

moins éloignés de la masse principale. Tantôt une membrane fibro-celluleuse résistante englobe les parties constituantes de la tumeur; tantôt, et le plus souvent, les kystes sont simplement reliés entre eux par du tissu cellulaire lâche ou condensé.

Les kystes secondaires sont généralement très-nombreux; Lorain en a compté quatre-vingts ou cent dans une de ses observations; il y en avait

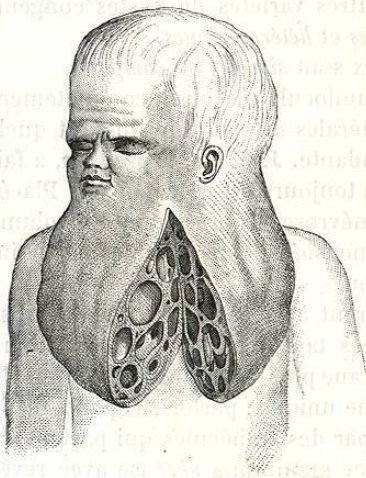


FIG. 3. — Kyste multiloculaire du cou.

plusieurs centaines dans un cas de Wernher. Leur volume est en raison inverse de leur nombre, et varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule. Quelquefois même on trouve, en certains points de la masse, une foule de petites indurations, grosses comme des têtes d'épingle, et qui représentent vraisemblablement de petits kystes incomplètement développés. Tantôt les kystes secondaires sont directement accolés les uns contre les autres, tantôt ils sont séparés par une substance celluleuse, parfois d'apparence sarcomateuse ou cérébriforme. La paroi de chaque kyste est formée de deux couches, l'une externe, celluleuse, mince, transparente ou fibreuse et plus ou moins épaisse et résistante; l'autre interne, séreuse, et pourvue d'un revêtement épithélial.

Les kystes composés sont susceptibles de présenter diverses modifications qui en altèrent notablement la structure. Ainsi plusieurs kystes voisins peuvent se réunir et se confondre en une poche unique plus ou moins anfractueuse, par suite de la rupture des parois contiguës. D'après Wernher, les parois kystiques pourraient subir les transformations cartilagineuse, osseuse, calcaire, ou seraient envahies par la dégénérescence colloïde ou sarcomateuse.

Le liquide contenu dans les kystes composés varie pour chaque kyste en particulier. C'est tantôt de la sérosité claire et limpide, jaunâtre, parfois verdâtre; tantôt un liquide sanguinolent, brunâtre, couleur chocolat. Cette coloration foncée semble être en rapport avec une transformation du sang dont l'épanchement remonterait, suivant Lorain, à l'époque de la naissance. Dans un cas de Giraldès (1), le liquide d'un kyste composé était albumineux, légèrement alcalin. Parfois au lieu d'un liquide, on trouve dans l'intérieur de ces kystes une matière rougeâtre, molle, pulpeuse, analogue à de la gelée de groseille, et renfermant des éléments altérés du sang. Nous verrons plus tard si la présence fréquente des élé-

(1) *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 43.

ments du sang dans les kystes congénitaux du cou ne pourrait pas s'expliquer par leur mode d'origine.

Il importe de signaler, en terminant, que les adhérences des kystes composés avec les parties avoisinantes ne paraissent pas très-solides. Les tissus sont plutôt écartés, comprimés par le développement de la masse morbide, et Lorain a signalé l'atrophie considérable des muscles du cou, dont quelques-uns étaient réduits à quelques fibres éparpillées à la surface de la tumeur.

2° *Kystes dermoïdes et hétérotopiques (kystes branchiaux)*. Outre les kystes séreux, simples ou composés, dont il vient d'être question, nous devons encore mentionner certains kystes congénitaux du cou qui peuvent être rangés parmi les kystes *dermoïdes* ou les kystes *hétérotopiques*.

On trouve, en effet, à la région cervicale des tumeurs kystiques congénitales contenant au lieu de sérosité une substance athéromateuse ou mélicérique, analogue à la matière sébacée; quelques-uns même renferment des poils. Ces tumeurs, généralement placées à la région sternomastoïdienne, se prolongent dans la profondeur, parfois même jusqu'à la colonne vertébrale, et présentent des adhérences plus ou moins solides avec les parties voisines. Le kyste, généralement uniloculaire, est revêtu à sa surface interne d'un épithélium pavimenteux stratifié. La paroi est constituée par un tissu fibrillaire fin, disposé en couches concentriques assez épaisses. Les vaisseaux y sont peu abondants.

Cette variété de kystes congénitaux, que l'on désigne sous le nom d'*athéromes profonds du cou*, répond à la classe des kystes dermoïdes. Nous verrons bientôt, en discutant leur pathogénie, qu'il serait possible d'en faire une classe particulière de kystes congénitaux du cou, à laquelle on donnerait le nom de *kystes branchiaux* pour rappeler leur origine.

Dans d'autres cas, on signale la présence au milieu de kystes composés de masses cartilagineuses ou osseuses, dont la nature a été constatée par le microscope. On aurait donc affaire à des *kystes hétérotopiques*, dont l'existence à la région cervicale ne peut être niée, car Wurzer (1) a rencontré plusieurs kystes renfermant des os irréguliers et un assez grand nombre de dents.

SYMPTOMATOLOGIE. — 1° *Kystes séreux*. — *Kystes séreux simples*. — De volume variable, saillants et bien limités quand ils sont de petites dimensions, les kystes congénitaux simples s'étalent quand ils sont très-volumineux. Recouverts par une peau normale, sans adhérences solides avec les parties profondes, ils se présentent sous forme d'une tumeur molle, élastique, fluctuante. La transparence est difficile à constater.

Les kystes simples ne s'accompagnent pas d'autres vices de conformation, et ne paraissent exercer aucune influence fâcheuse, soit directe, soit indirecte, sur la santé générale des enfants. Peu volumineux au mo-

(1) Cité par Virlet. *Thèse citée*.

ment de la naissance, ils ne tardent pas à s'accroître rapidement et peuvent envahir toute une moitié latérale du cou.

Kystes composés. — Ces kystes, généralement plus volumineux que les précédents, occupent toute une face antéro-latérale ou toute la région antérieure du cou.

Les kystes unilatéraux se trouvent indifféremment à droite ou à gauche; ils s'arrêtent en dedans à la ligne médiane, en dehors au bord du sternomastoidien. Leur limite supérieure est le bord de la mâchoire; cependant la tumeur dépasse quelquefois cette limite et envahit la joue. On l'a même vue se prolonger jusqu'à l'oreille et à la ligne courbe occipitale inférieure. En bas, les kystes unilatéraux franchissent souvent la clavicle et peuvent descendre jusqu'au niveau du mamelon, recouvrant en dehors une partie du moignon de l'épaule et en dedans la moitié correspondante du sternum.

Les kystes situés sur la face antérieure du cou, généralement plus volumineux que les précédents, peuvent acquérir des dimensions énormes; parfois supérieures à celles de la tête même du fœtus. La tumeur pend au-dessous de la mâchoire, dont elle suit exactement la courbure, pour descendre jusqu'à la fourchette du sternum ou même jusqu'au milieu de la hauteur de cet os. Latéralement elle est limitée par les muscles sternomastoidiens, qu'elle semble ne jamais franchir. Dans la plupart des cas, la tumeur fait une saillie plus considérable à droite ou à gauche, sans qu'il paraisse exister de prédilection pour un côté plutôt que pour un autre.

Les kystes composés, qu'ils siègent latéralement ou sur la face antérieure, font sous le plancher de la bouche une saillie variable qui refoule

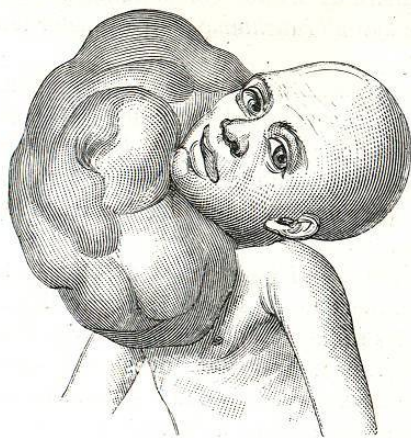


FIG. 4. — Énorme kyste congénital du cou (Adelman).

la base de la langue. Cette portion sublinguale de la tumeur, plus ou moins volumineuse, d'aspect blanc bleuâtre, presque transparente, est molle et fluctuante. Dans certains cas la fluctuation peut se transmettre à la portion cervicale.

Celle-ci est recouverte par une peau saine, mobile, quelquefois parcourue par des veines un peu dilatées, mais presque toujours doublée d'une couche de tissu cellulo-graisseux assez épaisse et qui gêne l'exploration de la tumeur. Par la palpation, on constate l'existence d'une masse de consistance très-iné-

gale, molle et fluctuante dans certains points, résistante et presque solide, en d'autres points, donnant ailleurs la sensation de parties très-

dures, cartilagineuses et même osseuses. Il est souvent possible de reconnaître plusieurs masses distinctes, inégales, bosselées, séparées par des sillons plus ou moins profonds. On a noté plusieurs fois que ces tumeurs se tendent et se gonflent pendant les efforts ou les cris.

Les kystes composés du cou n'exercent souvent aucune influence fâcheuse sur les fonctions de la vie. Cependant, il est remarquable qu'ils s'observent fréquemment chez des enfants nés avant terme, et que, plus souvent que les kystes simples, ils s'accompagnent d'autres vices de conformation. De plus il faut signaler, dans certains cas, l'apparition de troubles fonctionnels plus ou moins graves, qui, d'après Wernher, se montreraient surtout lorsque les kystes sont situés en arrière des aponévroses superficielles du cou. On observe, en effet, des accès de suffocation ou des signes d'asphyxie lente qui semblent dus surtout au refoulement de la base de la langue et de l'épiglotte. On a également signalé la gêne de la déglutition due à la même cause. Enfin Wernher a attribué à la compression des nerfs pneumogastriques les vomissements qui ont été notés dans quelques observations.

Quoique restant parfois stationnaires, les kystes composés tendent généralement à s'accroître. Wernher a fait connaître un mode de guérison spontanée de ces tumeurs, dont les différents lobes deviennent de plus en plus saillants, s'ouvrent et se vident par un orifice étroit et finissent par s'affaisser, laissant à leur place une cicatrice bleuâtre, déprimée, sillonnée de plis cutanés. Dans quelques cas, les enfants ne pouvant faire les frais de cette guérison s'affaiblissent et finissent par mourir d'épuisement. Le travail de guérison pourrait même commencer dans l'utérus, et à la naissance la tumeur se présenterait couverte de cicatrices.

2° *Kystes dermoïdes (kystes branchiaux).* — Généralement situés dans la région latérale du cou, les athéromes profonds se présentent sous forme d'une tumeur indolente, molle, fluctuante, recouverte d'une peau saine et qui glisse au-devant d'elle, peu mobile sur les parties profondes.

Ces tumeurs sont susceptibles de s'enflammer et de s'ouvrir spontanément, ainsi que Max Schede en rapporte un exemple; mais la tumeur ne tarde pas à se reproduire.

Le diagnostic de ces sortes de kystes offre souvent de sérieuses difficultés, et la tumeur peut être confondue avec un abcès ganglionnaire, ou avec un simple kyste séreux. A la région sus-hyoïdienne ces kystes ont été souvent pris pour des grenouillettes.

Nous signalerons enfin, parmi les kystes de cette catégorie, une variété particulière qui ne se rencontre que sur la partie antérieure du cou, et dont l'origine branchiale nous paraît incontestable. Ils ont été désignés sous le nom de *kystes canaliculés*, qui indique qu'ils sont formés de deux parties distinctes: 1° d'une véritable poche kystique; 2° d'un prolongement canaliculé dont la cavité communique avec la première, et qui se porte dans la profondeur du cou. (Voy. *Maladies de la région sous-hyoïdienne.*)

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — On ne sait absolument rien sur les causes qui favorisent ou déterminent le développement des kystes congénitaux du cou. L'hérédité, dont l'influence se fait sentir dans un certain nombre d'affections congénitales, ne paraît jouer ici aucun rôle.

On est également très-incertain sur le point de départ anatomique de ces kystes. Assimilant les kystes simples ou uniloculaires aux tumeurs de même nature que l'on voit se développer après la naissance, la plupart des auteurs tendent à leur assigner la même origine et à admettre qu'ils naissent les uns et les autres, soit dans le tissu cellulaire, soit dans une bourse séreuse, soit même dans un ganglion lymphatique.

On conçoit plus difficilement qu'il puisse en être de même pour les kystes composés qui diffèrent notablement par leur structure complexe, par leur siège et leur volume, des tumeurs kystiques que l'on observe après la naissance.

Quelques auteurs, se fondant sur l'analogie de certains kystes congénitaux composés du cou avec la grenouillette, sur leur saillie à la base de la langue, ont pensé que ces kystes se développaient d'abord aux dépens des glandes salivaires, et gagnaient ensuite les parties antéro-latérales du cou. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que rien ne justifie et qui ne pourrait rendre compte du développement des kystes de la région postérieure.

D'autres auteurs ont supposé que les kystes congénitaux composés ont pour point de départ des dilatations vasculaires qui s'isoleraient plus tard, sous la forme de kystes, des vaisseaux qui leur ont donné naissance.

Cette opinion est basée sur un fait de Coote, rapporté par Lawrence (1), et dans lequel on trouva une partie d'une tumeur polykystique du cou constituée par des vaisseaux dilatés et flexueux. Un examen attentif permit de constater qu'il s'agissait d'une tumeur érectile transformée en kyste. On peut donc admettre ce mode de développement pour un certain nombre de kystes composés, et l'on s'expliquerait ainsi la présence fréquente dans leur intérieur de sang plus ou moins altéré.

Plus récemment, on a voulu placer le point de départ des kystes congénitaux composés du cou dans un organe glanduleux, situé au niveau de la carotide primitive et que Luschka et Arnold considèrent comme analogue à la glande coccygienne.

On verra, en effet, qu'il se développe à la région sacro-coccygienne des kystes congénitaux composés, tout à fait comparables aux kystes composés du cou, et dont on a cherché à rattacher l'origine à l'altération morbide de la glande coccygienne. L'existence d'une glande inter-carotidienne, analogue à la glande coccygienne, permettrait ainsi de comprendre la similitude qui existe entre les kystes congénitaux du cou et ceux de la région sacro-coccygienne. Nous n'oserions, cependant,

(1) *On cystic Tumours (Med. Times, 30 nov. 1850).*

nous prononcer définitivement sur ce point, et adopter sans réserve l'opinion précédente.

D'ailleurs, il est une classe de kystes congénitaux du cou dont la pathogénie ne pourrait s'accorder avec aucune des hypothèses précédentes, je veux parler de ces kystes qui contiennent de la matière sébacée, des poils, des fragments de cartilage, d'os et même des dents, et qui se rapprochent par leur composition des *kystes dermoïdes* et des *kystes fœtaux* ou *par inclusion*.

Pour quelques-uns de ces kystes, on peut invoquer une origine spéciale, en rapport avec le mode de développement du cou. Ces kystes, que l'on pourrait appeler *kystes branchiaux*, se formeraient au niveau d'une fente branchiale imparfaitement oblitérée et ayant laissé persister une cavité close, ou, selon l'opinion du professeur Verneuil, ayant emprisonné en s'oblitérant un petit sac cutané.

Je suis très-disposé à adopter cette théorie, seule admissible dans les cas rares de *kystes canaliculés* dont j'ai déjà parlé (p. 39 et 57), et qui peut en outre expliquer l'origine des *kystes dermoïdes* congénitaux renfermant de la matière sébacée, des poils et même des fragments cartilagineux et osseux; mais elle ne peut rendre compte du développement des kystes qui contiennent des dents et qui appartiennent véritablement aux prétendus *kystes fœtaux* ou *par inclusion*.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la théorie des kystes par inclusion. Nous dirons seulement que cette théorie, battue en brèche par Lebert, est aujourd'hui abandonnée depuis les expériences de Valentin qui ont démontré qu'une perversion dans la répartition des cellules du blastoderme suffit pour que certains organes se développent anormalement dans des régions insolites, par suite d'une véritable *hétérotopie embryonnaire*. D'où le nom de kystes *hétérotopiques* donné à ces sortes de kystes.

TRAITEMENT. Un premier fait ressort de l'étude des observations, c'est que l'on doit proscrire toute intervention chirurgicale active dans les premiers moments qui suivent la naissance. En effet, ou bien le kyste n'entrave en aucune façon le jeu régulier des fonctions, et une opération chirurgicale aurait chance d'entraîner à sa suite des accidents graves et presque fatalement mortels; ou bien le kyste détermine des troubles fonctionnels plus ou moins sérieux, et, dans ce cas, l'anatomie pathologique nous apprend qu'il s'agit de kystes composés, se prolongeant dans la profondeur du cou, entourant la trachée et l'œsophage, en un mot, présentant des conditions telles que leur ablation serait impossible ou nécessiterait au moins des délabrements considérables.

D'une manière générale, nous dirons donc que la cure chirurgicale des kystes congénitaux du cou doit être réservée pour une époque où l'enfant est suffisamment fort et développé pour offrir quelque résistance.

On pourrait employer à titre d'essai la compression faite avec le collodion, ou la révulsion à l'aide de badigeonnages avec la teinture d'iode.

Debout (1), qui a préconisé ce moyen, ne cite cependant aucun exemple de guérison.

Le séton, le drainage, l'ouverture large, en un mot tous les moyens thérapeutiques qui ont pour but de faire suppurer le kyste, exposent à des dangers et ne peuvent être conseillés d'une manière générale.

La ponction suivie d'injection iodée, surtout dans les kystes simples, semble avoir donné de bons résultats; cependant ce procédé n'est pas exempt de danger, et dans un fait rapporté par Sédillot son emploi a été suivi de complications graves qui ont mis en danger les jours du malade.

On pourrait, avant d'en venir à ce moyen, essayer de ponctions successives, à l'aide d'un trocart capillaire et en faisant usage d'un appareil aspirateur. Ce moyen serait même applicable à quelques kystes composés, à la condition de ponctionner successivement les diverses poches.

Mais, dans un grand nombre de cas, en raison de la multiplicité des kystes secondaires, de l'épaisseur des parois, ou de la présence de corps solides, il sera nécessaire de pratiquer l'ablation de la tumeur, soit d'un seul coup, soit, comme on l'a fait avec succès, en plusieurs séances. L'ablation complète de la tumeur est encore le seul mode de traitement applicable aux kystes athéromateux.

b. Kystes non congénitaux.

Indépendamment des kystes qui prennent naissance dans la glande thyroïde et qui seront l'objet d'une étude spéciale lorsque nous décrirons les maladies de cet organe, on rencontre au cou d'autres variétés de kystes non congénitaux qui ont pour point de départ tantôt les organes glanduleux, tantôt les bourses séreuses, tantôt enfin le tissu cellulaire de la région.

Parmi les kystes d'origine glandulaire, il faut citer d'abord ceux qui naissent dans les glandes salivaires et qu'on ne rencontre que dans certaines régions spéciales du cou; ces kystes seront décrits avec les tumeurs des régions parotidienne et sous-maxillaire.

A cette classe appartiennent encore les kystes formés aux dépens des glandes de la peau (kystes sébacés et sudoripares), et qui ne présentent à la région cervicale aucune particularité digne d'être notée.

Nous devons enfin mentionner, parmi les kystes d'origine glandulaire, ceux qui prennent naissance dans les ganglions lymphatiques.

L'existence de cette variété de kystes non congénitaux, indiquée pour la première fois par A. Richard (2), a été l'objet de contestation. Dans

(1) Bull. génér. de thérap., 1856, t. LI.

(2) Note sur la dissection d'une hydrocèle du cou (Mém. de la Soc. de chir., t. III p. 38)

une note lue à la Société de biologie, Muron (1) a rapporté l'observation d'un kyste de la région sus-claviculaire, à contenu séro-sanguin, dont l'origine ganglionnaire ne saurait être mise en doute. La paroi était en effet constituée par le tissu des ganglions, qui n'avait subi d'autre modification qu'une sorte de condensation des éléments du tissu connectif. Il n'y avait aucun point de dégénérescence muqueuse ou colloïde.

Si donc on ne peut nier l'origine ganglionnaire de certains kystes du cou, nous pensons que cette origine doit être assez rare et que, dans tous les cas, de nouvelles recherches seraient nécessaires pour élucider la question relative au mode de formation de ces kystes.

Les *hygromas* du cou, c'est-à-dire les collections formées dans les bourses séreuses, affectent pour siège la ligne médiane, au niveau du cartilage thyroïde et de la membrane thyro-hyoïdienne; ils seront décrits avec les tumeurs de la région sous-hyoïdienne.

Enfin un grand nombre de kystes du cou, n'ayant aucun rapport avec les organes glanduleux ou les bourses séreuses, paraissent se développer dans les espaces cellulaires de la région et constituent les kystes séreux du tissu cellulaire.

Relativement à leur structure et à la nature des produits qu'ils contiennent, on peut distinguer les kystes du cou en kystes *sébacés*, *séreux* et *hydatiques*.

Les *kystes sébacés* se présentent ici avec leurs caractères anatomiques et cliniques et ne méritent pas une description spéciale.

Il en est de même des *kystes hydatiques*, d'ailleurs assez rares, plus fréquents à la partie postérieure qu'à la partie antérieure et qui peuvent acquérir parfois un volume considérable.

Quant aux *kystes séreux*, il est difficile dans l'état actuel de la science d'en donner une description complète, en raison de la confusion qui règne encore entre les kystes congénitaux et non congénitaux, confusion qui se montre surtout pour les kystes séreux d'origine non glandulaire. Relativement à ces derniers, on peut se demander s'il existe des kystes multiloculaires non congénitaux, ou si toutes les tumeurs polykystiques du cou ne sont pas d'origine congénitale. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour compléter l'étude anatomique des kystes séreux du cou non congénitaux.

Ceux-ci sont le plus souvent, sinon toujours, uniloculaires; leurs parois, plus ou moins épaisses, sont doublées à leur surface interne d'une membrane épithéliale, quelquefois altérée et recouverte de fausses membranes.

La quantité du liquide contenu varie selon le volume du kyste qui peut atteindre des dimensions considérables. Ce liquide est tantôt limpide et transparent, tantôt légèrement citrin ou verdâtre et mélangé de cristaux de cholestérine; tantôt enfin d'une couleur plus foncée, bru-

(1) Comptes rendus de la Société de biologie, 5^e série, t. II, p. 149,

nâtre, comparable à du café ou du chocolat. Cette dernière coloration tient à la présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang; dans quelques cas même, le contenu des kystes du cou est constitué par du sang presque pur; d'où le nom d'*hématocèle* qu'on a donné à ces tumeurs. Mais il s'agit évidemment dans tous ces cas d'épanchements sanguins survenus dans l'intérieur de kystes préexistants.

Les *kystes séreux* du cou se font remarquer par la lenteur de leur développement, par l'absence de douleurs, et par les autres signes propres aux kystes séreux, en général; telles sont : la rénitence, la fluctuation, la transparence.

Lorsqu'ils sont très-volumineux, ils peuvent déterminer quelques douleurs ou donner lieu à des symptômes de compression variables suivant leur siège (troubles de la déglutition, de la respiration, etc.).

Leur pronostic doit être réservé surtout en raison des accidents qui peuvent suivre les tentatives de traitement. Quoique ces accidents soient surtout à craindre, comme nous le verrons, lorsqu'il s'agit des kystes du corps thyroïde, on doit être prévenu que certains kystes du cou, indépendants de cette glande, peuvent donner lieu à des hémorragies abondantes ou à des complications inflammatoires graves.

La ponction simple ou suivie d'injection iodée constitue le meilleur traitement à opposer aux kystes séreux du cou. On ne devra avoir recours à l'incision, à l'excision ou à l'extirpation, que dans les cas où la tumeur aurait résisté aux moyens précédents.

C. Tumeurs diverses.

a. Lipomes. — Assez fréquents à la région de la nuque, ils sont, au contraire, rares à la partie antéro-latérale du cou. Nous signalerons cependant l'existence de lipomes profonds dont le diagnostic peut offrir des difficultés et dont l'ablation exige parfois une opération sérieuse. Michaux (de Louvain) (1) a communiqué à la Société de chirurgie une observation de lipome volumineux, étendu de l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de la clavicule, et s'engageant profondément entre la carotide et la jugulaire interne. Nélaton (2) a également opéré une jeune fille de vingt et un ans qui portait sur le côté du cou un énorme lipome, du volume d'une tête d'adulte. Quoique les vaisseaux et nerfs importants de la région aient été dénudés dans l'opération, la guérison se fit rapidement. Cependant, il ne faudrait pas croire que tous les lipomes volumineux du cou sont profonds, car Burgess (3) rapporte l'observation d'un énorme lipome des parties latérales du cou, atteignant le poids de vingt-neuf livres, chez une femme de quatre-vingt-quatorze ans. On n'osa pra-

(1) *Soc. de chir.*, t. III, p. 563.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1859.

(3) *Transact. of the pathol. Soc. o London*, 1860, t. XI, p. 256.

tiquer l'opération, mais après la mort de la malade on put s'assurer que la tumeur ne présentait aucune connexion avec les parties profondes, et était entièrement formée aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané.

b. Névromes. — Sans parler du *névrome cutané plexiforme* qui se montre surtout à la région cervicale, mais qui a été décrit dans une autre partie de cet ouvrage (voy. t. II, p. 219), la plupart des observations de névromes du cou se rapportent à des cas de *névromes multiples*, affectant à la fois un grand nombre de nerfs et sur lesquels Houel et Lebert (1) ont attiré l'attention. Ces faits rentrent donc dans l'histoire générale du névrome.

Quant aux névromes isolés, siégeant sur une branche ou un tronc nerveux de la région cervicale, ils paraissent extrêmement rares. Dehler et Forster (2) ont rapporté l'observation d'une femme de cinquante-six ans, portant sur la partie latérale du cou, depuis l'âge de quarante ans, une tumeur du volume d'un œuf de poule, ovale, lisse, mobile, élastique, très-douloureuse au toucher. C'était un névrome développé sur les nerfs rachidiens et se prolongeant entre l'atlas et l'axis. La malade éprouvait dans certains mouvements des syncopes et tombait à terre.

Sibley (3) a également observé et extirpé chez une femme de quarante ans deux névromes situés sur le cinquième et le sixième nerf cervical.

D'autre part, Lebert (4) cite un cas de névrome fibreux développé aux dépens du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, observé par Schoenlin sur une jeune fille de vingt ans, ayant présenté un ensemble de phénomènes singuliers : douleurs, fourmillement, puis paralysie des quatre membres, vive oppression, palpitations. On s'aperçut bientôt de la présence sur le côté droit du cou d'une tumeur placée sous le muscle sterno-mastoïdien, ovoïde, mobile, douloureuse au toucher. La malade mourut à la suite d'accès de suffocation, et l'on trouva à l'autopsie, en même temps qu'un fibrome du ganglion cervical supérieur, une hypertrophie des nerfs crâniens et rachidiens s'anastomosant avec ce ganglion, ainsi que des tumeurs fibreuses dans la cavité de la colonne vertébrale.

c. Fibromes. — Enchondromes. — Exostoses. — Laissant de côté les fibromes, les enchondromes et les exostoses de certaines régions limitées (régions parotidienne, sous-maxillaire), on peut dire que ces tumeurs présentent presque toujours des connexions avec la colonne vertébrale. Ce sont des tumeurs à développement lent, occupant les parties latérales du cou, soulevant les muscles, comprimant les vaisseaux et les nerfs. Mai-

(1) *Mém. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 249 et 267.

(2) Langenbeck, *Archives de chir.*, t. III, p. 284.

(3) *Patholog. Transactions*, t. VIII, p. 2.

(4) *Physiologie pathol.*, t. II, p. 179.

sonneuve (1), Huguier et Richard (2), Lebert (3), ont rapporté des exemples de fibromes du cou.

Trélat (4) rapporte également une belle observation d'*enchondrome* des parties latérales de la colonne cervicale à développement très-rapide. La tumeur, qui soulevait le trapèze et le sterno-mastoïdien, s'étendait de la région parotidienne à la clavicule en confinant à la plèvre d'une part, et d'autre part de la ligne des apophyses transverses au pharynx. La plupart des organes importants du cou étaient déplacés ou comprimés. Les vaisseaux et nerfs du membre supérieur subissaient surtout les effets de cette compression. L'extirpation, quoique faite avec l'habileté bien connue de l'opérateur, fut suivie de pleurésie purulente avec fusées du côté du médiastin, et la mort survint rapidement à la suite d'une hématomérose, dont la cause se lie peut-être à la blessure du grand sympathique, rendue évidente par d'autres signes du côté de la pupille.

Enfin Holmes Coote (5) a observé chez une jeune fille de vingt-six ans une exostose située sur le côté gauche du cou, déterminant des douleurs dans les branches du plexus brachial, avec refroidissement et diminution de la sensibilité du bras, et disparition des battements dans les artères humérale, radiale et cubitale. L'extirpation montra qu'il s'agissait d'une exostose tenant à la fois à l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale et à la première côte. La guérison fut rapide; les douleurs cessèrent, mais les battements artériels ne reparurent pas

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU COU

1° Torticolis.

On désigne sous ce nom une difformité congénitale ou accidentelle, caractérisée par l'inclinaison vicieuse de la tête s'accompagnant presque toujours d'un certain degré de torsion du cou.

Les causes multiples du torticolis résident soit dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les muscles, soit dans les os, soit enfin dans les articulations; d'où la distinction du torticolis en *cutané*, *musculaire*, *osseux* et *articulaire*. Nous nous occuperons seulement ici du torticolis de cause musculaire, car les déviations de la tête résultant de lé-

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1854, p. 62.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1862, p. 531.

(3) *Physiologie pathol.*, t. II, p. 170-173.

(4) *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 254.

(5) *Med. Times and Gazette*, 1861, t. II, p. 108.

sions osseuses ou articulaires, ont été déjà étudiées à l'occasion des maladies de la colonne vertébrale, et nous décrirons plus loin les cicatrices vicieuses du cou qui répondent au torticolis cutané.

MAUCHART, *Dissert. sistens caput obstipum*. Tubing., 1737. — J. GUÉRIN, *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 209). — L. FLEURY, *Mémoire sur un cas de torticolis* (*Arch. gén. de méd.*, 1838, 3^e série, t. II, p. 78). — DIEFFENBACH, *Mémoire sur la section du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis* (*l'Expérience* 1838, t. II, p. 273). — DEPAUL, *Du torticolis*, thèse de concours. Paris, 1844. — BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858, p. 85 et suiv. — MALGAIGNE, *Leçons d'orthopédie*. Paris, 1862, p. 291. — COUILLARD-LABONNOTE, *Du torticolis*. Thèse de Paris, 1869.

La plupart des auteurs admettent avec Fleury que le torticolis musculaire se produit dans deux conditions opposées entraînant la rupture de l'équilibre qui doit exister normalement entre les puissances musculaires placées de chaque côté du cou. Tantôt, en effet, l'une des puissances étant diminuée, celle du côté opposé devient prédominante; tel est le cas de la paralysie de l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens; tantôt l'une des puissances est augmentée, tandis que l'autre reste normale, c'est ce que l'on observe dans le cas de contracture, de spasme, de rétraction de l'un des muscles sterno-mastoïdiens.

Le *torticolis par paralysie* est loin d'être démontré et a été plutôt admis théoriquement et par analogie avec ce qui se passe pour le pied bot. Nous décrirons donc seulement le *torticolis spasmodique*, ou *par contracture* et le *torticolis par rétraction*.

ÉTILOGIE. — Les causes du torticolis musculaire sont nombreuses et variées. Les unes agissent directement sur le muscle; tels sont les traumatismes, les lésions inflammatoires, le rhumatisme, les attitudes vicieuses d'abord volontaires et qui finissent par persister en dehors de la volonté. D'autres causes agissent indirectement et par l'intermédiaire du système nerveux: les affections inflammatoires du cerveau et de la moelle, les tumeurs encéphaliques, peuvent déterminer des contractures des muscles du cou. Mais c'est surtout à la suite des névroses convulsives (éclampsie, chorée, hystérie) que l'on voit se développer le torticolis.

Relativement au *torticolis congénital*, on possède des données très-incertaines sur ses véritables causes. Il peut survenir au moment de la naissance et être dû à une déchirure du sterno-mastoïdien produite par une application maladroite du forceps, comme Stromeyer en a rapporté un exemple. Dans d'autres cas, il paraît être antérieur à la naissance et s'être développé dans le cours de la vie intra-utérine. On est alors réduit à invoquer diverses hypothèses, telles que la position vicieuse du fœtus dans la matrice, les convulsions intra-utérines, les maladies des centres nerveux entraînant des contractures ou des paralysies. Bouvier a décrit