

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 :

α. 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

phénomènes de compression des organes du cou sont relativement peu marqués.

Ils sont congénitaux ou bien se développent après la naissance, et le plus souvent alors dans les premières années de la vie. Il importe, au point de vue du diagnostic, de distinguer cette forme de tumeur du lymphangiome kystique; nous croyons qu'une grande partie des kystes séreux appartiennent à cette dernière forme de tumeur. On pourra dorénavant, pour établir le diagnostic, avoir recours au microscope, qui nous montre la paroi du kyste revêtue, dans un cas d'épithélium, et dans l'autre d'endothélium.

On devra aussi songer désormais à la possibilité d'une relation pathogénique entre les tumeurs kystiques et épithéliales du cou et l'existence de lobules détachés de la glande thyroïde (Voir § 59).

6. Athéromes profonds du cou.

§ 47. — Ces tumeurs ont maintes analogies, d'une part avec les véritables athéromes et, d'autre part, avec les kystes dermoïdes. Elles consistent en une capsule dense de tissu conjonctif tapissée à l'intérieur d'un **épithélium pavimenteux stratifié**. Le contenu, qui rappelle tout à fait celui de l'athérome, consiste en une masse plus ou moins épaisse, formée de cellules épithéliales, de cholestérine, etc. On les observe le plus souvent dans les mêmes régions que les kystes séreux, principalement dans la région située entre l'apophyse mastoïde et l'os hyoïde ainsi que plus bas, *le long des vaisseaux*.

A l'examen clinique on constate, dans les régions que nous venons de mentionner, des tumeurs peu tendues, fluctuantes, ovales ou plus ou moins étalées; rarement elles atteignent de grandes dimensions et dépassent le volume du poing; elles ne sont unies aux tissus voisins que par un tissu conjonctif lâche à larges mailles. On n'a pour ainsi dire jamais observé de symptômes graves de compression des organes avoisinants.

Nous revenons ici brièvement sur les motifs qui nous font considérer ces deux groupes de tumeurs comme provenant des fentes branchiales.

Déjà antérieurement nous avons cherché à ramener à l'évolution des quatre fentes branchiales l'existence de certaines fistules du cou. On doit considérer comme des restes de la première fente branchiale les fistules que l'on observe en avant du conduit auditif externe; les fistules plus rares qui viennent s'ouvrir au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, paraissent devoir être rattachées au développement de la seconde fente branchiale. Au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde, entre ce dernier et le sterno-cleido-mastoïdien, viennent déboucher les fistules appartenant à la troisième fente viscérale. Les kystes paraissent correspondre le plus souvent à la deuxième et à la troisième fentes viscérales, tandis que la plupart des fistules sont en rela-

tion avec la quatrième fente branchiale, et s'ouvrent à côté de la portion sternale du sterno-cleido-mastoïdien.

Le développement des kystes correspond à ce schéma, comme le prouvent les observations. Les tumeurs provenant de la deuxième fente viscérale sont situées au-dessous de l'angle de la mâchoire et sont souvent en rapport avec l'apophyse styloïde, qui se développe précisément dans cette fente branchiale; ce fait confirme bien notre assertion. De même on peut admettre qu'un kyste provient de la troisième fente branchiale en se basant sur son origine à la hauteur du cartilage thyroïde et sur son mode d'extension.

On se heurte cependant à certaines difficultés lorsqu'on veut interpréter de la même manière la formation des kystes athéromateux, tandis que les kystes séreux s'expliquent aisément par l'hypothèse qu'il s'agit de *kystes par rétention* de la muqueuse. Cependant une telle interprétation n'est pas dénuée de fondement, même pour les kystes de la première catégorie, car dès qu'il existe une paroi revêtue d'un épithélium, nous voyons le produit de sécrétion varier considérablement, et, même dans les kystes dermoïdes, on trouve assez souvent, en même temps que des poils, un liquide séreux. Nous serions donc disposé à admettre aussi dans ces cas la préexistence congénitale de vestiges des fentes branchiales comme point de départ de la tumeur. Cette hypothèse est, du reste, corroborée par une observation de SCHEDE concernant deux sœurs jumelles, dont l'une avait un kyste athéromateux, tandis que l'autre présentait au cou plusieurs fistules congénitales.

D'ailleurs des recherches anatomiques récentes sont venues établir d'une façon bien nette la relation des kystes en question avec les fistules congénitales du cou, et la nécessité de ramener les uns et les autres à des anomalies congénitales en rapport avec l'oblitération des fentes branchiales. REHN a constaté la présence d'un épithélium à cils vibratiles dans une fistule congénitale se terminant en cul-de-sac dans le voisinage de la muqueuse du pharynx, et NEUMANN a trouvé un épithélium cylindrique et un épithélium pavimenteux, passant sans limite précise de l'un à l'autre, dans deux tumeurs kystiques du cou, dont l'une était certainement congénitale, tandis que l'autre s'était développée plus tard dans le cours de la vie extra-utérine. La présence de l'épithélium à cils vibratiles ne peut guère s'expliquer que si l'on admet sa provenance de la partie supérieure de la fente branchiale ou de la voûte du pharynx; c'est ici du reste que viennent assez souvent s'ouvrir les fistules, lorsque toutefois elles ont un orifice interne. Cette partie supérieure du pharynx présente à l'état normal un épithélium à cils vibratiles tandis que la partie inférieure est tapissée d'un épithélium pavimenteux.

Pour terminer nous ajouterons que l'on a observé des cas, très rares il est vrai, de kystes dermoïdes situés sous la peau ou plus profondément, et contenant des poils, des dents, des os.

B. Kystes sanguins du cou. Hématocèle du cou (Michaux) Angiome caverneux simple du cou.

§ 48. — Nos connaissances relatives aux kystes sanguins du cou sont encore très restreintes; d'après le petit nombre d'observations que