent quelquefois pouvoir se développer aux dépens des tissus fibreux primitifs. Elles peuvent devenir très volumineuses et leur extirpation présente alors de grandes difficultés. Dans le cas de Trélat, cité par Duplay (2), l'ouverture de la plèvre fut suivie de pleurésie purulente et la mort fut peut-être le résultat de la blessure du grand sympathique ; le malade de Bœckel (3) mourut rapidement, par suite de la déchirure de la carotide primitive.

Tumeurs osseuses. — On rencontre parfois à la région cervicale des tumeurs osseuses, qui peuvent être des exostoses ostéogéniques analogues à celles que l'on peut rencontrer sur les os en général, mais dont les plus intéressantes sont certainement celles qui se rattachent à la côte cervicale.

On sait que l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale présente un point d'ossification supplémentaire, qui occupe la partie antérieure de sa base ; normalement, ce point est soudé entre quatre et six ans. Mais il peut se développer d'une façon anormale et constituer alors une véritable côte supplémentaire placée au-dessus de la première côte vraie. Le point supplémentaire d'ossification peut même exister sur les sixième, cinquième et jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale et donner naissance à d'autres côtes surnuméraires ; mais l'anomalie la plus fréquente est celle qui se rapporte à la septième vertèbre.

On doit considérer l'existence de la côte cervicale comme une anomalie réversible en rapport avec une disposition normale analogue, existant chez certains animaux.

Cette anomalie se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, ainsi que cela résulte des recherches de Mesnard (4) et de Janet (5) ; son origine congénitale explique qu'on l'observe surtout chez des personnes jeunes ; cependant Tillmann (6) fait observer qu'on ne l'a guère rencontrée que chez l'adulte ; les symptômes n'apparaissent guère, en effet, qu'à la suite d'un traumatisme

(1) POIRIER et RETTERER, *Soc. anat.*, 1889, p. 338.

(2) DUPLAY, *Pathol. ext.*, t. V.

(3) GILLETTE, *Dict. encycl. des sc. méd.* art. Cou.

(4) MESNARD, thèse de Paris, 1884.

(5) JANET, thèse de Paris, 1890.

(6) TILLMANN, *Anal. in Sem. méd.*, 1895, p. 506.

ou quelquefois après une maladie ayant déterminé un amaigrissement notable et la disparition de la gaine qui protège les vaisseaux et les nerfs (Tillmann).

Enfin la bilatéralité est assez fréquente, puisqu'elle a été notée dans 67 p. 100 des cas de la statistique de Tillmann, qui porte sur 26 cas.

La côte de la septième cervicale peut être plus ou moins développée et Blanchard (1) divise les cas d'anomalie en cinq catégories :

1° La côte est complète, s'articulant en arrière avec l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale et en avant avec le sternum entre la clavicule et la première côte;

2° La côte est complète, mais son cartilage se fusionne en avant avec celui de la première côte;

3° Il n'existe de la côte supplémentaire que ses deux extrémités qui sont reliées par un trousseau fibreux;

4° Le trousseau fibreux intermédiaire fait défaut et les deux extrémités sont libres;

5° L'extrémité antérieure de l'arc osseux surnuméraire, qui est court, se soude avec la première côte qui paraît ainsi bifurquée en Y à son extrémité postérieure.

Les rapports de la côte supplémentaire sont les suivants :

Lorsqu'elle est longue d'au moins 5 à 6 centimètres, l'artère passe au-dessus d'elle et nous verrons que cette disposition présente une certaine importance pour le diagnostic; lorsqu'au contraire elle est plus courte, l'artère conserve ses rapports normaux avec la première côte thoracique.

Il arrive assez souvent que la côte cervicale ne se manifeste par aucun symptôme, et, sur les 26 cas de Tillmann, 13 fois l'anomalie n'a été reconnue que par hasard. Mais, dans les autres cas, elle détermine des symptômes fonctionnels en rapport avec son siège.

Le début est en général insidieux; le malade s'aperçoit par hasard de l'existence d'une tumeur, ou bien son attention est attirée par des fourmillements dans le membre du côté atteint. Les *signes physiques* sont faciles à imaginer; il existe à la partie inférieure de la région sus-claviculaire une tumeur de volume variable, arrondie ou plus ou moins allongée, dure, incompressible, non mobilisable. Dans un cas de Coote (2), la tumeur paraissait pulsatile; mais en l'examinant avec attention, on reconnaissait que les battements étaient dus à l'artère sous-clavière, qui était repoussée et soulevée par la côte.

Les *symptômes fonctionnels* sont plus importants, et, lorsqu'ils sont très accentués, ils commandent une intervention chirurgicale. Ils résultent presque tous de phénomènes de compression intéressant le paquet vasculo-nerveux, et principalement l'artère sous-clavière.

(1) BLANCHARD, *Rev. scient.*, 1885.

(2) COOTE, *The Lancet*, 1861, rapporté in thèse de JANET.

Il y a de la faiblesse, de l'engourdissement de tout le membre supérieur avec sensation de fourmillements et de crampes; quelquefois, le membre est notablement plus faible que celui du côté sain, comme cela est bien net dans l'observation de Janet; la compression artérielle explique aussi la faiblesse du pouls comparé au pouls radial opposé et la sensation de froid qui est parfois assez accentuée pour que les malades éprouvent le besoin de couvrir d'une façon particulière le membre atteint; enfin, la compression de la sous-clavière explique l'œdème, que l'on peut observer au coude et à l'avant-bras.

Les compressions nerveuses produisent des douleurs vives, lancinantes, irradiées dans différentes directions; tantôt c'est du côté de l'oreille, quelquefois dans la région postérieure de l'épaule, le plus souvent dans la direction du membre supérieur; elles siègent alors sur le trajet du circonflexe et du musculo-cutané, vers le coude et fréquemment aussi vers le bord cubital de l'avant-bras et dans les deux derniers doigts, surtout l'auriculaire. On comprend que la position des membres ait une certaine influence sur la production de la douleur, et, d'après Mesnard, certains malades, pour dormir, sont obligés de mettre le bras dans l'abduction. Enfin on constate assez fréquemment une atrophie musculaire parfois très accentuée et étendue à tout le bras, comme dans l'observation de Janet. Notons encore l'enrouement et la gêne de la déglutition qui existaient chez une malade de Tillmann.

Tous ces phénomènes sont, bien entendu, inconstants et essentiellement variables suivant les malades.

Diagnostic. — Le *diagnostic* est en général facile; on pourra cependant confondre ce genre de tumeur avec une exostose ostéogénique, et plusieurs cas de cette dernière affection paraissent bien se rapporter à l'existence d'une côte cervicale. Les lésions syphilitiques des os, l'enchondrome, le carcinome, se reconnaîtront facilement aux antécédents et à la marche de l'affection; enfin Mesnard cite un cas où la côte de la septième cervicale avait été confondue avec une luxation de l'extrémité sternale de la clavicule.

Traitement. — Le *traitement* est purement chirurgical; mais on ne doit recourir à l'extirpation que lorsqu'il se produit des symptômes fonctionnels gênants; la zone opératoire est en effet particulièrement dangereuse en raison de la présence du gros paquet vasculo-nerveux, et l'on n'oubliera pas que Périer et Tillmann ont ouvert le cul-de-sac de la plèvre qui adhérait à la côte supplémentaire.

Périer pratiqua une incision par laquelle il arriva sur la rangée des apophyses transverses cervicales; il décolla alors les insertions musculaires en avant et en arrière de la lame apophysaire et réséqua 1 centimètre de côte; le malade sortit guéri au bout de quelques jours, mais l'atrophie musculaire persista encore longtemps. Bardeleben suivit un procédé analogue. Après avoir détaché les insertions

musculaires, il réséqua toute la partie accessible de la côte; les douleurs disparurent, mais, quatre mois après l'intervention, l'atrophie musculaire persistait sans amélioration. Du reste, l'opération n'est pas toujours curative et Verneuil fut obligé d'intervenir quatre fois pour un cas de ce genre (1).

Tumeurs malignes. — Ce sont des sarcomes ou des carcinomes desquels il faut séparer les tumeurs analogues développées aux dépens des glandes et des autres organes de la région.

On peut rencontrer ces productions partout, mais elles sont particulièrement fréquentes au niveau du paquet vasculo-nerveux, et l'on verra que leur origine peut expliquer dans une certaine mesure leur localisation.

Les sarcomes sont plus fréquents; Carl Regnault en compte quatorze contre six carcinomes (2); leur siège périvasculaire est noté dans la plupart des cas, et l'on admet qu'ils se développent soit dans les ganglions, soit dans le tissu conjonctif de la gaine des vaisseaux. Une variété de sarcome a été particulièrement étudiée par Paltauf: ce sont les endothéliomes développés dans cet organe situé à la bifurcation de la carotide primitive et formé d'un lacis vasculaire entouré de tissu réticulé, qu'on appelle glande carotidienne. Paltauf en a réuni cinq cas dans lesquels l'examen histologique a fait reconnaître « un réticulum contenant des cellules volumineuses à protoplasma large et clair, à gros noyau; une capsule conjonctive les entoure; un important lacis vasculaire les irrigue » (3); leur volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule.

Quant aux carcinomes, moins nombreux, ils paraissent se développer dans les glandes lymphatiques, dans des lobules thyroïdiens aberrants et dans les débris épithéliaux provenant des fentes branchiales (carcinomes branchiogènes de Volkmann, de Kœnig).

Ces tumeurs ont l'évolution ordinaire des tumeurs malignes, elles ne gênent pas d'ordinaire la circulation artérielle, mais peuvent comprimer et thromboser les veines. En ce qui concerne les tumeurs de la glande carotidienne, Paltauf note qu'elles se développent de vingt-huit à trente-cinq ans et que leur évolution assez lente varie de six mois à cinq ans; elles peuvent amener la mort par hémorragie.

Les récidives sont fréquentes après l'intervention chirurgicale; enfin Litten (4) a rapporté un cas de généralisation, à l'humérus droit et au foie, d'un sarcome de la carotide.

L'extirpation est des plus délicates en raison de la proximité de gros vaisseaux dont la lésion est presque inévitable.

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1890.

(2) CARL REGNAULT, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXXV, 1887, p. 51, anal. in *Gaz. hebdom.*, 1887.

(3) PALTAUF, *Zieglers, Beitr. z. path. Anat.*, 1892, anal. in *Revue des sc. méd. de Hayem*, t. XLI, p. 641.

(4) LITTEN, *Soc. de méd. int. de Berlin*, 29 mai 1893, et *Sem. méd.*, 1894, p. 205.

II. — TUMEURS LIQUIDES DU COU.

Les kystes du cou peuvent être congénitaux ou acquis. Parmi les premiers, les kystes branchiaux ont été décrits; il nous reste donc à parler des kystes séreux.

a. Kystes congénitaux. — Leur histoire comprend deux périodes; la première, résumée par la thèse de Boucher (1), est consacrée à l'étude clinique; dans la seconde, les travaux de Wegner (2), de Middeldorpf (3) et surtout de Lannelongue et de ses élèves, établissent leur anatomie pathologique et tentent de déterminer leur pathogénie.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les kystes séreux du cou siègent exceptionnellement à la nuque; le plus souvent, ils occupent la région antéro-latérale du cou; ils sont tantôt médians, tantôt latéraux; leurs sièges de prédilection sont les régions parotidiennes et sus-hyoïdienne, le plancher de la bouche, les régions carotidiennes et sus-claviculaires; enfin ils peuvent se développer presque symétriquement des deux côtés du cou.

Leur volume est des plus variables; ils peuvent devenir énormes, et entourer le cou comme d'un manchon; en outre, ils sont loin d'être réguliers et poussent en divers sens des prolongements que l'examen clinique ne permet pas de prévoir le plus souvent. Les prolongements profonds ne sont pas rares; le plus souvent ils passent au-dessous du sterno-mastoïdien; d'autres poussent vers les gros vaisseaux, s'insinuent derrière la trachée ou l'œsophage, arrivent jusqu'à la colonne vertébrale. Les plus intéressants sont ceux qui prolongent vers le médiastin la masse principale; ils affectent les formes les plus variées et peuvent arriver jusque dans la cavité péricardique, comme Lannelongue en rapporte un exemple. La forme de ces kystes est arrondie, comme lobulée; lorsqu'on palpe le kyste, on le sent formé d'une série de poches de nombre et de volume variables. Lorsqu'on fait une coupe de l'une de ces tumeurs, on peut la voir constituée suivant deux types différents. Certaines sont uniloculaires, mais le fait est rare; le plus ordinairement, on trouve un certain nombre de poches. Ces kystes multiloculaires eux-mêmes sont formés, tantôt de loges peu nombreuses et volumineuses, tantôt d'un grand nombre de petites cavités; on peut en compter plusieurs centaines. Entre les deux formes se trouvent tous les intermédiaires et l'on peut rencontrer de grandes loges à côté d'autres plus petites. De plus, tous ces kystes secondaires communiquent ensemble le plus souvent; il en résulte que leur paroi présente un aspect anfractueux qui rappelle celui des cavités cardiaques. Nous devons ajouter du reste que, même dans les cas où le kyste paraît uniloculaire, sa paroi présente une foule de

(1) BOUCHER, thèse de doctorat. Paris, 1868.

(2) WEGNER, *Arch. für klin. Chir.*, 1877.

(3) MIDDELDORPF, *Arch. für klin. Chir.*, 1885.