

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.

Au point de vue de l'étiologie on peut bien admettre que les traumatismes fréquents de cette région du cou jouent un certain rôle, comme c'est le cas pour les extrémités.

Pour terminer nous avons encore à parler des **kystes à échinocoques** du cou.

La plupart de ces tumeurs, dont le nombre est d'ailleurs assez restreint, siègent au-dessous du sterno-cleido-mastoïdien, et paraissent être en connexion intime avec la gaine des gros vaisseaux.

Le sterno-cleido-mastoïdien est soulevé par la tumeur qui se développe soit surtout vers le bord antérieur, soit principalement au niveau du bord postérieur de ce muscle. Le développement des kystes hydatiques externes se fait par poussées successives, et cette particularité est en relation avec le développement des échinocoques (BERGMANN). Après être restée longtemps stationnaire, la tumeur prend un développement assez rapide. L'inégalité de sa surface et sa transparence permettent de la distinguer de la plupart des autres tumeurs, et cependant le diagnostic restera souvent douteux à cause de la rareté de cette forme de kyste. L'examen du liquide retiré à l'aide du trocart ne donne pas toujours des renseignements suffisants. Cependant on pourra poser un diagnostic sûr si l'on trouve un liquide clair, sans albumine, et renfermant des crochets d'échinocoques; mais ces crochets ne se rencontrent pas très souvent, et d'autre part le liquide du kyste contient parfois des quantités plus ou moins grandes d'albumine.

Il est très important d'enlever de bonne heure les kystes à échinocoques par une opération, car ces tumeurs abandonnées longtemps à elles-mêmes entraînent des destructions graves des parties avec lesquelles elles sont en contact; elles ulcèrent les vaisseaux, déterminent la transformation des nerfs en tissu conjonctif, et finalement attaquent les os eux-mêmes et provoquent la résorption de portions des vertèbres, de la clavicule et des côtes. Aussi peut-on voir survenir à la suite de l'opération une hémorragie par des vaisseaux ulcérés, même en l'absence de toute infection (KOERTE).

L'opération consiste dans l'incision du sac, le drainage et l'application d'un pansement antiseptique. La paroi du kyste se détache ultérieurement grâce à un léger degré d'inflammation. En tout cas l'extirpation complète de l'enveloppe de tissu conjonctif et de la paroi propre du kyste doit être rejetée pour des motifs aisés à comprendre.

#### B. TUMEURS SOLIDES DU COU

§ 49. — Dans la grande majorité des cas ces tumeurs ont pour point de départ les nombreuses glandes lymphatiques du cou. La transition des formes purement inflammatoires aux véritables néoplasmes est si

insensible, que le diagnostic ne peut être parfois posé qu'avec plus ou moins de probabilité.

Nous voulons d'abord passer en revue les différentes tumeurs qui proviennent des glandes lymphatiques, et nous parlerons ensuite des formes plus rares de néoplasmes de la région du cou.

##### 1. Hyperplasie des glandes lymphatiques. Lymphome hyperplasique.

À la suite d'irritations ou de lésions traumatiques périphériques, de même que consécutivement à des inflammations de la peau ou de la muqueuse, on sait qu'il se développe assez souvent une tumeur, d'abord inflammatoire, des glandes lymphatiques correspondantes. Les vaisseaux lymphatiques transportent vers la glande l'agent inflammatoire, et une adénite en est la conséquence. C'est ainsi que nous voyons survenir au cou des hyperplasies inflammatoires, soit à la suite de causes externes bien constatées, soit en l'absence de pareilles causes. Le plus souvent cette hyperplasie tend à la résolution, soit spontanément, soit sous l'influence des médicaments, mais dans certains cas elle reste latente, et la glande peut encore augmenter peu à peu de volume jusqu'à un certain point et former une tumeur persistante. Ainsi se développe le **lymphome hyperplasique simple**.

Dans la région sous-maxillaire, dans la région située en avant et en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, et dans le creux sus-claviculaire, se développent des tumeurs mobiles, tantôt molles, tantôt dures. Dans les tumeurs molles c'est l'élément cellulaire qui prédomine, tandis que les tumeurs dures offrent en même temps un épaissement des cloisons et du tissu conjonctif réticulé.

Nous verrons qu'au point de vue histologique les limites de cette tumeur ne sont pas très nettement définies, qu'elle présente des formes de transition vers les tumeurs scrofuleuses et leucémiques dont nous allons nous occuper, et qu'enfin un certain nombre de ces lymphomes se rapprochent du lymphosarcome proprement dit. Le lymphome se distingue des tumeurs scrofuleuses par la persistance de ses cellules, par son peu de propension à la nécrose, et sa tendance, au contraire, à augmenter de volume.

La présence de grandes cellules et de cellules géantes à plusieurs noyaux crée quelquefois des difficultés de diagnostic extraordinaires, comme nous le verrons plus loin, lorsqu'on veut établir une distinction histologique entre ces tumeurs et les hyperplasies scrofuleuses ou tuberculeuses des glandes lymphatiques (*Voir* § 50).

##### 2. Hyperplasies scrofuleuses et tuberculeuses (lymphome scrofuleux) Tuberculose des glandes lymphatiques.

§ 50. — Deux conditions viennent modifier la manière dont se comporte une glande qui s'est tuméfiée sous l'influence d'une irritation inflammatoire.