

*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

nous possédons, nous pouvons cependant conclure avec certitude que des formes anatomiques très diverses constituent ce groupe de tumeurs.

Ces kystes se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins grandes, parfois si volumineuses qu'elles occupent tout un côté du cou; elles sont peu tendues, fluctuantes, et par la ponction on retire un liquide tantôt d'un rouge clair, tantôt d'un rouge sombre, sans que la tumeur diminue d'une façon notable. Dans une partie des cas il s'agit de poches formées aux dépens des vaisseaux; ainsi, dans une observation de VOLKMANN, la tumeur qui siégeait au-dessous du maxillaire et de la cavité buccale, et diminuait par compression, était en communication avec la jugulaire interne. Parfois la veine elle-même paraît s'être transformée en un kyste sanguin. Ainsi KOCH constata l'absence de la veine sous-clavière à l'autopsie d'un individu porteur d'un kyste congénital énorme; à la place de cette veine s'étaient développés trois kystes sanguins de dimensions colossales, qui communiquaient entre eux; l'auteur admet dans ce cas un arrêt de développement du vaisseau en question. Dans un autre cas cité par HUETER et guéri par l'extirpation, la veine jugulaire paraissait manquer et s'être transformée en une tumeur kystique.

Dans les deux faits que nous venons de mentionner, la paroi du kyste était assez richement pourvue de fibres élastiques, mais ne possédait pas d'endothélium, ce qui est bien compréhensible puisque la face interne présentait des couches plus ou moins épaisses de fibrine en partie organisée. Un certain nombre de trabécules et de saillies en forme de villosités, ramifiées et reliées entre elles, donnaient à la face interne du kyste une certaine ressemblance avec la face interne du cœur. L'intérieur du kyste était ainsi subdivisé en cavités plus petites (KOCHER, GUNTHER, HUETER).

On a expliqué de diverses manières le développement de ces kystes. Dans bien des cas il s'agit probablement d'une transformation de la veine, et peut-être d'ectasies partielles des parois, comme dans les varices proprement dites; dans d'autres cas on a admis des télangiectasies et de petites cavités remplies de sang, formant comme un tissu caverneux dans les parois mêmes de la veine; le kyste se serait alors développé peu à peu par dilatation de ces cavités et disparition des cloisons qui les séparent (PLENK, J. BELL). Il n'est pas prouvé qu'un kyste branchial en contact avec une veine puisse se remplir de sang par résorption de la paroi de séparation. Les diverses explications qu'on a données de la pathogénie des kystes sanguins manquent encore plus ou moins d'une preuve scientifique basée sur un nombre suffisant d'observations décrites exactement sous le rapport anatomique. *Au point de vue pratique il importe avant tout de distinguer les formes de kystes qui s'abouchent largement avec une grosse veine, de celles qui ne présentent qu'une voie de communication très étroite ou ne communiquent pas du tout*

*avec le système vasculaire.* Dans bien des cas on a réussi à poser le diagnostic en se basant sur la possibilité de vider le kyste par compression, et sur les mouvements qui lui sont communiqués par la respiration; une forte expiration, comme dans l'action de crier (KOCH), augmente la tension des parois de la tumeur.

La peau du cou est assez souvent le siège d'**angiomes simples**. On a aussi observé un certain nombre d'**angiomes caverneux**. Tout dernièrement encore j'ai observé une semblable tumeur, qui s'étendait depuis la parotide jusqu'à la fosse sus-claviculaire; en outre le pharynx et le palais mou présentaient des foyers isolés de ce même néoplasme. Lorsque le malade contractait énergiquement ses muscles expirateurs, la tumeur augmentait beaucoup de volume, et il survenait du vertige et une perte de connaissance passagère.

#### C. Kystes des bourses muqueuses ou hygroma de la région thyro-hyoïdienne.

D'après les recherches de VERNEUIL il existe dans le voisinage de l'os hyoïde trois bourses muqueuses (ou séreuses), qui peuvent être le point de départ d'un kyste.

1. La bourse muqueuse située sur la saillie du cartilage thyroïde (bourse muqueuse pré-thyroïdienne). Elle ferait souvent défaut.

2. Au-dessus de l'échancrure du cartilage thyroïde, et s'étendant jusqu'à l'os hyoïde, on trouve une bourse muqueuse large, simple, ou double et divisée par une cloison (bourse muqueuse infra-hyoïdienne ou thyro-hyoïdienne). Elle s'étend en haut jusque sur la face postérieure de l'os hyoïde.

3. La bourse muqueuse sus-hyoïdienne occupe au-dessus de l'os hyoïde, à la racine de la langue, l'espace situé entre les insertions postérieures des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses.

La **bourse muqueuse thyro-hyoïdienne** est celle qui paraît donner lieu le plus souvent à un hygroma; cependant on observe aussi assez souvent l'hygroma de la bourse préthyroïdienne. Rarement la tumeur dépasse le volume d'une noix. Elle est fluctuante lorsqu'elle n'est pas trop tendue, et ne cause habituellement aucun symptôme en dehors de ceux que peut déterminer la compression par les pièces du vêtement. En ce qui concerne le diagnostic, il arrive assez souvent que l'on hésite entre un hygroma et un kyste aberrant de la glande thyroïde. Habituellement, dans cette seconde alternative, le reste de la glande présente un certain degré de tuméfaction, mais on ne pourra arriver à une certitude complète que si l'on constate la présence de cellules épithéliales dans le contenu du kyste, car on ne doit pas s'attendre à en trouver dans l'hygroma d'une bourse muqueuse. — D'autres parties peuvent être aussi le point de départ de kystes dans cette région; telle est la glande sus-hyoïdienne (ZUCKERKANDL) qui a été trouvée dans environ 1/3 des cadavres examinés à ce point de vue. Cette petite glande est située sur la ligne médiane ou sur les parties latérales du corps de l'os hyoïde. Elle est histologiquement identique à la glande thyroïde, dont elle constitue peut-être une portion aberrante. Enfin nous devons encore mentionner les kystes pédiculés de la paroi postérieure de la trachée.