

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 épaississement 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.