

L'ouverture simple, l'excision partielle des parois précédée de leur affrontement et de leur suture à la base de la tumeur (Nélaton), doivent être aussi rejetées comme des moyens insuffisants et dangereux (Lannelongue).

L'extirpation est la méthode de choix. Elle peut être rendue très difficile par la présence de prolongements profonds multiples et par les adhérences aux gros vaisseaux. Elle doit donc être conduite avec la plus grande prudence, par une dissection minutieuse. Cette méthode a donné de très bons résultats, et récemment Buffet<sup>(1)</sup> et Mauny<sup>(2)</sup> en ont encore rapporté de belles observations. Si l'extirpation totale est absolument impraticable, Lannelongue conseille l'extirpation partielle, la résection de la tumeur, car on peut espérer, après l'ablation de la plus grande partie de la masse, la régression des prolongements que l'on n'aura pu enlever. Verchère<sup>(3)</sup> a récemment obtenu la guérison complète après résection de la plus grande partie de la tumeur et marsupialisation d'une poche plongeant dans le médiastin. Kirmisson<sup>(4)</sup> a rapporté un cas analogue.

L'électrolyse enfin qui semble avoir donné un résultat encourageant, dans un cas de grosse tumeur inopérable, peut être essayée avec précaution, mais les faits ne sont pas assez nombreux pour permettre de juger cette méthode.

## II. — KYSTES ACQUIS

Il n'est question ici d'aucune des tumeurs kystiques qui se développent dans les glandes salivaires, le corps thyroïde, etc.

L'étude plus complète des kystes congénitaux enlève chaque jour quelque élément au chapitre des kystes acquis. La plupart des kystes observés même à l'âge adulte ne paraissent être que des kystes d'origine congénitale à évolution plus ou moins retardée.

Il en est ainsi des kystes multiloculaires quelquefois observés chez l'adulte. Nombre de kystes séreux simples, uniloculaires (*hydrocèles du cou*), doivent aussi être rattachés à la même origine. Ces kystes siégeant sur les parties latérales du cou, au voisinage des gros vaisseaux, possédant un revêtement épithélial, semblent résulter de l'évolution de débris épithéliaux profonds.

Quant aux kystes sanguins (*hématoèles du cou*), leur origine est plus obscure. Quelques-uns ont semblé succéder à l'enkystement d'un hématome traumatique; d'autres ne sont que des sarcomes avec prédominance d'une poche kystique qui forme à elle seule presque toute la tumeur, dont on ne retrouve les caractères qu'en certains points de la paroi.

Certains kystes sanguins résultent manifestement d'hémorragies dans la cavité de kystes congénitaux. Enfin, nous étudierons plus loin avec les angiomes toute une série de tumeurs sanguines qui ont une communication plus ou moins évidente avec les grosses veines du cou.

(1) BUFFET (d'Elbeuf), *Kyste congénital du cou, extirpation complète, guérison*. Rapport par Walther. Soc. de chir., décembre 1897.

(2) MAUNY, *Kyste congénital du cou, extirpation, guérison*. Congrès français de chir., 1897.

(3) VERCHÈRE, *Contribution à l'étude du traitement des kystes du cou, à propos d'un kyste séreux congénital chez un enfant d'un an, occupant le cou et le médiastin antérieur. Ablation partielle. Guérison*. Rapport par Walther. Bull. de la Soc. de chir., 1896, p. 711.

(4) KIRMISSON, *Ibidem*. Discussion, p. 716.

Richard<sup>(1)</sup> et Muron<sup>(2)</sup> ont signalé des kystes développés dans les ganglions lymphatiques. Cette origine, fort contestée par beaucoup d'auteurs, semble bien nette dans le cas de Muron.

Les kystes développés dans les bourses séreuses, *hygromas du cou*, ont été surtout décrits à la région sous-hyoïdienne, soit en avant du cartilage thyroïde (Duplay), hygroma préthyroïdien, soit au niveau de l'espace thyro-hyoïdien (Boyer, Malgaigne). Ces kystes se présentent sous l'aspect d'une tumeur médiane, située au-dessous de la base de l'os kyoïde, d'ordinaire peu volumineuse, ne dépassant guère les dimensions d'une petite noix, tumeur arrondie, lisse, tendue et fluctuante, suivant exactement les mouvements du larynx. Le kyste, longtemps indolent, peut s'enflammer et suppurer.

L'incision, pratiquée avant toute poussée inflammatoire, donne issue à un liquide transparent, visqueux, muqueux. « La nature de ce liquide, dit Duplay<sup>(3)</sup>, peut faire soupçonner qu'il ne provient pas d'une séreuse, mais d'une cavité kystique tapissée par une membrane muqueuse, et par conséquent que ces kystes pourraient bien être encore d'origine branchiale. » De plus, introduit dans cette cavité, le stylet s'enfonce profondément derrière l'os hyoïde, jusque vers la base de l'épiglotte. Ces deux caractères avaient conduit Nélaton à placer le siège de ces kystes, non pas dans la bourse thyro-hyoïdienne, mais dans les follicules sous-muqueux placés entre la membrane thyro-hyoïdienne et l'épiglotte.

Sans nier la possibilité de l'existence d'hygromas thyro-hyoïdiens, nous savons aujourd'hui que la plupart des kystes de cette région ne sont que des kystes d'origine branchiale; des kystes mucoïdes (voy. *Kystes branchiaux*).

## III. — KYSTES HYDATIQUES

Ces kystes sont rares, Riedel<sup>(4)</sup> en a réuni 15 cas. Vieusse a rapporté à la Société de chirurgie, en 1885, une observation de kyste hydatique de la région parotidienne, mais il s'agissait d'un kyste hydatique développé dans la glande elle-même; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici, non plus que de ceux qu'on a observés dans le corps thyroïde. Nous avons eu nous-même en 1890 l'occasion d'observer un kyste hydatique du creux sus-claviculaire<sup>(5)</sup>. Depuis Güterbrock a réuni 26 cas de kystes hydatiques de la région cervicale<sup>(6)</sup>.

(1) RICHARD, *Note sur la dissection d'un hydrocèle du cou*. Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. III, p. 58.

(2) MURON, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 149.

(3) DUPLAY, *Pathologie externe*, t. V, p. 156.

(4) KOENIG et RIEDEL, *Deutsche Chir.*, 1882, fasc. 56, p. 16.

(5) Il s'agit d'un malade admis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, le professeur Tillaux. La tumeur, soulevant le sterno-mastoïdien gauche, faisait saillie dans le creux sus-claviculaire et se présentait avec tous les caractères d'une poche très tendue, mais manifestement fluctuante. Douleurs très vives spontanées au niveau même de la tumeur avec irradiations dans le bras. Compression de l'artère sous-clavière; absence de pulsations dans la radiale et humérale. M. Tillaux pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide « eau de roche ». La poche fut alors complètement vidée. Immédiatement les phénomènes douloureux disparurent, mais l'absence de pouls radial et de pouls huméral persistant encore trois jours après la ponction permit d'affirmer l'oblitération de l'artère sous-clavière.

(6) GÜTERBROCK, *Kystes hydatiques du cou*. Arch. für Klin. Chir. XLV, p. 4.

Ces kystes se développent le plus souvent au voisinage des gros vaisseaux, sous le sterno-mastoïdien; la tumeur, en grossissant, envahit le creux sus-claviculaire et peut prendre une forme bilobée; souvent elle comprime les vaisseaux et les nerfs. Dixon a observé l'oblitération de la sous-clavière; elle existait également chez le malade de Tilhaux, car le pouls radial n'a pas reparu après l'évacuation de la poche. Dixon a aussi noté l'usure des vertèbres par la tumeur, Cloquet la subluxation de la clavicule.

La tumeur est, d'ordinaire, arrondie ou ovoïde, régulière, rénitente, fluctuante, parfois transparente; il est exceptionnel de constater le frémissement hydatique.

Les signes fonctionnels sont entièrement fournis par les accidents de compression, engourdissements, fourmillements, douleurs plus ou moins intenses, irradiées du creux sus-claviculaire au bras correspondant; enfin diminution ou disparition du pouls radial.

Le diagnostic est parfois impossible et la ponction exploratrice permet seule, en pareil cas, de distinguer le kyste hydatique d'un kyste séreux simple d'un abcès froid, ou même d'un lipome ou d'un sarcome.

Le pronostic est d'ordinaire bénin. Cependant une érosion artérielle a pu entraîner la mort par hémorragie (Körte).

Le traitement comprend 3 méthodes: 1° simple ponction avec ou sans injection; 2° extirpation de la poche; 3° incision large et drainage ou tamponnement.

La ponction exploratrice doit être en même temps évacuatrice, et si la tumeur ne se reproduit, l'incision large avec drainage ou tamponnement nous semble préférable à l'extirpation à cause des adhérences profondes de la poche.

#### IV. — TUMEURS SANGUINES. — ANGIOMES, KYSTES SANGUINS

Les *angiomes superficiels* ne présentent au cou rien de particulier.

Les *angiomes profonds* caverneux sont au contraire variables dans leur forme et leur disposition.

Enfin on a confondu sous le nom de *kystes sanguins* des tumeurs fort différentes<sup>(1)</sup>; les unes sont uniquement constituées par un kyste séreux qu'une communication secondaire avec les vaisseaux sanguins a rempli de sang; les autres doivent être rattachées aux angiomes.

Nous avons déjà dit qu'un angiome profond peut coïncider, peut se mélanger, pour ainsi dire, avec un kyste séreux multiloculaire (Lücke<sup>(2)</sup>, Virchow<sup>(3)</sup>, Volkmann<sup>(4)</sup>). Nous n'avons pas à insister ici sur cette variété qui n'offre d'intérêt que pour la pathogénie des kystes séreux.

Les cas assez nombreux de kystes séreux à contenu hématique ne nous arrêteront pas non plus.

Les tumeurs sanguines proprement dites présentent elles-mêmes plusieurs

(1) LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*. Paris, 1891, vol. I, p. 648.

(2) LÜCKE, *Virchow's Archiv*, t. XXXIII, p. 336.

(3) VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, t. IV, p. 76.

(4) VOLKMANN, *Kystes sanguins et angiomes caverneux*. *Archiv. für klin. Chir.*, 1875, vol. XV, fasc. 5, p. 568.

types plus ou moins nettement séparés. Elles ont été, il y a quelques années, l'objet de travaux nombreux<sup>(1)</sup>.

Tantôt elles sont formées par une seule veine volumineuse s'ouvrant directement dans la jugulaire (Després). Tantôt c'est une poche unique, plus ou moins développée, communiquant avec la veine par une série d'orifices. Tantôt ces orifices de la jugulaire interne donnent accès dans une poche caverneuse, entourée d'une zone plus ou moins large d'autres cavités d'angiome (Castex).

« Le cou est, à ce point de vue, un siège tout spécial, où l'on rencontre beaucoup plus souvent qu'ailleurs des dilatations veineuses ampullaires, formant de véritables cavités au milieu d'un tissu érectile à espaces étroits » (Lannelongue et Ménard).

Enfin, dans quelques cas, des kystes sanguins complètement isolés et clos ont été trouvés sur le trajet des grosses veines absentes (Hueter, Koch), faits qui ont été attribués à une malformation contemporaine de l'apparition des vaisseaux chez l'embryon. A la place des veines se seraient formés des espaces lacunaires participant au développement ultérieur des sujets.

Toutes les autres variétés que nous avons citées doivent être rapportées soit à des angiomes développés dans les parois mêmes de la jugulaire (Virchow), soit à des malformations, des dilatations veineuses, à des varices de la jugulaire.

Quoi qu'il en soit des interprétations d'une pathogénie fort obscure, les dispositions anatomiques que nous avons signalées sont seules importantes à connaître pour le diagnostic et les indications thérapeutiques.

Les *caractères cliniques* sont ceux des angiomes caverneux profonds, mais, un caractère important, la brusque et complète réductibilité, témoigne, dans certains cas, d'une large communication avec une grosse veine, la jugulaire le plus souvent.

Leur volume est souvent très considérable. Certaines de ces tumeurs occupent toute la hauteur du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule. Elles emmagasinent une telle masse de sang qu'on a pu voir une syncope se produire lorsqu'elles sont distendues sous l'influence d'une forte expiration (Peyrot).

Elles apparaissent à tout âge; on les rencontre parfois au moment de la naissance. Plus souvent elles se manifestent au cours des premières années ou même beaucoup plus tard vers l'âge de vingt ou trente ans.

Le *traitement* des tumeurs sanguines doit être absolument différent suivant les cas.

Les angiomes superficiels cutanés sont justiciables des procédés d'ordinaire employés pour toutes les tumeurs érectiles.

(1) HUETER, *Kyste sanguin de la région latérale du cou*. Sixième Congrès des chirurgiens allemands. *Berl. klin. Woch.*, 1877, n° 52, p. 466. — KOCH, *Archiv für klin. Chir.*, vol. XX, p. 651. — GUNTHER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1877, t. VIII, p. 445. — RECLUS, *Angiome caverneux communiquant directement avec la jugulaire interne*. Rapport de Farabeuf. Société de chir. Paris, 5 mai 1882, et *Clinique et critique chirurg.* Paris, 1884, p. 299. — DESPRÉS, *Ibidem*, 5 mai 1882. — CASTEX, in RECLUS, *Clinique et critique chirurgicales*, p. 505. — J. WOLF, *Kyste sanguin du cou communiquant avec la jugulaire*. *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 4, p. 60. — GLÜCK, *Kyste sanguin de la région latérale du cou*. *Berl. klin. Woch.*, 1885, n° 52, p. 865. — OTTO WÖLKER et FÉLIX FRANKE, *Trois cas d'affections de la région latérale du cou*. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1888, t. XXVIII, fasc. 4 et 5, p. 411. — MEYER, *Des kystes sanguins du cou*. Thèse de doct. de Wurtzbourg, 1889.

Les kystes hématiques bien développés, à cavité close, ont pu être traités avec succès par les ponctions et même les injections.

Mais dès que la réductibilité permet de croire à une communication vasculaire, la seule intervention possible, en cas d'indication, est l'extirpation.

Hueter a bien réglé la technique de l'opération. Il conseille de mettre à nu la tumeur, de la disséquer soigneusement jusqu'à ses connexions avec les grosses veines, la jugulaire d'ordinaire; de placer alors une série de ligatures en chaîne sur la portion de la poche adhérente à la veine et de réséquer la tumeur. Cette opération a donné de bons résultats et Glück rapporte six cas dans lesquels elle a été faite avec succès.

Lannelongue a aussi extirpé un angiome à grande cavité kystique de la région sus-hyoïdienne, avec un résultat favorable.

L'intervention est donc très légitime et doit être pratiquée dans les cas où la tumeur tend à augmenter de volume et provoque des troubles circulatoires sérieux.

## POITRINE

Par le D<sup>r</sup> J.-J. PEYROT

Chirurgien des hôpitaux. — Professeur agrégé de la Faculté de Paris.

### PREMIÈRE PARTIE

#### MALFORMATIONS CONGÉNITALES

On doit ranger parmi ces anomalies toute déviation du type normal, en tant que cette déviation est due à un trouble datant de la vie intra-utérine. Peu importe du reste qu'elle se manifeste après ou avant la naissance.

Les éléments de cette étude sont encore épars dans des mémoires spéciaux. Les traités de chirurgie ne lui consacrent en général que quelques lignes et renvoient les lecteurs aux traités de tératologie. Mais ceux-ci ne contiennent presque rien qui puisse intéresser les chirurgiens. Le sujet est pourtant vaste, intéressant et mériterait d'être repris à fond. Nous ne pouvons ici qu'en tracer une ébauche.

Le développement physiologique du thorax après la naissance a été étudié par Grawitz (!). Cet observateur a formulé quelques lois curieuses que l'on peut ainsi résumer :

Le thorax des premiers et deuxièmes nés est souvent mieux développé que celui des enfants puînés.

A partir de l'âge de sept mois le thorax se développe moins chez les filles que chez les garçons.

Le progrès du développement est continu dans les deux sexes jusque vers le dixième mois; à partir de ce moment il y a de véritables oscillations ou intermittences dans l'accroissement du périmètre thoracique.

Ajoutons à ces renseignements que le côté droit du thorax l'emporte à l'état physiologique sur le côté gauche, quoi qu'on en ait dit.

#### I

##### ANOMALIES GÉNÉRALES DE LA FORME DU THORAX

Elles sont assez limitées; on les a confondues souvent avec des lésions pathologiques. Nous indiquerons spécialement ici celles qui sont connues sous le nom d'angle sternal, et de poitrine en entonnoir.

(!) GRAWITZ, *Deutsche med. Wiss.*, n° 22, p. 429, 1888.