

ou borgne externe. Il faut reconnaître que ces recherches ne conduisent pas toujours à un résultat certain.

La pharyngoscopie sera utilisée pour la recherche de l'orifice interne. Elle seule permettrait de reconnaître sûrement une fistule borgne interne dont l'existence aurait été soupçonnée.

Par une interrogation soigneuse du malade on pourra arriver à la conviction soit qu'une fistule actuellement complète était incomplète à l'origine, ou inversement qu'une fistule actuellement borgne l'est devenue par l'oblitération de l'une de ses ouvertures, le plus souvent de l'ouverture interne.

Le **pronostic quoad vitam** est absolument favorable. Cependant quelques malades sont signalés comme atteints de catarrhe, d'emphysème, d'asthme, voire même de tuberculose pulmonaire. Les fistules borgnes internes, par la dysphagie qui peut les accompagner, sont celles qui offrent le plus de dangers.

On ne peut pas compter sur une guérison spontanée. Cette heureuse terminaison ne s'est produite qu'une fois ; le traitement ne laisse pas d'être difficile.

Traitement. — Plus d'une fois le traitement de ces fistules a produit de mauvais résultats. Dans un cas, Dzondi a vu la mort survenir après l'injection d'une solution de nitrate acide de mercure, mais il est probable que le liquide avait pénétré dans l'estomac ; ce fait témoigne non de l'utilité de s'abstenir de tout traitement, mais de l'importance qu'il y a à ne pas employer de substances toxiques ou trop caustiques. D'autres fois, la fermeture rapide de l'ouverture extérieure et l'accumulation de liquides dans le trajet ont entraîné des douleurs vives dans le cou et dans la tête, des troubles de la déglutition, des convulsions épileptiformes, etc., etc. Mais rien n'empêche de veiller avec soin à ce que l'orifice extérieur ne se bouche pas trop vite, et à ce que l'oblitération se fasse du fond vers la surface.

Il y a, en définitive, intérêt à débarrasser le malade d'une infirmité gênante, et parfois quelque peu répugnante.

Trois méthodes sont en présence :

Les injections irritantes ;

Les cautérisations ;

L'extirpation du trajet.

Les injections se font surtout avec la teinture d'iode. Elles ont donné de bons résultats, mais en bien petit nombre.

La galvanocaustique ou l'électrolyse ont été employées sans grand succès.

L'extirpation du trajet n'est possible que dans le cas de fistule borgne externe ; elle a été faite quelquefois. Il faut s'attendre, quand on l'entreprend, à une dissection un peu laborieuse et à un écoulement sanguin assez marqué. Si la fistule remontait très haut, le voisinage des vaisseaux du cou et particulièrement de la veine jugulaire pourrait créer là de sérieux dangers. On facilite l'extirpation en introduisant un stylet dans le trajet et en disséquant autour de lui les parois de la fistule (Sarrazin).

2^o FISTULES TRACHÉALES

Nous ne ferons que les signaler. Leur existence est à peine démontrée.

Elles ont été décrites d'après un petit nombre d'observations (G. Fischer).

Il s'agissait dans tous les cas de fistule à ouverture médiane extérieure, que l'on pouvait suivre jusque sur la trachée. Mais jamais la communication de ces fistules avec le canal aérien n'a été absolument prouvée, et même dans deux cas (Jenny, Fischer) l'origine congénitale du canal fut douteuse.

S'agit-il vraiment là d'une fistule trachéale tenant au défaut de réunion sur la ligne médiane du quatrième arc branchial ? Avons-nous affaire à des lésions qui ne tiennent pas à un vice de développement, mais à un travail inflammatoire et ulcératif survenu au cours de la vie intra-utérine ? Faut-il au contraire nier absolument l'existence de ces malformations en tant que fistules trachéales, et voir là de simples fistules branchiales à orifice médian ? Ce sont autant de points qui restent encore incertains.

IX

TUMEURS DU COU

Nous avons déjà étudié un certain nombre de tumeurs du cou, en faisant l'histoire pathologique des diverses parties constituantes de la région. C'est ainsi que nous avons successivement examiné : les

tumeurs des ganglions lymphatiques, celles des muscles, les anévrysmes et enfin les tumeurs du corps thyroïde.

Nous devons décrire maintenant celles qui n'ont pas pu trouver leur place dans ces divers chapitres. Elles ont généralement leur siège dans le tissu cellulaire : quelques-unes sont congénitales.

Les tumeurs sont liquides ou solides.

A. — TUMEURS LIQUIDES OU KYSTES DU COU

Laissant de côté les *kystes salivaires*, ou grenouillettes, dont l'histoire a été faite ailleurs et qui, par extension, peuvent gagner le cou, les *kystes sébacés*, qui n'offrent ici rien de spécial, les *kystes hydatiques*, dont quelques exemples ont été vus dans le tissu cellulaire du cou, et particulièrement sous le sterno-cléido-mastoïdien, au voisinage des gros vaisseaux, nous devons distinguer parmi les kystes du cou trois grandes classes :

1° Les kystes branchiaux, liés à une évolution vicieuse de l'appareil branchial ou de ses dépendances ;

2° Les kystes séreux ;

3° Les kystes sanguins.

1° KYSTES BRANCHIAUX

Jusqu'au milieu de ce siècle, une confusion absolue a régné dans la description de ces kystes. Ils ont été étudiés en France par Voilemier en 1851, par Lorain en 1854 et Boucher en 1864 ; en Allemagne par Schede et en Angleterre par Senn en 1884. Plus récemment Lannelongue et Achard 1886, Lannelongue et Menard 1891, en ont fait le sujet de travaux très intéressants.

Il faut rattacher résolument à un trouble dans l'évolution des fentes branchiales les kystes du cou et de la face, dont la paroi présente la structure du derme ou d'une muqueuse parfaite, dont le contenu est riche en matière grasse ou même huileuse, et qui adhèrent profondément au squelette.

Les kystes branchiaux se divisent en deux classes, les *kystes dermoïdes* et les *kystes mucoïdes*.

La *paroi des kystes dermoïdes* est constituée par un derme dense analogue à la peau et par un épiderme dont les cellules subissent

l'évolution cornée. *Leur contenu* est généralement grasseux, aussi les a-t-on désignés sous le nom d'athéromes profonds du cou ; il peut être huileux (Malherbe, 1878). Des poils s'y rencontrent assez souvent. On a noté dans quelques cas des épaississements cartilagineux. Si l'on y a trouvé, chose bien rare, des fragments osseux bien développés, des dents, des kystes secondaires, c'est toujours au voisinage du maxillaire inférieur. Aussi, pour la plupart des auteurs, s'agirait-il là d'une malformation un peu spéciale : une bifurcation de l'arc maxillaire primitif aboutissant à la fois à la formation d'un kyste branchial et d'un os maxillaire supplémentaire incomplet. Les kystes secondaires ne seraient que des kystes dentaires folliculaires. Mais cette explication n'a pas une grande valeur et l'on peut trouver des productions osseuses dans tous les kystes dermoïdes.

Les *kystes mucoïdes* sont ceux dont la paroi, au lieu d'être dermo-épidermique est dermo-épithéliale. On pourrait, avec Quénu, les appeler dermoïdes muqueux par opposition aux dermoïdes cutanés.

A côté de ces kystes simples se voient, comme Robin le montrait en 1886 dans la thèse de Demoulin, des kystes qui renferment à la fois les deux épithéliums pavimenteux et cylindrique dont nous avons noté la coexistence dans certaines fistules branchiales.

Leur siège au cou correspond aux diverses poches branchiales. On les signale depuis la région auriculaire jusqu'auprès de la clavicule, dans tous les points où se montrent les fistules branchiales ; mais, de plus, on en décrit un bon nombre sur la ligne médiane, et particulièrement au-dessous de l'os hyoïde et au-dessus du larynx, dans cette petite région thyro-hyoïdienne où peuvent se rencontrer des kystes d'une espèce bien différente, ceux qui sont développés aux dépens des bourses séreuses normales. On peut donc les diviser à ce point de vue en kystes latéraux et kystes médians.

Les kystes branchiaux n'adhèrent pas à la peau : ils sont logés dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond. Souvent ils pénètrent sous les muscles ; ceux des parties latérales se mettent parfois en contact intime avec la gaine des vaisseaux. Ils sont unis d'une façon presque constante au squelette : sternum, os hyoïde, apophyse styloïde, apophyse mastoïde, maxillaire inférieur.

Pathogénie. — Ces kystes ne peuvent guère avoir pour origine qu'un enclavement ectodermique ou endodermique par soudure incomplète du système branchial.

Pour les kystes dermoïdes latéraux, la chose est facile à concevoir. Il s'agit sans doute du pincement d'une rainure branchiale au niveau du sinus précervical. Certains kystes mucoïdes pourront se produire de la même façon au niveau des poches branchiales et particulièrement de la deuxième qui se prolonge fort loin en dehors par une sorte de canal dirigé vers l'opercule et connu sous le nom de conduit branchial de Rabe.

Les kystes médians ne semblent pas pouvoir se rattacher aux mêmes causes. En effet, comme l'a montré His, les arcs branchiaux ne vont pas se souder deux à deux sur la ligne médiane, ainsi qu'on l'avait supposé. Le premier seul se comporte ainsi. Les autres restent écartés par une masse mésodermique, d'autant plus large qu'on s'éloigne davantage de l'extrémité céphalique. Il y a donc là une membrane triangulaire pleine, à basse inférieure, champ mésotrachéal de His, qui ne prend aucune part à l'évolution branchiale. Peut-être quelques-uns résultent-ils d'un trouble dans l'évolution des ébauches primitives du corps thyroïde.

Symptômes. — Ces kystes n'occasionnent souvent aucune gêne ; si bien que beaucoup d'entre eux, quoique congénitaux sans aucun doute, ne sont découverts que longtemps après la naissance. Ils peuvent, sans cause connue, grossir rapidement, atteindre les dimensions d'un œuf de poule et même davantage, et produire par suite des phénomènes de compression pénibles et dangereux.

Ordinairement, les kystes latéraux occupent, comme nous l'avons vu, la région sterno-mastoïdienne à différentes hauteurs, en haut, au milieu, en bas. Leur forme est variable, arrondie, ovale, en amande, souvent très allongée, de façon à constituer une sorte de cordon (kyste canaliculé de Larrey). On peut trouver sur ce cordon des parties renflées et des parties plus étroites ; la pression de quelques parties osseuses ou tendineuses, ou de quelque muscle du voisinage, détermine des étranglements sur certains points.

Du fait de leur développement ou de leur inflammation, ces kystes s'ouvrent quelquefois à l'extérieur. Ainsi naissent certaines fistules sous-hyoïdiennes. Lorsqu'il s'agit d'un kyste des parties latérales du cou, on a affaire à une véritable *fistule branchiale secondaire* (Duplay), qui présente les mêmes symptômes et demande le même traitement qu'une fistule branchiale congénitale.

Nous avons vu que, par un procédé inverse, une fistule branchiale

se transformait, par l'oblitération de ses orifices, en un kyste qui pourrait être dénommé, de son côté, *kyste branchial secondaire*.

Diagnostic. — On arrive assez facilement à reconnaître que la tumeur examinée a un contenu liquide, alors même que les parois de la poche seraient fortement distendues. D'autres kystes du cou peuvent-ils être confondus avec les kystes branchiaux ? Assurément. Si la notion de la *congénitalité* n'a pas été bien établie, on pourra parfaitement hésiter entre un *hygroma* de la région thyro-hyoïdienne et un kyste branchial médian. Aucun signe extérieur ne permet de les distinguer. La ponction exploratrice lèvera tous les doutes ; dans un cas, la matière grasse et les épithéliums spéciaux ; dans l'autre, une simple sérosité.

Les kystes canaliculés n'auront pas besoin généralement d'être ponctionnés pour être reconnus. Leur forme est caractéristique. Un peu d'attention empêchera de les prendre pour des adénites.

Le traitement de ces kystes est à rapprocher absolument de celui des fistules branchiales.

La ponction, suivie de lavages abondants et d'*injections irritantes*, a procuré quelques guérisons ; on doit se défier des liquides trop caustiques, l'inflammation qu'ils déterminent pourrait être dangereuse. En dehors de ce moyen, l'extirpation reste seule. C'est, à vrai dire, le traitement le plus recommandable. Faite complètement, elle procure la guérison à coup sûr. La dissection du kyste conduit le chirurgien jusque sur la gaine des vaisseaux ; mais on ne connaît pas un seul cas dans lequel ces organes se soient trouvés lésés par l'opérateur.

2° KYSTES SÉREUX

On trouve fréquemment au cou des kystes séreux dont l'origine congénitale est certaine. A côté de ceux-ci, d'autres se voient qui sont acquis ou d'origine congénitale douteuse. Nous décrirons à part chacune de ces deux grandes divisions.

a. — KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX DU COU

Outre les kystes branchiaux dont il a été précédemment question, on trouve, dès la naissance, à la région cervicale antérieure, des kystes séreux uniloculaires ou multiloculaires.

A vrai dire, ces tumeurs n'appartiennent pas d'une manière exclusive à la région qui nous occupe. Les premiers observateurs avaient pu commettre cette erreur; mais actuellement il est hors de doute que des kystes, en tout semblables à ceux de la région cervicale antérieure, se rencontrent dans la région postérieure du cou, sur le bras, sur les parois latérales du tronc, dans la région ischiatique, à la fesse, etc. Mais c'est encore au cou que ces productions siègent de préférence. Il est donc naturel de les étudier d'abord ici.

Sans être très rares, ces kystes sont loin d'être absolument communs. On peut encore compter le nombre des observations publiées. Leur histoire ne date pas de bien loin. Le premier travail réellement important est celui de César Hawkins, en 1859. P. Lorain publia la première observation française en 1855; Virlet en 1854 et Boucher en 1868 les décrivent dans leurs thèses inaugurales; Wegner (1877), Middeldorpf (1885) ont plus récemment étudié leur structure dans leurs travaux sur le lymphangiome; enfin le professeur Lannelongue en donne une description très complète dans son *Traité des kystes congénitaux* (1886).

Anatomie pathologique. — La distinction classique des kystes séreux congénitaux du cou en simples et composés ne mérite pas, selon Lannelongue, d'être conservée. Ces deux sortes de kystes ne correspondraient qu'à des degrés différents d'une même espèce pathologique, comme les kystes uniloculaires et multiloculaires de l'ovaire. Les caractères différentiels qu'on leur prête n'auraient rien d'absolu. On peut pourtant encore, provisoirement peut-être et pour la commodité de la description, maintenir cette distinction.

Kystes simples. — Ils occupent généralement un des côtés du cou, et de préférence le côté gauche; on en a signalé au moins un cas à la région postérieure (Fifield). Presque toujours ils sont placés sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais il n'est pas impossible — quoique la chose soit infiniment plus commune pour les kystes composés — de les voir pénétrer plus profondément entre les muscles et les divers organes du cou, jusque dans le médiastin une fois (Lannelongue, Soc. de chirurgie, 1880).

Leur volume, variable, est souvent assez considérable; plusieurs fois il dépassait celui d'une orange et s'étendait de la joue ou de la nuque à l'épaule.

Une paroi, tantôt mince et souple, tantôt épaisse et fibreuse,

revêtue d'épithélium, portant parfois à sa face interne la trace de cloisonnements incomplets, creusée dans un cas de Cazin, de dépressions où s'abouchaient des prolongements diverticulaires qui gagnaient les parties profondes, contient une sérosité salée assez riche en albumine, de couleur variable : claire, jaunâtre, verdâtre, chocolat, sanguinolente. La quantité de ce liquide a varié depuis une ou deux cuillerées jusqu'à plusieurs centaines de grammes.

Kystes composés. — Ils forment une masse diffuse, sans enveloppe propre, souvent très volumineuse, constituée par deux parties : des kystes et une gangue celluleuse. Un grand kyste occupe généralement le centre de la tumeur. Autour de lui se groupent des cavités dont le volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noix. On en compte souvent des centaines, on peut n'en trouver que sept à huit. Les parois de ces poches sont minces, transparentes, bleuâtres ou, au contraire, épaisses et blanchâtres. Elles se résorbent parfois ou se rompent et laissent communiquer entre eux des kystes voisins. Leur contenu est semblable à celui que nous avons indiqué plus haut pour les grands kystes. Il offre toutes les variétés de coloration possible; il peut être mélangé à une certaine quantité de sang. Quelquefois, au lieu d'un liquide, c'est une matière pulpeuse rougeâtre qui emplit certains kystes. La gangue dans laquelle les poches se trouvent plongées est un tissu cellulaire mou, transparent ou clair dans certains cas, trouble et semblable à de la substance cérébrale dans d'autres; on y trouve souvent en grande quantité des îlots adipeux. Rien n'est plus variable que l'épaisseur, l'aspect, la solidité de ce tissu. Il est sujet à s'infiltrer de sels calcaires; on y a trouvé même de véritables productions osseuses ou cartilagineuses.

La tumeur occupe le tissu cellulaire sous-cutané dans la plupart des cas; dans d'autres elle est au contraire placée profondément dès l'origine; elle peut s'avancer au loin, écarter les organes, venir se mettre en contact avec l'œsophage, le pharynx, l'apophyse basilaire, les muscles ptérygoïdiens, pénétrer dans quelques cas, dans le médiastin. La peau qui la recouvre est simplement soulevée par quelques kystes et reste mobile avec ses caractères normaux. Dans d'autres tumeurs elle est adhérente, amincie au niveau de chaque poche, si bien que celles-ci se voient par transparence. On a cité, au voisinage des tumeurs, un aspect cicatriciel de la peau, qui semble tenir à la

guérison spontanée, par résorption ou évacuation de quelques poches (Wernher).

Symptômes. — Marche et diagnostic. — Les *signes objectifs* sont, pour les kystes simples, ceux de tout kyste. Signalons seulement la rareté relative de la transparence. Dans les kystes composés, la masse unilatérale ou bilatérale occupe l'espace qui s'étend de la partie inférieure de la tête à la poitrine. Elle peut le tapisser d'une couche peu épaisse de kystes ou, au contraire, le combler absolument et presser sur les parties avoisinantes. La peau, fréquemment vascularisée d'une façon anormale, laisse voir ou deviner les kystes dans certains cas. Dans d'autres, elle a ses caractères normaux et semble même doublée d'un tissu cellulaire plus épais qu'à l'ordinaire. Avec la main on sent que la masse est de consistance inégale, molle ici, là fluctuante, parfois indurée, comme osseuse ailleurs.

Les *symptômes fonctionnels* sont généralement nuls dans les tumeurs superficielles, même volumineuses; mais les tumeurs qui pénètrent profondément déterminent des accidents sérieux: troubles de la déglutition par compression de la langue, du pharynx, de l'œsophage, et troubles de la respiration, qui peuvent mettre rapidement en danger la vie des enfants.

Dès le moment de la naissance, les kystes séreux congénitaux présentent souvent un volume considérable et gênent le petit malade; mais ils peuvent être à peine perceptibles d'abord et se développer peu à peu. Les traumatismes accidentels favorisent leur accroissement. Des hémorragies se produisent facilement à leur intérieur. Enfin ils s'enflamment, et c'est là un gros danger lorsqu'il s'agit d'un grand kyste chez un nouveau-né.

Il est rare que l'on n'arrive pas facilement au diagnostic des kystes composés. On pourrait pourtant les confondre avec des angiomes caverneux à grandes loges vasculaires, qui se présentent comme les kystes multiloculaires sous la forme d'une tumeur molle avec fausse apparence de fluctuation, parfois non réductible. Une ponction exploratrice dans le cas d'angiomes fournirait un écoulement continu de sang; mais il ne faudrait pas abuser de ce mode d'exploration qui, surtout dans des mains inhabiles, pourrait devenir fort dangereux. Les kystes uniloculaires seraient encore plus faciles à reconnaître si l'on ne pouvait penser quelquefois à une méningocèle, par exemple lorsqu'il s'agit d'un grand kyste remontant à la région de la nuque.

Il faut convenir, du reste, que la chose se présente rarement.

La pénétration dans le médiastin se révélera, d'après Lannelongue et Achard par les signes suivants: 1° disparition presque complète ou diminution considérable d'une tumeur de la base du cou par la compression, sans que l'on puisse apercevoir au voisinage un soulèvement qui indique un simple déplacement du kyste; 2° affaissement de la tumeur pendant l'expiration, expansion dans l'expiration, le cri, l'effort.

Pathogénie — Le fait que des kystes congénitaux composés, absolument semblables à ceux de la région antérieure du cou, se développent dans la région postérieure et sur le tronc, ce fait seul réduit à néant l'hypothèse souvent invoquée d'une altération glandulaire: glande salivaire pour les uns, glande intercarotidienne de Luschka et Arnold pour d'autres. L'opinion qui avait paru jusqu'ici la plus probable est celle d'une *origine vasculaire sanguine*. La présence plusieurs fois constatée de kystes noyés au milieu d'une tumeur érectile, une observation de Holmes Coote (1849) dans laquelle on avait cru trouver dans des vaisseaux dilatés et flexueux la transition cherchée entre la tumeur érectile et la tumeur kystique, avaient fait admettre d'une façon assez générale que les kystes congénitaux n'étaient autre chose que des angiomes transformés. Cette théorie était satisfaisante. Elle semblait applicable à tous les kystes séreux du cou et à ceux qui se développent sur le tronc et les membres; elle permettait de comprendre le mélange de sang, parfois très ancien et nullement explicable dans tous les cas par des suffusions sanguines, qui a été noté si souvent. Cette théorie paraît fortement ébranlée par les recherches anatomiques nouvelles. De nombreux travaux publiés en Allemagne sur les lymphangiomes, ceux de Wagner et de Middeldorpf en particulier, tendent à établir que les kystes séreux du cou auraient leur origine dans l'appareil lymphatique. Ils constituaient un *lymphangiome kystique*, troisième terme d'une série de tumeurs lymphatiques dont le premier serait le lymphangiome simple, résultant de la dilatation des réseaux lymphatiques, et le deuxième le lymphangiome caverneux; cette théorie n'a pas encore reçu sa démonstration complète.

On a pensé que certains kystes de la partie supérieure et postérieure du cou pouvaient être des méningocèles qui se seraient isolées de leurs connexions encéphaliques.

Traitement. — Il est souvent embarrassant et difficile. Les grands kystes peuvent s'enflammer et suppurer sous l'influence de la moindre tentative, par exemple à la suite de ponctions successives pratiquées même avec beaucoup de précautions. Cet accident est grave. Il a été plusieurs fois suivi de mort. Dans les kystes multiloculaires, on ne peut songer à attaquer chaque poche l'une après l'autre; aussi, quand la chose est possible, recommande-t-on l'extirpation. Il y a toujours péril extrême à opérer des nouveau-nés. On fera bien d'attendre, s'il se peut, que le malade ait au moins quelques mois avant d'intervenir; mais on peut être pressé d'agir, la suffocation, la gêne de la déglutition menaçant immédiatement la vie. Lorsque les tumeurs polykystiques sont superficielles, leur ablation semble inutile; en emploiera de préférence des cautérisations avec un cautère à boule et à pointe fine, comme on les pratique dans le cas des tumeurs érectiles. L'électrolyse, pour les tumeurs profondes, et peut-être même pour les grands kystes, semble digne d'être essayée. Les auteurs énumèrent d'une façon un peu banale les différents modes de traitement applicables à tous les kystes en général.

b. — KYSTES SÉREUX NON CONGÉNITAUX

L'*hygroma de la région thyro-hyoïdienne*, le plus commun des kystes séreux non congénitaux du cou, se développe probablement, dans presque tous les cas, aux dépens de la bourse séreuse signalée par Malgaigne et placée en arrière de l'os hyoïde, entre cet os et le ligament thyro-hyoïdien qui va, comme on le sait, s'insérer au bord supérieur de l'os de la langue. Il forme là une tumeur médiane, ronde, fluctuante, mais tendue, qui s'élève avec le larynx.

Incisée par le chirurgien, cette poche donne issue à un liquide transparent, légèrement visqueux. Quelquefois elle s'enflamme; la peau rougit à sa surface et elle s'ouvre spontanément, laissant écouler ce même liquide, plus ou moins altéré par l'inflammation. Dans les deux cas, le kyste fait place presque à coup sûr à une fistule dont tous les chirurgiens, depuis Boyer, ont signalé la ténacité. Elle ne peut être guérie qu'après une excision complète de ses parois, excision pénible qui conduit le chirurgien derrière l'os hyoïde jusqu'au voisinage de l'épiglotte.

Nélaton, frappé de la profondeur à laquelle le stylet pénètre lorsqu'il est engagé dans ces fistules, a soutenu l'opinion, généralement rejetée aujourd'hui, que ces kystes étaient formés par l'ampliation d'un follicule sous-muqueux du voisinage de l'épiglotte.

De nombreux faits montrent que cette tumeur n'est autre chose souvent qu'un kyste muqueux congénital.

Adolphe Richard a placé l'origine de certains kystes uniloculaires du cou dans une *altération spéciale des ganglions lymphatiques*. Malgré l'appui que prête à cette théorie un fait de Muron, elle est généralement rejetée.

Un certain nombre de kystes séreux semblent se former pendant la vie dans le tissu cellulaire des parties antéro-latérales du cou, sans qu'il soit possible de fournir l'explication de leur développement. Ce sont très probablement des kystes congénitaux dont le début a passé inaperçu.

5° TUMEURS SANGUINES DU COU

On trouve au cou des tumeurs sanguines de nature très diverse. Quelques-unes sont des *angiomes*, et souvent des *angiomes caverneux* en communication avec les grosses veines de la région. Peut-être ces angiomes se développent-ils quelquefois dans les parois mêmes des veines, qui finissent par se confondre avec le réseau caverneux (Günther). Ces tumeurs, dont Reclus et Castex ont récemment rapporté chacun un exemple, sont remarquables pour la facilité avec laquelle elles se gonflent et se réduisent. Leur volume peut être tel, la masse du sang qu'elles emmagasinent peut devenir si considérable, qu'une syncope arrive au moment où elles se trouvent remplies sous l'influence d'une forte expiration.

Quelques tumeurs sanguines du cou semblent être de simples *varices de la veine jugulaire*, ou, si l'on veut s'exprimer autrement, des kystes sanguins en communication avec la veine. Wetley (de Leeds), Günther, Koch et d'autres se sont trouvés en présence de cas semblables. Ici encore la tumeur peut acquérir un énorme développement, s'étendre de l'apophyse mastoïde à la clavicule, occuper tout un côté du cou et devenir l'occasion des syncopes dans les fortes expirations.

Enfin, dans quelques observations, on a trouvé des *kystes san-*

guins qui occupaient la place soit de la veine jugulaire interne (Hüter), soit de la veine sous-clavière (Koch), si bien que l'on a pu se demander si ces tumeurs n'avaient pas leur origine dans une malformation contemporaine de l'apparition des gros vaisseaux du cou chez l'embryon. Dans cette hypothèse, il ne se serait pas formé un véritable vaisseau veineux, mais seulement des espaces lacunaires qui auraient augmenté de volume à mesure que l'enfant grandissait (Koch).

Les tumeurs sanguines du cou ont été souvent trouvées à la naissance; mais plus souvent peut-être elles ont apparu à une époque déjà éloignée de celle-ci, entre vingt et trente ans.

Il est difficile d'indiquer un traitement qui convienne à des cas si divers. L'extirpation de volumineuses tumeurs a été faite plusieurs fois avec succès, non sans que le malade courût de graves dangers d'introduction de l'air dans les veines ou d'hémorragie.

Hüter a conseillé et pratiqué pour les kystes en communication avec la jugulaire le traitement suivant : la tumeur est mise à nu par la dissection, comprimée, vidée, puis on fait sur elle des ligatures au catgut superposées de façon à l'étreindre et à la séparer en segments successifs.

On a, dans d'autres cas, pratiqué des ponctions simples ou suivies d'injections iodées, fait l'acupuncture, etc. Le choix de ces moyens est évidemment subordonné à la nature de la tumeur que l'on doit traiter.

B. — TUMEURS SOLIDES DU COU

En dehors des tumeurs appartenant aux divers organes du cou et dont nous avons, chemin faisant, donné la description, on trouve à la région cervicale un certain nombre de néoplasmes pour ainsi dire banals, développés aux dépens du tissu cellulaire ou des aponévroses de la région. Nous les énumérerons rapidement.

Les *lipomes* ne sont pas très rares à la région cervicale, et notamment les lipomes sous-aponévrotiques. On connaît un bon nombre d'exemples de productions de ce genre qui pénétraient entre les muscles des parties latérales du cou et s'insinuaient jusque derrière le pharynx, en passant à côté des gros vaisseaux. Nous en avons observé une qui fut prise un moment, à cause de la fluctuation qu'elle

offrait, pour un abcès froid. On a rencontré à la région de la nuque de très volumineux lipomes, d'un poids énorme quelquefois, souvent téléangiectasiques.

Les *fibromes* et les *sarcomes* de la région cervicale ont deux origines principales. Quelques-uns naissent au dépens des aponévroses de la région cervicale et F. Guyon les rapproche sous le nom de *fibromes aponévrotiques pariétaux*, des productions semblables, souvent très volumineuses, qui se voient dans la paroi antérieure de l'abdomen. D'autres fibromes ou fibro-sarcomes se développent au voisinage des gros vaisseaux du cou; ils sont nés probablement de la gaine vasculaire elle-même. On trouve, du reste, des tumeurs semblables dans la gaine des vaisseaux des membres (bras et cuisse notamment). Indépendamment de ces tumeurs à origine fixe, pour ainsi dire, on peut voir, mais rarement, des fibromes, des sarcomes, des mélano-sarcomes naître sur tel ou tel point superficiel ou profond du cou et jusque sur la colonne vertébrale.

Le *carcinome primitif* de la région cervicale constitue une véritable rareté. Certains cas, donnés comme tels, sont probablement des carcinomes développés dans un lobe aberrant de la glande thyroïde, et de fait beaucoup de ces cancers se présentent avec les caractères du carcinome thyroïdien (Kœnig). Mais, à côté de ceux-ci se rencontrent des tumeurs primitivement développées au voisinage des vaisseaux et du larynx, en dehors de toute origine glandulaire et qu'il faut rapporter, avec Volkmann, à une origine branchiale (carcinome branchial, Volkmann). On suppose qu'au moment de la disparition des fentes branchiales, un groupe de cellules épithéliales sera resté enfermé au sein des tissus. Ce kyste dermoïde en miniature aura plus tard subi la dégénération cancéreuse. Ces cancers ne peuvent être extirpés que par une dissection pénible. Sur 5 opérations que Volkmann rapportait, en 1882, dans le *Centralblatt*, la mort était survenue 2 fois par hémorragie à la suite de l'ulcération de la carotide.

Quelques *enchondromes* du cou ont pu être rapportés aussi à une origine branchiale. La plupart de ceux qu'on observe, en dehors des enchondromes parotidiens dont nous nous sommes occupés ailleurs, ont des connexions intimes avec la colonne vertébrale. On a noté aussi des *exostoses des vertèbres*.

Citons enfin quelques *névromes*, dont les plus remarquables sont

des névromes multiples développés à la fois sur presque tous les nerfs de la région, et des *myxomes*, généralement observés à la partie antérieure du cou chez de très jeunes enfants et énucléés avec succès. (Bradley, *Lancet*, 1877.)

MALADIES CHIRURGICALES DE LA POITRINE

PREMIÈRE PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE PREMIER

CONTUSION DE LA POITRINE

Les corps contondants qui frappent sur le thorax peuvent limiter leur action à ses parois (contusions superficielles) ou atteindre, à travers la paroi thoracique intacte ou non, les organes contenus dans la cavité de la poitrine.

I

CONTUSION SUPERFICIELLE

Elle ne mérite pas de nous arrêter. Nous ne trouvons rien d'absolument spécial à la région. On doit se borner à signaler au point de vue anatomique l'existence, assez commune sur la partie postéro-inférieure du thorax, d'épanchements séreux (épanchements de Morel-Lavallée); on les trouve encore plus souvent dans la région lombaire.

Au point de vue symptomatique, la contusion des parties superficielles du thorax est suivie, particularité facile à prévoir, d'une dyspnée plus ou moins marquée.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté importante. Étant donné que le patient a été victime d'un accident, il suffira d'éliminer les fractures et les ruptures musculaires, pour se trouver en présence de ce seul diagnostic : contusion. Mais il y a toujours quelques ré-