

IV. TUMEURS DU COU

§ 44. — Si nous prenons pour base l'anatomie topographique, nous pouvons distinguer quatre groupes de tumeurs, abstraction faite, pour le moment, des néoplasmes développés dans les cavités du cou. Ces quatre groupes sont, de haut en bas :

1^o **Les tumeurs développées dans le triangle cervical supérieur.** Elles proviennent en partie des ganglions lymphatiques qui entourent les vaisseaux, en partie de la glande sous-maxillaire; les tumeurs primitives de la parotide se propagent quelquefois jusque dans cette région. On y observe aussi des kystes. Ces tumeurs, en se développant fortement, s'étendent soit en bas, du côté de l'espace vasculaire, soit en haut, vers les parties latérales du pharynx.

2^o **Les tumeurs développées le long de l'espace vasculaire.** Leur nombre est relativement très grand. Elles se soudent avec les vaisseaux dès leur début, soulèvent le sterno-cleido-mastoïdien ou envahissent ce muscle; une partie de ces néoplasmes appartiennent au groupe des tumeurs du tissu conjonctif, une autre partie est constituée par des tumeurs kystiques; rarement ce sont des carcinomes.

3^o **Au-dessus de la clavicule** on observe des tumeurs qui, sans doute, ont leur point de départ dans l'espace de tissu conjonctif dont nous avons donné plus haut la description; ce sont surtout les ganglions lymphatiques de cette région qui sont l'origine de ces néoplasmes, lesquels font saillie dans le creux sus-claviculaire et s'étendent, d'autre part, au-dessous de la clavicule, jusque dans l'aisselle.

4^o Un grand nombre de tumeurs se développent dans l'espace préviscéral et ont le plus souvent pour point de départ la **glande thyroïde**. Tantôt il s'agit d'une hyperplasie de cet organe, tantôt de véritables néoplasmes. Ces tumeurs feront l'objet d'un chapitre spécial.

Si j'ai donné cette classification topographique, c'est qu'elle n'a pas une importance purement extérieure; chacune des régions que nous venons de mentionner exerce, en effet, une influence décisive sur la forme histologique et clinique de ces tumeurs; tantôt cette influence repose sur l'existence de certains tissus particuliers à la région, tantôt elle est basée sur certaines conditions qui ont de l'importance relativement à la pathogénie de la tumeur.

Abstraction faite de son importance au point de vue du diagnostic, cette classification topographique est indispensable pour le traitement, pour l'extirpation de ces tumeurs.

A. TUMEURS KYSTIQUES DU COU

§ 45. — Les **kystes** s'observent principalement à la partie antérieure du cou, limitée de chaque côté par le sterno-cleido-mastoïdien.

1. Kystes congénitaux. Lymphangiomes kystiques du cou

(Hygroma cysticum congenitum colli).

Dès la naissance de l'enfant on constate une tumeur à surface inégale, formée évidemment de plusieurs loges; chacune de ces loges est parfois nettement fluctuante et, dans d'autres cas, laisse à peine reconnaître un peu de fluctuation à cause de sa forte tension élastique. La tumeur siège presque toujours dans la région sous-maxillaire et se développe avec une rapidité variable; quelquefois elle atteint rapidement des proportions énormes. Elle s'étend alors sur toute la région antérieure du cou, sur la face jusqu'à l'os zygomatique, et par-dessus la clavicule et le sternum, jusqu'au-devant de la poitrine. La peau qui recouvre la tumeur est le plus souvent amincie, parfois transparente; dans d'autres cas on constate un éléphantiasis étendu des téguments du cou. La tumeur est fortement bosselée et la partie qui recouvre les vaisseaux présente quelquefois des pulsations.

Quant aux symptômes fonctionnels, dans beaucoup de cas ils ne sont pas très prononcés; dans d'autres on observe des phénomènes bien marqués de compression des organes du cou, de gêne de la déglutition et de la respiration, ou bien aussi on constate une forte congestion de la tête par pression sur les vaisseaux du cou. Il peut arriver que l'enfant succombe à ces phénomènes de compression, mais dans la règle il n'en est rien. Cependant le pronostic de la tumeur est mauvais, car la majorité des enfants atteints de cette affection meurent bientôt dans un état de cachexie. En outre un certain nombre succombent à l'intervention opératoire.

Ces tumeurs sont situées dans le tissu conjonctif sous-cutané et profond, et s'étendent dans les espaces de tissu conjonctif, souvent jusqu'à la colonne vertébrale; non seulement elles refoulent les organes, mais dans un certain nombre de cas elles pénètrent dans ces derniers; leur mode de développement rappelle ainsi celui des tumeurs malignes. Elles sont multiloculaires et possèdent une paroi de tissu conjonctif relativement mince, qui, dans un cas décrit par KOESTER dernièrement, était tapissée d'une couche endothéliale. Le contenu est tantôt tout à fait clair et séreux, tantôt jaunâtre ou altéré par des hémorragies jusqu'à présenter la coloration et la consistance d'une bouillie de chocolat. Les kystes volumineux sont le plus souvent superficiels, tandis que les kystes plus petits sont situés profondément entre les organes et les tissus, souvent jusqu'à la base du crâne, au médiastin, à la trachée et à l'œsophage.

Les cavités de forme variable qui constituent ces tumeurs, sont entourées directement par le tissu conjonctif sans interposition d'une membrane particulière (KOESTER). Les cavités plus grandes ont une forme kystique simple, ou bien sont aussi subdivisées par des prolongements de la paroi. Les différents kystes secondaires ne sont pas complètement fermés, mais communiquent

entre eux, soit par de larges ouvertures, soit par de fins canaux. Il est probable que ces cavités se sont développées secondairement, car plus elles sont étroites et plus leurs communications présentent de netteté, jusqu'à ce que finalement on observe un système de canaux coupés à des intervalles irréguliers par des anneaux de rétrécissement, ou bien un *tissu caverneux*, dont les mailles sont constituées par un système de canaux s'anastomosant entre eux. Dans les deux cas les canaux se divisent en vaisseaux plus petits réunis entre eux par des anastomoses; la lumière de ces derniers est ronde ou bien aplatie en forme de fente; ils offrent un mode de distribution propre seulement *vaisseaux lymphatiques*. **Toutes ces cavités et canaux sont tapissés d'une membrane analogue à l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, et en outre il existe une relation directe entre les canaux de la tumeur et les sinus des glandes lymphatiques.**

Koester a donc raison d'affirmer que les **cavités kystiques de l'hygroma du cou proviennent de la dilatation des vaisseaux lymphatiques**. La désignation de la tumeur sous le nom de **lamphangiectasie congénitale** serait ainsi parfaitement correcte.

La découverte de KOESTER a été confirmée ultérieurement par divers auteurs (WINIWARTER, WEGNER, etc). Au point de vue macroscopique, les descriptions données de différents côtés concordent si bien avec l'affection décrite sous le nom d'hygroma kystique congénital, qu'il faut considérer comme vieilles toutes les autres explications qui ont été données, jusque dans ces derniers temps, sur la pathogénie de ces tumeurs, et qui les faisaient dériver du tissu conjonctif (ROKITANSKY, VIRCHOW, ARNOLD). L'hygroma kystique congénital est une lymphangiectasie, ou, suivant la classification de WEGNER, un lymphangiome kystique. D'après cet auteur une partie, et peut-être la plus grande partie des formes observées chez l'adulte pourraient être expliquées de la même manière.

Les cas peu nombreux qui ont été livrés à la publicité, à part ceux de WEGNER, consistaient pour la plupart en un petit nombre de kystes situés tantôt à côté de la trachée, tantôt au-dessus de la clavicule. J'ai moi-même extirpé avec facilité une pareille tumeur située dans la région sus-claviculaire; je réussis à l'isoler avec les doigts; elle était située entre les muscles et la gaine des vaisseaux, et était constituée par au moins trente kystes à parois minces et à contenu séro-sanguinolent, entourant à la façon d'une grappe de raisin une branche volumineuse de l'artère thyroïdienne inférieure. Peut-on en conclure que, chez l'adulte tout au moins, certains kystes peuvent naître par suppuration et dégénérescence d'un lobule de la glande thyroïde? Je n'ose, pour ma part, hasarder une semblable conclusion. En tous cas on devra se rappeler la possibilité du développement de tumeurs épithéliales kystiques ou solides aux dépens de lobules détachés de la glande thyroïde.

2. Kystes monoculaires du cou

§ 46. — Une division de ces tumeurs en congénitales et acquises ne me paraît point justifiée, car une grande partie des formes congénitales et des formes acquises plus tard dans la vie extra-utérine, reconnaissent certainement une même origine.

A. Kystes provenant des fentes branchiales (Virchow).

ROSER a le premier fait observer que certains kystes du cou proviennent d'une dilatation kystique d'une fente branchiale oblitérée à ses deux extrémités. HEUSINGER, LUECKE, VIRCHOW, SCHEDE admettent aussi ce mode de développement, au moins pour une partie de ces tumeurs.

Nous sommes dès lors autorisé à établir un groupe distinct des tumeurs dont nous allons faire la description. Nous avons à distinguer :

a. Kystes séreux (Hydrocele colli).

Trois régions du cou sont le siège de prédilection de cette forme de tumeur. Ce sont : la région située entre l'apophyse mastoïde et l'os hyoïde, la région du bord interne du sterno-cleido-mastoïdien, et la fosse sus-claviculaire. Il faut sans doute aussi faire rentrer dans cette catégorie de tumeurs une partie des grenouillettes dont nous avons déjà parlé. Ces kystes varient beaucoup au point de vue de leur volume et de leur extension. On en voit de très volumineux, s'étendant en haut jusqu'à la parotide et à la base du crâne, en bas jusqu'au thorax et dans la cavité thoracique, en arrière jusqu'au muscle trapèze. La plupart n'atteignent pas de telles dimensions. Leur forme, habituellement ovale, subit des modifications diverses en rapport avec les parties voisines qui, par compression, exercent une influence sur le développement de la tumeur. Leur paroi est constituée par une enveloppe de tissu conjonctif plus ou moins dense, à surface interne lisse, qui, dans plusieurs cas, était pourvue d'un **revêtement épithélial**. Le contenu est tantôt séreux, tantôt plus épais, comme muqueux; il est tout à fait clair ou bien jaunâtre ou brunâtre et contient de la cholestérine, etc. Souvent les changements de coloration et de consistance sont la conséquence d'hémorragies intrakystiques.

Deux mots seulement sur la **symptomatologie** de ces kystes. Ils se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins volumineuses, rarement transparentes; elles occupent les régions que nous avons indiquées et se développent dans la direction des espaces de tissu conjonctif. Suivant que le kyste est plus ou moins rempli et ses parois plus ou moins tendues, la fluctuation est très nette ou fait complètement défaut. Les