

Bibliothèque numérique

medic@

Voillemier, L.. - Des kystes du cou

1851.

***Paris : Chez Victor Masson,
libraire***

Cote : 90974

H.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DES KYSTES DU COU.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE EN MARS 1851,

PAR

L. VOILLEMIER,

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

PARIS,

CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

1851

0 1 2 3 4 5 (cm)



11

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

DES KYSTES DU COU.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE EN MARS 1871

PAR

A. VOILLEMEN

DOCTEUR EN MÉDECINE, ÉLÈVE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARIS,

CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE,

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1871



KYSTES DU COU.

Certaines maladies sont propres aux organes qu'elles affectent; d'autres se rencontrent dans des parties très-diverses du corps, mais toujours elles empruntent à la région dans laquelle elles se développent un caractère particulier. Telles sont les tumeurs que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse. Sans doute les kystes du cou ont plus d'un point de leur histoire qui rentre dans celle des kystes considérés en général, mais ils ont encore une physionomie toute spéciale dans leurs causes, leur développement, les troubles fonctionnels qu'ils déterminent et le traitement qu'ils exigent.

Les kystes du cou étaient connus des anciens. La manière dont Celse s'exprime ne peut laisser aucun doute à cet égard. « Dans la région du cou, dit-il, il se développe quelquefois une tumeur que les Grecs appellent bronchocèle, et qui renferme tantôt une humeur semblable à de l'eau ou du miel et parfois même des poils mêlés à de petits os. Cette matière, quelle qu'elle soit, est toujours contenue dans un kyste. » Cependant

si l'on retrouve dans presque tous les écrits des chirurgiens des descriptions de loupes et de tumeurs goitreuses, on n'y mentionne pas d'une manière spéciale les kystes séreux. Bien que l'on trouve éparses quelques observations de véritables kystes, elles avaient passé presque inaperçues, à ce point que M. Maunoir, en publiant son mémoire sur les kystes du cou, semblait parler d'une maladie toute nouvelle.

Quelques-uns des kystes du cou étaient connus sous le nom de loupes; les autres, appartenant plus spécialement à la partie antérieure du cou, ont été confondus sous les diverses dénominations données aux tumeurs qu'on regardait comme appartenant à la glande thyroïde. Elles ont été désignées sous les noms de bronchocèles, bronchocèles aqueux, hydrocèles du cou, hydrobronchocèles, tumeurs enkystées, hygroma cellulaire, goîtres séreux cellulaires ou thyroïdiens, goîtres cystiques, tumeurs cystiques, etc., etc. Nous laisserons de côté cette synonymie pour adopter l'expression plus générale et plus juste qui nous a été donnée pour sujet de cette thèse. Les kystes du cou ne diffèrent pas tant de ceux qu'on rencontre partout ailleurs, pour qu'on en fasse une espèce à part, méritant un nom particulier. Nous choisissons également, pour nous servir de cadre, la division des kystes qui nous a paru la plus simple et en même temps la plus large : c'est celle qui a été adoptée par MM. Bérard et Denonvilliers. Nous décrirons donc deux espèces de kystes seulement : 1° les kystes séreux; 2° les kystes dermoïdes.

KYSTES SÉREUX.

Les kystes séreux ont été souvent observés au cou. Cette fréquence nous semble suffisamment expliquée par le nombre et surtout par la disposition des organes qui composent cette région. En arrière, le cou est formé par une colonne osseuse de disques mobiles, enveloppés de toutes parts par des muscles puissants. Ces muscles, sur les parties latérales, sont réunis en une couche épaisse qui va s'élargissant à mesure qu'elle se rapproche du thorax, de manière à former une sorte de plancher contre lequel sont suspendus les organes; en avant, les scalènes et sterno-mastoïdiens, assez rapprochés supérieurement, s'écartent pour aller prendre leurs attaches inférieures sur la partie antérieure du cercle osseux qui termine en haut la cavité thoracique, et laissent entre eux de larges interstices. Tous ces muscles sont reliés par de larges aponeuroses qui, après avoir enveloppé tout le cou, envoient dans son épaisseur des prolongements qui constituent une sorte de charpente fibreuse, et des loges nombreuses pour les différents organes. Au devant de la colonne cervicale sont suspendues les parties supérieures des organes de la respiration et du tube digestif; sur leurs côtés et abrités derrière le pied des sterno-mastoïdiens et scalènes antérieurs, se trouvent les gros troncs artériels et veineux d'où partent les nombreux vaisseaux qui vont se distribuer à la tête, aux membres supérieurs et à une partie du tronc; partout autour de ces soutiens vasculaires rampent des vaisseaux lymphatiques et sont appendus des

ganglions; à la base de la mâchoire s'étend un long collier de glandes à conduits étroits; en devant du larynx s'étale un organe à fonctions inconnues, dont la structure se rapproche de celle des glandes, et partout existe autour de ces organes une atmosphère celluleuse incessamment lubrifiée par une vapeur humide. Ajoutons à cela les mouvements nombreux, les pressions quelquefois considérables auxquels les parties sont soumises, et il nous sera facile de comprendre la fréquence des kystes du cou en voyant pour ainsi dire réunies dans cette région toutes les conditions favorables à leur développement.

Aussi a-t-on rencontré des kystes séreux dans presque tous les points de la moitié antérieure du cou; mais rien n'est plus difficile que de déterminer d'une manière précise la place anatomique qu'ils occupent, le tissu dans lequel a commencé leur développement. Quelques chirurgiens voulant établir une division des kystes du cou sur le petit nombre de cas qu'ils avaient observés, se sont singulièrement mépris: les uns plaçaient exclusivement les kystes dans le tissu de la thyroïde, les autres prétendaient qu'étrangers à la thyroïde ils se développaient dans le tissu cellulaire qui enveloppe cette glande. Cependant on avait trouvé des kystes trop éloignés de la glande thyroïde pour supposer qu'ils pussent lui appartenir, et MM. Fleury et Marchessaux, dans l'excellent mémoire qu'ils ont publié en 1839 (*Archiv. génér. de médecine*), admirent deux classes de kystes du cou: 1° *tumeurs se développant dans le tissu même de la glande thyroïde*; 2° *tumeurs se développant dans quelque point que ce soit des éléments cellulaires du cou*. Dans cette classification

on reconnaît que des kystes peuvent se développer en dehors et loin de la glande thyroïde, mais on n'indique point leur siège.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la formation des kystes, on ne saurait mettre en doute qu'il ne s'en développe dans le tissu même de la glande thyroïde. Ainsi Rogent-Lalouette raconte qu'ayant rencontré sur un cadavre une glande thyroïde très-gonflée, il l'incisa et trouva dans son épaisseur une espèce de kyste rempli d'une humeur visqueuse semblable à de la gelée. J'ai trouvé également sur le cadavre d'une femme morte en couches deux kystes dans le lobe droit de la thyroïde. Ils étaient accolés l'un à l'autre; le premier, gros comme un petit pois, était très-superficiel, sans cependant faire saillie; le second, gros comme une noisette, était tout entier caché par le tissu de la glande. Ces jours derniers, je disséquais encore un petit kyste dont la moitié était enclavée dans le parenchyme glanduleux. Dans une des observations de Beck, on voit un des lobes de la thyroïde transformé en un kyste composé de trois couches: la plus interne lâche, facilement séparable, lisse, non organisée, était simplement un dépôt de matière fibreuse; la moyenne était constituée par une membrane assez épaisse, lisse, comme séreuse, intimement unie à la troisième couche, la plus externe, formée par la *substance propre de la glande thyroïde*. Cette couche était évidemment disposée par feuillets d'une texture très-serrée et d'une coloration foncée. Je pense, ajoute Beck, qu'ici une cellule du corps thyroïde avait pris un développement anormal, par suite duquel les autres cellules étaient comprimées et accolées les unes aux

autres de manière à former des espèces de feuillets.

Que l'on partage cette manière de voir, que l'on regarde ce kyste comme développé dans le tissu cellulaire très-fin qui sépare les cellules, ou dans les petites poches closes que M. Lebert dit avoir trouvées éparses dans le tissu de la glande, il n'en est pas moins vrai qu'il siègeait dans l'épaisseur du corps thyroïde. Il faut avouer cependant que ces faits sont exceptionnels. Bien plus souvent les kystes que l'on rencontre sur le cadavre, et dont le volume est très-petit, sont situés en dehors du corps thyroïde, dans la couche celluleuse qui l'enveloppe. Au premier aspect, ils semblent faire corps avec la glande ; mais il est facile de les isoler et de s'assurer que la glande est intacte au-dessous d'eux. C'est un fait intéressant, parce que dans ces cas les parties ne sont point déformées, et qu'on assiste, pour ainsi dire, à la naissance du kyste ; il acquiert encore une nouvelle importance si on songe, comme nous le dirons plus loin, que dans la grande majorité des observations que nous avons recueillies, suivies ou non d'autopsie, on a constaté que la tumeur était étrangère au corps thyroïde. Ceux qui prétendent, avec Beck, que le kyste a toujours son siège primitif dans la glande, disent qu'à mesure qu'il se développe, il devient plus superficiel, et à tel point qu'il finit par sembler complètement en dehors d'elle ; mais cette hypothèse, assez ingénieuse, n'est qu'une assertion sans preuve.

Les ganglions lymphatiques semblent aussi pouvoir être le siège de kystes séreux. Je n'émetts cette opinion qu'avec réserve, parce que les observations ne sont pas concluantes à cet égard. Un des faits les plus pro-

bants a été présenté à la Société de chirurgie par M. Richard : le kyste situé sur le côté gauche du cou, à 2 centimètres du bord inférieur du corps thyroïde, occupe au devant de la trachée le point correspondant à celui où existe de l'autre côté un ganglion lymphatique. On est d'autant plus disposé à admettre que ce kyste n'est autre chose qu'un ganglion dilaté, réduit à sa coque fibro-celluleuse, qu'au-dessus on trouve encore deux petits ganglions symétriquement disposés. Mais aucune injection n'a été faite, et le doute est encore permis. Il est évident que je ne veux pas parler ici des ganglions dégénérés, dans l'intérieur desquels il n'est pas rare de trouver de petits kystes, bien que ce soit une circonstance dont il faut tenir compte.

Boyer regarde certains kystes du cou comme provenant de la glande sous-maxillaire. Il arrive quelquefois, dit-il, que la tumeur, au lieu d'étendre ses progrès vers la bouche, se porte au-dessous de la mâchoire et sur les parties latérales et antérieures du cou où elle forme une saillie considérable. Mais il est à regretter qu'il ne fournisse aucun fait à l'appui de son opinion. Bien que nous soyons très-disposés à l'admettre et que nous la regardions comme très-probablement vraie, nous pensons qu'elle ne saurait être mise hors de doute que par une dissection faite avec le plus grand soin de quelque pièce pathologique.

Dans un court chapitre sur les tumeurs du cou, Boyer signale encore, comme pouvant être le siège de kystes, la membrane qui unit l'os hyoïde au cartilage thyroïde; la tumeur se trouve placée sur cette membrane, derrière les muscles thyro-hyoïdien et le peaucier. Le fait observé dans le service de Dupuytren en 1844

(*Revue médic.*, t. I) est de ce genre. La tumeur globuleuse, du volume d'une orange, faisait saillie en avant du larynx et un peu à droite; elle était placée entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Dupuytren ponctionna, puis ouvrit avec le bistouri ce kyste qui contenait une matière jaunâtre, épaisse; mais il ne donne aucun autre détail sur son siège. Deux fois j'ai eu occasion d'observer de ces kystes situés dans l'espace hyo-thyroïdien; ils avaient le volume d'une grosse noisette un peu aplatie; aucun d'eux n'était exactement situé sur la ligne médiane, mais un peu du côté gauche, comme dans le fait précédent. Dans le premier cas, je ne pus décider la malade à se laisser opérer; dans le second, ayant vidé le kyste, il me fut très-facile, à l'aide d'un stylet, de m'assurer que la tumeur était située au-dessous du muscle thyro-hyoïdien. En Angleterre, on trouve dans le musée des chirurgiens une pièce anatomique sur laquelle se voit la poche d'un large kyste attaché au bord inférieur de l'os hyoïde. Il faut donc admettre, comme suffisamment démontré, le fait avancé par Boyer. Mais serait-on fondé à dire que les kystes développés dans l'intervalle hyo-thyroïdien ont pour siège une bourse synoviale située au devant de la membrane hyo-thyroïdienne? Nous ne le pensons pas. D'abord l'existence de cette bourse est très-contestable, et fût-elle démontrée, il resterait encore à prouver par le bistouri que c'est elle qui constitue le kyste.

Quant au tissu cellulaire que l'on rencontre si abondamment au cou, il n'est personne qui n'admette aujourd'hui qu'il ne puisse être le siège primitif de kystes séreux. L'observation anatomique ne laisse au-

cun doute à cet égard. Entre autres faits, nous en citerons un qui nous a été communiqué par M. Lebert. Il s'agit d'un enfant de 5 ans, portant au-dessus de la clavicule droite, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle, élastique, d'une fluctuation obscure. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant divisés par le bistouri, on trouva, au-dessous d'une couche de lobules graisseux, un kyste séreux dont on n'excisa qu'une partie de la poche, après l'avoir vidée, parce qu'elle s'étendait jusque sur les muscles profonds du cou auxquels elle semblait adhérente. Dans un cas remarquable observé par Hawkings et que nous rapporterons plus loin, on trouve plus d'une centaine de kystes répandus dans le cou, et il est impossible de ne pas admettre qu'ils sont développés dans le tissu cellulaire. — Nous avouerons même que nous sommes disposé à regarder le tissu cellulaire comme étant le siège le plus fréquent des kystes du cou. Dans cette supposition, on s'explique bien plus facilement que dans tout autre, les places si diverses occupées par les kystes, leur développement rapide, leur direction variable, et surtout leur nombre quelquefois si considérable.

Une partie des causes qui rendaient difficile la tâche de déterminer exactement le siège des kystes du cou se retrouvent quand il s'agit de leur anatomie pathologique. L'attention est fixée depuis trop peu de temps sur ce point, et l'occasion se rencontre trop rarement de disséquer ces tumeurs, puisque la plupart des malades s'en font opérer, pour qu'il ait été possible d'en donner une description complète. Peut-être aussi beaucoup de chirurgiens trouvant une trop grande

ressemblance entre les kystes du cou et ceux des autres parties du corps, ont-ils négligé, pour cette raison, de les décrire minutieusement ; car la plupart des observations manquent des détails les plus importants.

Les parois des kystes du cou sont d'une épaisseur très-variable. Maunoir avait noté que cette épaisseur était plus grande que dans l'hydrocèle, sans en indiquer la cause. Nous croyons en effet qu'elle est particulière aux kystes du cou, mais nous ferons remarquer qu'en général les parois des kystes constitués par l'hydropisie d'une cavité séreuse normale s'épaississent et s'indurent moins facilement que celles d'une poche accidentelle; nous ajouterons que les hydrocèles sont ordinairement opérées de bonne heure, tandis qu'il n'est pas rare de trouver des kystes du cou datant de dix, quinze et vingt ans. Quand l'hydrocèle est aussi ancienne, il est bien rare de trouver ses parois sans altération. Nous citerons encore, à l'appui de notre opinion, l'état des petites poches kystiques dont nous avons déjà parlé. La tumeur commence à se développer et ses parois sont fines, transparentes, laissant voir, à travers leur tissu séreux, la couleur du liquide qu'elles contiennent. Plus tard, à mesure qu'elle augmente de volume, les parois s'épaississent, soit par l'adossement des tissus qu'elles refoulent, soit par des sécrétions plastiques développées dans l'intérieur de la poche et s'éloignant de leur structure séreuse. Alors il n'est pas rare de les trouver ayant deux, quatre, six millimètres d'épaisseur, et dans quelques cas transformées en une poche fibreuse incrustée de plaques cartilagineuses ou osseuses.

Lorsque les kystes sont de date récente, ils ont leur surface interne lisse, douce au toucher et entièrement semblable à celle des séreuses; cet état se maintient même quelquefois alors que la tumeur a pris un volume considérable. Mais le plus souvent, à mesure que les parois s'épaississent, la surface interne perd son poli, s'altère et tantôt elle devient rougeâtre, fongueuse, comparable à la muqueuse de l'estomac légèrement enflammé (Flaubert), tantôt semblable à une muqueuse affectée d'un ramollissement gélatiniforme (Jobert). Assez souvent on trouve cette surface recouverte par des débris de fausse membrane se détachant aisément avec le manche d'un scalpel; quelquefois il existe au fond du kyste de petites saillies arrondies qui sont une sorte de boursoufflement de la membrane interne devenue fongueuse. Maunoir a trouvé une végétation en forme de chou-fleur, pédiculée et flottante. Cette partie du kyste présente des aspects très-divers, mais, au-dessous d'elle, la poche est ordinairement formée par un tissu blanchâtre, résistant, de nature fibreuse. La cavité du kyste présente dans certains cas un aspect aréolaire (Synce) et même des brides assez larges qui forment des demi-cloisons (Lemaire, Journ. génér. de médéc. 1821). Il est probable que ces cloisons imparfaites sont les restes de plusieurs kystes qui se sont confondus en un seul, mais on ne saurait rien affirmer à cet égard.

Le liquide contenu dans les kystes du cou varie de quantité, de consistance, de couleur, et avant de les ouvrir il est presque impossible de rien dire sur sa nature. La quantité est ordinairement en raison directe de la grosseur du kyste, malgré l'épaisseur variable

des parois. Delpech a trouvé jusqu'à deux kilogrammes de liquide dans une sorte de poche étalée sur toute la moitié antérieure du cou. La couleur et la consistance du liquide sont encore plus variables : tantôt c'est une sérosité transparente, verdâtre ou safranée (Morellet), tantôt une humeur épaisse d'un rouge brun ou couleur de café (O'Beirne-Velpeau). Trois fois sur cinquante faits pris au hasard et analysés avec soin, on a trouvé un liquide visqueux contenant des paillettes micacées. Jobert a vu, dans un kyste du volume d'un petit œuf, un liquide blanchâtre semblable à du lait peu épais. Dans un cas emprunté par M. Marx à Dupuytren, le kyste contenait une matière visqueuse, louche, et les dernières parties qui sortirent par l'incision ressemblaient à de l'adipocire. Hawkins a trouvé dans plusieurs kystes réunis sur un même individu, de la sérosité, de la matière albumineuse, un liquide rosé et une gelée rougeâtre semblable à de la gelée de groseille. Mais, chose remarquable, toutes ces matières sont inodores. Assez souvent on rencontre, mélangés avec les liquides, des débris de fausses membranes détachés de la paroi interne du kyste et quelquefois de véritables hydatides. Quant à la composition chimique des matières renfermées dans les kystes du cou, elles ne contiennent rien que l'on ne retrouve dans les kystes séreux des autres régions.

Dans la grande majorité des cas, le kyste est unique ; cependant il n'est pas très-rare d'en trouver plusieurs, et souvent on ne s'en aperçoit qu'en les opérant. Le plus ordinairement ils sont réunis en nombre de deux ou trois, mais ils sont quelquefois plus nombreux. Hawkins rapporte, dans les plus grands détails,

un cas de ce genre : chez un jeune enfant de onze semaines, mort à la suite d'un accès de suffocation, il trouva une tumeur du volume de deux oranges, coupée par un sillon profond produit par le tendon du digastrique. Elle semblait formée par la réunion de plusieurs centaines de kystes, variant du volume d'un pois à celui d'une aveline. Dans quelques points l'enveloppe de ces kystes était fine, semblable à la membrane péritonéale, et, dans d'autres, de consistance fibreuse. Plusieurs kystes étaient assez isolés pour être disséqués sans intéresser les autres. Quelques-uns étaient flasques et à moitié pleins de liquide; d'autres étaient assez tendus pour ne pouvoir être déprimés, et fournissaient la sensation d'un corps solide. Cette sensation était encore fournie par d'autres kystes plus intimement réunis, bien que les seuls corps véritablement solides fussent quelques ganglions placés au milieu d'eux. La partie de la tumeur située en avant de l'oreille était couverte par une couche épaisse de la parotide condensée, tandis qu'une autre partie de cette glande parfaitement saine existait derrière le kyste. La glande sous-maxillaire était refoulée en dehors par d'autres kystes de manière à être repoussée sous la peau. Les vaisseaux et les nerfs étaient entourés par quelques kystes et déviés; la carotide, la jugulaire interne et le pneumogastrique étaient séparés les uns des autres par des kystes placés dans leur gaine. En disséquant plus profondément, on en trouva derrière le pharynx et l'œsophage, depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la sixième vertèbre cervicale.

Hawkins cite encore l'observation qu'il traita par des ponctions successives et l'iode, de plusieurs kystes

situés sur le côté gauche du cou et au-dessous de la mâchoire. Mais bien qu'il dise avoir observé sept cas ayant assez de ressemblance avec les précédents, nous ne les considérons pas moins comme assez rares.

Les kystes séreux du cou se développent sous une influence qui nous échappe presque toujours. Quelques-uns sont congéniaux, comme le prouvent les observations d'Hawkins, ou datent des premiers mois de la vie (Delpech-Moreillot). En interrogeant avec soin les malades, on constate souvent que l'existence de la tumeur qu'ils croient porter depuis quelques années seulement, remonte à une époque bien antérieure. Fleury de Clermont cite une demoiselle chez laquelle un kyste se développa au devant du cou depuis le moment où la menstruation s'établit; pourtant, malgré les sympathies qui existent entre les organes génitaux et ceux de la voix, nous ne pouvons voir dans ce fait qu'une simple coïncidence. On a plus d'une fois vu des kystes se manifester à la suite d'un effort violent ou d'un accouchement pénible; ces faits se sont reproduits trop fréquemment pour que nous ne les adoptions pas. Ils s'expliquent, du reste, d'une manière assez plausible en songeant à la turgescence considérable du cou pendant les douleurs de la parturition; on comprend que, sous l'effort des liquides dont les parties sont gorgées, des cellules du corps thyroïde ou quelques loges celluleuses puissent se rompre, s'enflammer et devenir le point de départ d'une collection séreuse.

Déjà en exposant l'anatomie pathologique des kystes, nous avons dit qu'ils avaient été observés dans presque tous les points de la moitié antérieure du cou; cepen-

dant ils ont certains sièges de prédilection. Ordinairement ils se développent sur les côtés du larynx, au devant de la glande thyroïde dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe; quelquefois au-dessus d'elle dans l'espace hyo-thyroïdien, ou au-dessous sur la trachée, mais presque toujours dans un point qui l'avoisine. Ainsi s'explique comment les kystes du cou ont pu être confondus avec les goîtres pendant si longtemps. Le kyste que portait la femme de J. L. Petit était situé au-dessous du cartilage thyroïde; sur le rachitique dont M. Fleury cite l'observation, la tumeur se trouvait sur la trachée qu'elle recouvrait jusqu'à sa bifurcation, depuis le corps thyroïde avec lequel elle n'avait aucun rapport immédiat. Assez souvent encore on trouve des kystes logés plus profondément dans le sillon qui sépare le larynx du muscle sterno-cléido-mastoïdien ou sous la mâchoire. Les kystes congéniaux d'Hawkings formaient au-dessous du maxillaire une masse qui s'étendait jusqu'au-devant de l'oreille; M. Jobert cite un cas dans lequel la tumeur était placée transversalement au-dessous de la glande sous-maxillaire. Très-rarement des kystes se montrent en dehors de l'espace compris entre les deux sterno-mastoïdiens; pourtant Addison en décrit un qui s'était développé entre le bord postérieur d'un de ces muscles et le trapèze, et s'étendait en avant jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire.

Les kystes du cou ne croissent qu'avec une extrême lenteur; souvent ils mettent plusieurs années pour acquérir le volume d'une forte noix. Quelques-uns restent stationnaires pendant très-longtemps; mais ordinairement ils augmentent continuellement et finissent

par devenir énormes : alors on les a comparés à une orange (Fleury de Clermont), à la tête d'un enfant à terme (Maunoir), à un moyen melon (J. L. Petit), à la tête d'un adulte (Delpech). Cet accroissement considérable de la tumeur, lent dans les premiers temps, s'opère quelquefois très-rapidement sur la fin : on voit en deux ou trois mois et souvent moins la tumeur, doubler, tripler de volume (O'Beirne Flaubert). Il est probable que cette augmentation tient à une inflammation développée dans le kyste ; mais elle peut aussi tenir à d'autres causes. Chez le docteur Desforges, dont nous rapporterons plus loin l'observation, la tumeur déjà plus grosse que le poing s'accrut de plus de moitié dans l'espace d'un mois, et cet accroissement avait pour principale cause une hémorrhagie fournie par un vaisseau artériel ulcéré.

Tout le temps que le kyste est peu volumineux, il a une forme arrondie, ovoïde ou légèrement pyriforme. Mais en augmentant de volume il rencontre, dans les tissus, des résistances qui modifient sa forme primitive. On en a vu s'allonger, se porter vers les parties profondes et en haut de manière à faire saillie dans la bouche, sur les côtés de la langue et même vers sa base ; d'autres se diriger obliquement le long du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien et se glisser derrière le sternum jusqu'à plusieurs centimètres dans la cavité thoracique. Ordinairement le kyste commence par remplir l'espace triangulaire qui sépare les muscles sterno-mastoïdiens ; mais, quand cet espace ne lui suffit plus, il s'étend jusque sur les parties latérales et postérieures du cou, enveloppe la mâchoire,

envahit la région parotidienne et descend au-devant du sternum et jusque dans la poitrine.

Tantôt, et surtout quand il marche lentement, il refoule les gros vaisseaux placés sur les côtés du larynx et les muscles sterno-cléido-mastoïdiens; tantôt il passe au-dessous de ces muscles, s'ils lui opposent une très-grande résistance, et, se développant dans le triangle sus-claviculaire, il forme au-devant du cou une tumeur large et composée de plusieurs lobes.

Chez une jeune fille de vingt-quatre ans, il existait un kyste plus volumineux que la tête de la malade: il s'étendait depuis la base de toute la mâchoire inférieure qu'elle recouvrait jusque sur le sternum dont il débordait, en partie, la face antérieure. Il n'avait pas moins d'étendue d'un côté à l'autre, et recouvrait le larynx et le pharynx. Écartant les muscles sterno-mastoïdiens, les artères carotides et les veines jugulaires qui en étaient soulevées, il formait une saillie considérable à droite et à gauche, derrière les muscles écartés, et s'appuyait presque à nu sur la partie antérieure des apophyses transverses des vertèbres cervicales. Les deux sterno-mastoïdiens étaient fortement distendus, et la partie de tumeur qui était comprise entre eux faisait une saillie distincte de la forme d'une portion de sphère (Delpéch, *Chirurgie-clinique de Montpellier*). Quand le kyste est ainsi étalé au-devant du cou entre les sterno-mastoïdiens courbés en arc, le malade présente l'aspect étrange et caractéristique que l'on rencontre chez les goitreux.

Si la tumeur existe sur les parties latérales, elle donne aux malades une physionomie toute différente: la plupart penchent sur le côté sain la tête qui se trouve

refoulée par la tumeur ; cependant Maunoir cite une femme qui penchait sa tête du côté correspondant à la maladie ; il rapporte ce fait comme curieux sans l'expliquer. Peut-être la tête se trouvait-elle entraînée par le poids du kyste , ou plutôt la malade prenait-elle cette position pour éviter des tiraillements douloureux. Dans ces cas , la tumeur ne se comporte pas toujours de la même manière. Sur un jeune garçon de douze ans, existant d'abord au bas de la région jugulaire où elle avait le volume d'une aveline, elle s'étendit de la clavicule au lobe de l'oreille, au niveau de la fosse zigomatique. Bridée dans son milieu par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, elle formait deux lobes, l'un supérieur en avant du muscle, et l'autre inférieur placé en arrière (Delpech). Chez une jeune fille de quinze ans observée dans le service de M. Cloquet, un kyste situé sur le côté gauche du cou s'étendait de la clavicule au lobe de l'oreille et de l'os hyoïde aux apophyses des vertèbres cervicales en arrière. La tumeur oblongue était légèrement étranglée à sa partie moyenne par le muscle sterno-mastoïdien qui était aplati en forme de membrane. Le trapèze la recouvrait en arrière. S'engageant derrière la clavicule, elle avait déterminé un commencement de luxation de cet os. Ici la trachée-artère était refoulée à un pouce et demi à droite de la ligne médiane, et les gros vaisseaux du côté gauche étaient entraînés par la tumeur sur cette ligne. Ces deux faits sont exceptionnels ; bien plus souvent la tumeur s'étend vers la partie antérieure du cou d'un côté, et de l'autre repousse le muscle sterno-mastoïdien, ou s'engage un peu sous lui, mais sans former de saillie vers son bord postérieur.

Chose singulière ! au milieu des désordres considérables que nous venons de décrire, il n'est pas rare de trouver le corps thyroïde sans la moindre altération. Dans le dernier cas que nous avons cité, la malade opérée mourut, et à l'autopsie on trouva le corps thyroïde placé en dedans et au-dessus de la tumeur, mais *parfaitement sain*, sans aucune adhérence avec le kyste et séparé de lui par les vaisseaux carotidiens. MM. Velpeau, Gubian, Jobert l'ont trouvé hypertrophié soit dans la totalité, soit dans l'un de ses lobes ; Beck a rencontré sur un cadavre une glande thyroïde dont le lobe droit était atrophié par un kyste développé dans son épaisseur ; dans un autre cas (Wurtemberg, *Correspondenz*, n° 26), l'examen cadavérique permit de constater qu'il était petit et refoulé contre le larynx. Cet état d'atrophie ou d'hypertrophie du corps thyroïde peut sembler contradictoire au premier abord, et pourtant il n'en est rien. Il dépend simplement de la tolérance des tissus qui s'enflamment plus ou moins facilement et peut-être aussi de la rapidité de la compression. Nous avons cherché à trouver un rapport entre ces divers états et la place occupée par le kyste, mais les faits sont trop peu nombreux pour donner un résultat satisfaisant. Dans la plupart des observations des kystes du cou, on a omis de noter l'état du corps thyroïde.

Dans les premiers temps de leur développement, les kystes du cou restent inaperçus des malades, mais à mesure qu'ils grossissent, ils deviennent la source d'accidents quelquefois très-graves. Placés sur les parties latérales du cou, ils apportent dans les mouvements de la mâchoire et du cou une gêne à laquelle

on s'accoutume assez aisément; ce n'est qu'alors qu'ils sont devenus très-volumineux, qu'ils s'opposent aux grands mouvements de la tête et constituent une véritable infirmité. Quand ils sont situés au-dessous de la mâchoire, près de la glande sous-maxillaire, dans l'espace thyro-hyoïdien ou au devant de la trachée, ils n'ont pas besoin d'être très-gros pour déterminer des accidents sérieux. Les tumeurs congéniales, formées par des kystes multiples placés sous la mâchoire, ont souvent un résultat funeste. Dans un des cas rapportés par Hawkins, la mort eut lieu par suffocation; dans celui du docteur Volkus, l'enfant mourut aussi, bien qu'on ait pratiqué une incision sous la mâchoire et dans la bouche, mais une partie seulement des kystes avaient été incisés. D'autres kystes se trouvaient répandus entre les muscles de la région sus-hyoïdienne et jusque dans les ptérigoïdiens du côté droit. Chez le malade Durand, opéré par Dupuytren, le kyste, situé au-dessous de l'os hyoïde, n'avait que le volume d'une orange et cependant la respiration était difficile, la voix éteinte, et des accès de suffocation mettaient à chaque instant la vie en danger. A peine la tumeur fut-elle ouverte que la voix revint comme par enchantement avec son timbre normal.

Le premier accident qui se présente est un peu de difficulté dans la déglutition. Elle est due tantôt à la compression exercée par le kyste sur l'œsophage, tantôt à la gêne que le larynx éprouve dans ses mouvements, et quelquefois à ces deux causes réunies. Ce n'est ordinairement que plus tard et quand le kyste a pris un certain volume, que la voix s'altère et que la respiration devient difficile. Cette succession dans les

symptômes s'explique très-bien par la structure si différente de l'œsophage et du larynx ; cependant , malgré la résistance que présentent le larynx et la trachée, la difficulté de la respiration et les accès de suffocation sont les accidents les plus constants dans l'histoire des kystes du cou. Dans un cas, le larynx a été trouvé atrophié, la trachée plus courte et les anneaux aplatis d'une manière remarquable ; c'est le seul fait de ce genre qui ait été rapporté, mais il prouve combien est puissante l'action lente de la pression exercée par certains kystes. Assez souvent il n'y a pendant longtemps qu'une petite toux, un peu de gêne dans la parole, et quelque difficulté dans la respiration ; mais cette difficulté va en augmentant chaque jour, des accès de suffocation se manifestent, deviennent de plus en plus fréquents, et à chaque instant le malade est sur le point d'étouffer. La relation que donne Maunoir d'un accident de ce genre est d'une vérité effrayante : le jeudi, 12 avril 1812, dit-il, on vint m'avertir en grande hâte que mademoiselle T. D. était morte ou mourante. Je la trouvai dans un fauteuil soutenue par ses parents éplorés et prête à expirer. Respiration très-rare et stertoreuse, perte absolue de sentiment et de mouvement, extrémités froides, absence totale du pouls, pupilles dilatées, pâleur extrême. Regardant cette malade comme asphyxiée par la pression de la tumeur, je fis simplement la ponction de l'hydrocèle, et il sortit plus d'une pinte d'un fluide de couleur brune. Alors le pouls reparut, la respiration se ranima et la malade revint à la vie.

Nous signalerons encore un accident moins fréquent que le précédent, malgré la compression que su-

bissent la plupart du temps les vaisseaux; c'est une congestion habituelle vers la tête, congestion accompagnée quelquefois de douleurs assez vives. C'est peut-être à cette compression des vaisseaux qu'il faut attribuer la grande quantité de sang que rejeta par la bouche, dans un accès de suffocation, un des malades dont parle Maunoir. M. Pétroli dit avoir observé une apoplexie déterminée par cette cause; mais ce fait, ainsi que la rupture d'une veine superficielle par le développement d'un kyste, me semblent ne pouvoir être acceptés qu'avec la plus grande réserve. Ce n'est pas que nous n'admettions la compression des vaisseaux et une gêne plus ou moins considérable de la circulation, surtout dans les veines; Nick a trouvé la jugulaire interne très-dilatée et recevant beaucoup de veines, et nous avons eu l'occasion de constater sur un kyste du cou un développement veineux très-considérable; mais faut-il encore prouver au juste quel rapport existe entre la gêne de la circulation, qui est évidente, et les accidents qu'on suppose en être la suite.

Les kystes du cou sont toujours parfaitement ronds quand ils n'ont que le volume d'un pois; quelquefois ils conservent cette forme alors même qu'ils sont devenus gros comme une forte noix ou une petite orange; mais ordinairement ils se modifient à mesure qu'ils grossissent, et deviennent ovoïdes, piriformes, allongés, aplatis et lobuleux. Ils n'ont plus de forme bien arrêtée quand ils sont nombreux et réunis en masse au milieu des tissus.

Dans les premiers temps de leur développement ils sont très-mobiles, et souvent les malades racontent que leur tumeur était roulante sous la peau comme

une petite boule. En augmentant de volume, ils perdent une partie de leur mobilité, parce qu'ils sont moins à l'aise au milieu des tissus qu'ils refoulent, et aussi parce que, dans bien des cas, ils contractent des adhérences avec les parties voisines. Quand ils sont très-gros, qu'ils ont envahi une grande partie du cou, ils ont presque entièrement perdu leur mobilité; mais il ne faut pas s'abuser et croire que les mouvements que vous leur imprimez leur sont propres quand, bien souvent, vous ne faites que déplacer avec eux le larynx sur lequel ils reposent. Tels sont les mouvements d'élévation et d'abaissement imprimés à quelques tumeurs pendant l'acte de la déglutition, mouvements d'autant plus marqués qu'elles sont plus adhérentes au larynx. La mobilité varie encore suivant la place occupée par le kyste. Quand la tumeur est située dans l'espace hyothyroïdien, au devant de la trachée ou sur les faces latérales du cartilage thyroïde, elle est assez mobile, mais transversalement, tandis que de haut en bas la mobilité est obscure et souvent presque nulle. On comprend aisément que les tumeurs logées profondément dans le tissu cellulaire et qui s'étendent jusque sur la colonne vertébrale, comme dans le cas de M. Lebert, ne peuvent être mobiles; il en est de même pour les tumeurs formées par la réunion de kystes nombreux qui se montrent dans la région sus-hyoïdienne (Hawkins, Liston), et qui envoient des prolongements dans diverses directions.

La consistance des kystes du cou est loin d'être toujours la même. On peut dire, d'une manière générale, qu'elle varie avec le volume et l'épaisseur des parois de la poche. Très-petits, ils sont résistants à ce point

de donner, sous les doigts, la sensation d'un corps dur. Dans ses observations de kystes congéniaux, Hawkins avait disséqué les petites poches, et il insiste sur ce fait que plusieurs d'entre elles paraissaient au toucher être des corps solides, bien qu'il n'y eût de véritablement solide que plusieurs ganglions répandus dans le tissu cellulaire. Aussitôt qu'ils acquièrent le volume d'une noix, d'une orange, ils deviennent moins durs et s'ils arrivent à une grosseur considérable, ils présentent quelquefois une mollesse des plus grandes. Pourtant il faut faire exception pour les kystes dont les parois ont six, dix, quinze millimètres d'épaisseur, ou sont incrustées de plaques cartilagineuses. Ordinairement ce sont des kystes d'un volume médiocre et fort anciens.

Ce que nous venons de dire de la consistance s'applique en partie à la fluctuation, qui semblerait, au premier abord, devoir être un caractère constant des kystes. Il est évident qu'on ne peut la rencontrer dans les kystes trop petits, dans ceux qui sont très-profondément placés, et dont la présence n'est pas toujours facile à constater. Mais encore dans les kystes du volume d'une noix, assez superficiels pour être bien saisis par les doigts, il n'est pas toujours aisé de constater la fluctuation; on trouve plutôt une sorte de rénitence qui a bien sa valeur suivant son degré, mais non une fluctuation franche. Quand la tumeur a pris un volume considérable, il est rare qu'on ne puisse y constater la présence d'un liquide. Tantôt, si les parois sont minces, on trouve une mollesse, une fluctuation des plus évidentes; tantôt, si les parois sont épaisses et dures, la fluctuation est obscure. Mais

rarement la poche du kyste présente dans tous ses points la même résistance et, en l'examinant de tous les côtés, on arrive à découvrir quelque place où la fluctuation n'est plus douteuse. Quand la tumeur est large, enfoncée dans la région sus-hyoïdienne, il est quelquefois impossible de constater la fluctuation en n'examinant que les parties saillantes au dehors, parce qu'elles offrent souvent peu de prise et que, d'un autre côté, elles cèdent sous les doigts en remontant vers la bouche; mais si vous portez dans la bouche un ou plusieurs doigts, pendant que de l'autre main vous fixez la tumeur, vous arrivez à constater la fluctuation très-aisément. Chez Durand, le malade de Dupuytren, la tumeur placée en avant du larynx et un peu à droite faisait dans la bouche, à la base de la langue, une saillie considérable dans laquelle le doigt trouvait une fluctuation manifeste. Nous insistons sur ce moyen d'exploration, parce que dans plusieurs occasions nous avons été à même de constater son importance.

Lorsqu'on examine une tumeur du cou, une des premières pensées qui se présentent est de voir s'il existe des battements; il est donc bien probable qu'ils ont été recherchés dans les cas de kystes de cette région, mais rarement les auteurs en font mention. Dans quelques observations seulement on dit qu'ils n'existaient pas, dans d'autres, que la tumeur était légèrement soulevée. Déjà on comprend qu'ils ne peuvent se rencontrer dans les tumeurs développés au devant du cou sur la ligne médiane. Dans celles qui ont des rapports plus intimes avec les carotides refoulées sur les côtés du cou ou restées en place, on a quelquefois

constaté une impulsion, un mouvement de soulèvement, mais très-distinct du mouvement d'expansion des anévrismes. On a également observé une autre sorte de battements sur des kystes volumineux; ils étaient produits sous les doigts par des artères superficielles, anormalement développées et placées au devant du kyste, mais la nature de ces battements était trop facile à reconnaître pour être la source d'une erreur.

Un signe bien plus rarement observé dans les kystes du cou, est la transparence. Sur plus de soixante observations que nous avons analysées avec le plus grand soin, elle n'a été notée que deux fois par Hawkins et Delpech. Dans le premier cas, la tumeur formée de kystes agglomérés était *transparente dans plusieurs points*; dans le second elle était molle, élastique, fluctuante et *un peu transparente*. Si la transparence est devenue le signe pathognomonique de l'hydrocèle vaginale, c'est qu'ici les parois de la poche sont ordinairement peu épaisses, le liquide clair, et la tumeur facile à mouvoir et à placer devant une lumière. Mais au cou, vous ne rencontrez que des dispositions entièrement opposées. Le kyste, plus ou moins enfoncé dans l'épaisseur des tissus, fait bien rarement une saillie assez considérable pour qu'on puisse placer une lumière derrière lui; ses parois, sans être toujours très-épaisses, le sont généralement assez pour empêcher la lumière de les traverser, et très-fréquemment le liquide contenu dans le kyste est épais et coloré. Ajoutons encore que, dans le cas où on pourrait constater de la transparence, ce signe ne serait pas très-important, car déjà le diagnostic ne serait pas bien difficile.

Nous ne dirons qu'un mot de la douleur, des élan-

cements qui ont été observés chez quelques malades ; ces signes appartiennent moins aux kystes eux-mêmes qu'ils ne se rattachent à un travail inflammatoire développé accidentellement dans leur cavité.

La peau qui recouvre les kystes du cou est presque toujours saine, sans changement de couleur, amincie en raison directe du volume de la tumeur, et très-mobilité. Dans un seul cas rapporté par Fleury, de Clermont, elle était altérée au point d'exiger que l'opérateur en enlevât une partie par une incision elliptique. Cette intégrité s'explique du reste suffisamment par la présence du tissu cellulaire abondant et lamelleux qui double la peau de la partie antérieure du cou et de la poitrine, et aussi par la nature de la tumeur qu'elle recouvre. D'une part, conditions très-favorables au déplacement des téguments, et d'autre part, dispositions peu prononcées à une inflammation suppurative.

Le diagnostic des kystes du cou est souvent assez simple ; mais dans quelques cas il est extrêmement difficile de les distinguer des autres tumeurs qui peuvent se développer dans cette région. La confusion qui a si longtemps existé entre eux et les goîtres en est une première preuve, mais c'est au lit du malade seulement qu'on peut savoir combien les causes d'erreur sont nombreuses et variées : quand le goître occupe les deux lobes de la glande thyroïde, qu'on a pu assister à son début et suivre son développement ; quand, par sa forme bilobée, il rappelle encore un peu celle de la glande thyroïde ; quand il est mou et forme une large tumeur étalée jusqu'au devant de la partie supérieure du thorax ; quand son tissu dégénéré présente dans toute sa masse une très-grande dureté, il est diffi-

cile de le prendre pour un kyste. D'un autre côté, quand la tumeur s'est montrée à son début au-dessous de la mâchoire ou en bas de la région jugulaire et qu'elle n'a envahi que consécutivement la partie moyenne du cou, il est trop évident qu'elle est étrangère au corps thyroïde pour songer à un goître. L'erreur est encore difficile quand le kyste se développe sur la partie moyenne du cou dans l'espace hyo-thyroïdien ou au devant du cartilage thyroïde, sur la ligne médiane et quand la tumeur parfaitement arrondie est très-saillante et mobile; mais lorsqu'il s'agit d'une tumeur peu volumineuse, arrondie ou oblongue, à surface égale et lisse, élastique, siégeant sur un des côtés du larynx au niveau de la glande thyroïde, il n'est pas toujours aisé de dire si la tumeur est solide ou contient un liquide, si on a affaire à un goître ou à un kyste. Boyer rapporte le fait assez curieux d'une jeune fille qui portait à la partie antérieure moyenne du cou, une tumeur presque ronde, du volume d'une grosse noix, rénitente, élastique, indolente, sans changement de couleur à la peau, adhérente au larynx dont elle suivait tous les mouvements et qui avait évidemment son siège dans la partie moyenne de la glande thyroïde. On appliqua longtemps sur cette tumeur des topiques résolutifs qui n'eurent aucun effet. Un chirurgien qui s'est acquis une certaine réputation pour la guérison des tumeurs enkystées au moyen de caustiques, jugea que celle dont il s'agit ici était de cette nature et qu'il viendrait aisément à bout de la guérir avec la pierre à cautère. Il appliqua donc un morceau de caustique sur le milieu de la tumeur; le lendemain l'escarre fut percée avec une lancette; mais il ne sortit

rien de liquide, et l'escarre en tombant laissa à nu la substance même de la glande thyroïde, qu'il était facile de reconnaître à sa couleur et à sa consistance. On fit plusieurs autres applications d'un caustique liquide, sans amener aucune diminution sensible dans le volume de la tumeur. Enfin, après quatre mois de traitement, la plaie produite par les caustiques était cicatrisée et la tumeur ne différait de ce qu'elle était auparavant que par la cicatrice qui la couvrait. Boyer ne dit point s'il existait de la fluctuation, mais il est difficile de croire qu'il ne l'ait pas recherchée.

Quand la tumeur a déjà pris un volume considérable au moment où le chirurgien l'examine pour la première fois et qu'il ne peut obtenir aucun renseignement sur la place qu'elle occupait primitivement, le diagnostic est souvent très-difficile alors même que le kyste contient une quantité de liquide assez notable. Chez la malade opérée par Delpech, la tumeur était grosse comme la tête, contenait deux kilogrammes de liquide séreux et cependant il n'était pas complètement certain d'avoir à faire à un kyste. On croyait, dit-il, à un *bronchocèle*, et cette opinion fut celle de tous les praticiens qui examinèrent la malade jusqu'au dernier moment. Cependant la malade n'avait jamais habité de vallée profonde ni de pays froid et humide; elle n'avait pas été exposée à des cris, à des vociférations violentes; on ne pouvait assigner aucune cause raisonnable au développement de cette tumeur.... La portion de la tumeur comprise entre les deux sterno-mastoïdiens faisait une saillie distincte de la forme d'une portion de sphère et différait du reste par la consistance. Partout ailleurs, cette masse nous paraiss-

sait molle et plus consistante, et granulée. Dans ce seul point, elle était uniformément tendue, élastique, et nous sentions une sorte de fluctuation qui nous paraissait encore douteuse..... La tumeur pouvait être un véritable *bronchocèle* : elle pouvait avoir une autre structure, sans ou avec une cavité intérieure.... Ainsi, malgré le volume considérable de la tumeur, la quantité énorme de liquide qu'elle contenait, malgré une différence de consistance dans quelques points, malgré une fluctuation obscure, Delpech dont on ne peut mettre en doute l'expérience clinique, Delpech doutait. Avait-il à faire à un goître ou à un kyste ? Tous ses confrères croient à un goître ; il ponctionne la tumeur, c'était un kyste.

Nous rapporterons encore ici quelques autres cas d'autant plus intéressants que l'erreur de diagnostic a été commise par J. L. Petit et que les mêmes faits et la même erreur ont été acceptés par Boyer. — Dans la première observation, il s'agit d'une dame qui eut la constance de garder un bronchocèle neuf ans, au bout duquel temps, trouvant la tumeur universellement amollie et réduite en fluide, il se détermine à l'ouvrir avec un trocart cannelé dans l'intention de faire une ouverture plus grande s'il était nécessaire ; mais ayant trouvé la matière qui sortait *très-fluide, égale et sans odeur*, il la tira toute par cette ouverture et cette seule ponction suffit pour opérer la guérison. — Dans la deuxième observation, c'est l'épouse même de J. L. Petit, qui après une couche suivie d'un gros rhume, s'aperçut d'une tumeur au-dessous du cartilage thyroïde ; elle était mollette et ne lui causait aucune douleur ; au bout de quatre ou cinq ans, devenue plus

considérable, elle commença à inquiéter la malade. De temps en temps je touchais, dit-il, la tumeur, sans y trouver de changement. Elle était toujours dure, sans douleur, mais augmentait de grosseur. Un jour, se plaignant qu'elle sentait des élancements assez vifs, je crus y apercevoir un point moins résistant; quelques jours après, ayant touché le même endroit, j'y trouvai un peu plus de mollesse et je commençai d'espérer que peu à peu et de proche en proche, on pourrait obtenir un amollissement général. Cette tumeur fut cependant encore cinq ou six ans presque dans le même état. — Les élancements devenant plus fréquents, elle augmentait de grosseur et quelquefois je n'y retrouvais plus cette mollesse sur laquelle je fondais toutes mes espérances... Enfin après plusieurs années la tumeur parvint à s'amollir et j'y apercevais une fluctuation à faire juger qu'il y avait déjà plus d'une chopine de fluide amolli.

Mais suivant mes principes, je ne jugeai pas à propos d'évacuer ce fluide, parce que la circonférence de la tumeur était encore fort dure. D'ailleurs la malade ne souffrait point. Enfin, à force de patience, la tumeur devint universellement molle, et la difficulté d'avaler augmentant, je me décidai à pratiquer l'opération que j'avais méditée.... J.-L. Petit ponctionna la tumeur comme dans le cas précédent, et il sortit environ une pinte de matière, au plus la moitié de ce qui était contenu. Douze heures après et le lendemain il en sortit encore plus d'une chopine. La matière coula ensuite à son gré par la plaie. Il y en avait de blanchâtre, de sanieuse, de grise, de consistance et couleur d'huile; mais il n'y avait aucun grumeau.... Le huitième ou dixième jour, la source était tarie; il ne restait qu'un

suintement lymphatique, et peu après la malade fut guérie de cette maladie qui avait duré plus de vingt-cinq ans. — Dans le troisième cas il s'agit d'une demoiselle de province conduite à Paris par M^{me} sa mère, pour être traitée d'une tumeur du cou, datant de cinq à six ans. J.-L. Petit attend encore qu'il existe une fluctuation bien franche, puis opère. Tout, dit-il, sortit par l'ouverture du trocart, à la quantité de plus d'une pinte. La matière était claire et de couleur jaunâtre. Dès le lendemain, la demoiselle se leva, et peu de jours après, elle fut entièrement guérie, sans aucun vestige de mal, ni de l'opération. — J.-L. Petit cite encore le célèbre Desforges, affecté d'un goître depuis plusieurs années. La tumeur était grosse comme un moyen melon. Il l'opère par ponction et tire plus d'une chopine d'un fluide couleur de café.

Dans tous ces cas, il s'agit évidemment de kystes du cou que J.-L. Petit a pris pour des bronchocèles, pour des goîtres, pour des tumeurs enkystées, solides, qui se ramollissant peu à peu, finissaient par constituer une tumeur molle, fluctuante dans toute son étendue et remplie de liquide. Se laissant abuser par la consistance que présentent les kystes du cou dans la première époque de leur développement, il les prenait pour des tumeurs solides. Cette consistance écartait chez lui toute idée de collection liquide; aussi montre-t-il son étonnement et sa douleur quand il parle des alternatives de mollesse et de dureté qu'il observait dans la tumeur de son épouse; quand les élancements devenaient plus fréquents, elle augmentait de grosseur, et il ne retrouvait plus cette mollesse sur laquelle il fondait toutes ses espérances! — C'est qu'en effet, et la

nature du liquide qui sortit du kyste le prouve suffisamment, il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste enflammé ; chaque fois que l'inflammation chronique, développée dans l'intérieur de la poche, se réveillait, les élancements devenaient plus fréquents, la tumeur augmentait par suite d'une sécrétion nouvelle de liquide ; la consistance reparaissait aussi avec la tension de la poche, et notre grand chirurgien ne retrouvait plus la mollesse sur laquelle il fondait tout son espoir.

Cependant Boyer, qui connaissait les faits rapportés par J.-L. Petit, adopte complètement sa pensée et partage son erreur. En parlant du goître, voici comment il s'exprime : « Mais le plus communément l'inflammation du goître est médiocre, chronique, et ne s'annonce par aucun des phénomènes qui accompagnent les affections inflammatoires ; seulement le malade éprouve quelquefois dans la tumeur des élancements qui se font sentir à des intervalles plus ou moins éloignés. Cependant le goître se ramollit et, après un temps ordinairement très-long et des inflammations successives, il se convertit en une espèce d'abcès froid, dont l'ouverture est presque toujours suivie de la guérison de la maladie. On cite plusieurs exemples de pareilles guérisons. Les plus remarquables sont ceux qu'on lit dans le Traité de chirurgie de J.-L. Petit. — Ainsi, pour Boyer, ce ne sont plus seulement des tumeurs ramollies ; adoptant entièrement l'idée de Petit, il se montre seulement plus conséquent, et l'expression ne lui fait pas défaut : ces tumeurs ramollies, ce sont des sortes d'abcès froids. — Et, chose assez singulière, M. Maunoir, dans son Mémoire sur l'hydrocèle du cou, au moment même où il appelle l'attention des

chirurgiens sur cette maladie où il signale la confusion que l'on fait de ces tumeurs avec les goîtres, renouvelle l'erreur de Petit et de Boyer. Le célèbre J.-L. Petit, dit-il, raconte avec détails ce qu'il a observé chez deux femmes dont les goîtres, au bout de quelques années, se remplirent d'un liquide qu'il put évacuer par le trocart et par une seule ponction; mais ce n'était dans ces deux cas que des glandes engorgées qui se fondirent par suite d'une inflammation chronique.

Aujourd'hui que nous connaissons mieux les kystes du cou, on ne se laisserait pas abuser par la consistance assez grande de la tumeur à son début, par les élancements qui n'annoncent qu'un travail inflammatoire dans l'intérieur du kyste, par les alternatives de mollesse et de dureté produites par une quantité plus ou moins grande de liquide et la tension de la poche, ni même par la nature sanieuse ou demi-purulente du liquide qui n'a été que modifié par l'inflammation. On trouve alors sans doute quelques phénomènes qui rappellent les abcès chroniques, parce qu'en effet on a affaire à une poche enflammée, mais cette poche n'en est pas moins un kyste. Maintenant, que l'erreur soit encore plus excusable quand le kyste, comme dans les cas de J.-L. Petit, semble appartenir à la glande thyroïde, nous le voulons bien; mais encore nous ne saurions accepter ces faits pour des espèces d'abcès froids.

Il nous semble bien difficile de confondre les kystes du cou avec un abcès froid développé dans cette région. En se rappelant la forme particulière des kystes, leur marche extrêmement lente, l'absence des douleurs soit

dans la poche, soit dans les parties voisines et tous les caractères que nous avons signalés, comment les confondre avec une collection purulente dont il sera possible le plus souvent de saisir la cause, de suivre la marche vers les parties déclives du cou et dont la mollesse est toute particulière dès qu'ils ont pris un certain volume. Sans doute, lorsqu'ils se développent avec une grande lenteur, qu'ils s'enkystent en un mot, ils se rapprochent par quelques caractères des kystes proprement dits; mais, en examinant la tumeur avec grand soin, en surveillant son développement, en tenant compte de ces mille circonstances qu'on ne trouve qu'au lit du malade, on parvient ordinairement à les reconnaître.

Les kystes pourraient être confondus avec les engorgements ganglionnaires du cou. Chez le jeune garçon opéré par M. Delpech, la tumeur qui remontait à sa première enfance avait été prise pour un ganglion, mais l'erreur cessa avec son développement. En effet, quand la tumeur est petite, profondément située sur les côtés du cou, le long des vaisseaux ou au-dessous de la mâchoire, là où les ganglions lymphatiques sont si nombreux, il peut être fort difficile de reconnaître sa nature. Mais en examinant la marche de la tumeur, on trouve bientôt quelque renseignement important : tantôt c'est une petite plaie sur la partie postérieure de la tête, ou autour des oreilles, tantôt c'est une dentition laborieuse qui ont déterminé l'engorgement des ganglions; alors l'engorgement diminue à mesure que la cause disparaît. Dans les cas mêmes où la cause échappe, l'engorgement ganglionnaire, toujours accompagné d'une

certaine inflammation, est dur et un peu douloureux au toucher; sous l'influence de topiques émollients, il a des alternatives de diminution et d'augmentation, changements qu'on ne rencontre pas dans les kystes.

— Lorsque la tumeur ganglionnaire augmente de volume et se ramollit, elle présente comme les kystes une certaine rénitence ou de la fluctuation; mais le plus souvent elle est bosselée, fluctuante dans un seul point, et dans ce point-là même, en attendant quelque temps, on voit la peau rougir, s'altérer et se comporter comme dans les cas d'abcès. Dans les kystes, au contraire, nous avons noté que la peau pouvait être distendue, amincie, mais presque toujours saine, même quand la tumeur avait acquis un volume très-considérable. Les tumeurs ganglionnaires du cou, dit Boyer, tantôt sont isolées et représentent une sorte de chapelet, tantôt elles sont réunies en une masse bosselée..., leur résolution est fort rare: le plus souvent elles suppurent.

— Lorsqu'un kyste est situé dans la région carotidienne, il peut, jusqu'à un certain point, simuler, par sa force et surtout par ses battements, un anévrisme de l'artère carotide. Mais en étudiant avec soin chacun des caractères de la tumeur, l'erreur nous semble assez difficile. Les battements qu'elle présente sont certainement le signe qui peut le plus faire croire à une poche anévrismale, parce qu'ils sont isochrones à ceux du pouls; mais, en les étudiant de près, on verra qu'ils ne sont autre chose qu'un mouvement d'impulsion imprimé par le choc de l'artère au kyste tout entier; il y a soulèvement de la tumeur et non dilatation, ou expansion des parois. On s'en assure, non

en embrassant la tumeur avec la main, mais en la saisissant avec les doigts sur les côtés. Boyer dit que, dans les goîtres, les battements s'affaiblissent et cessent même presque entièrement lorsque la tête est inclinée au devant et du côté de la tumeur. J'ai eu occasion de répéter cette expérience et je l'ai trouvée parfaitement juste. Pourtant je préfère employer un autre moyen qui réussit bien quand on peut saisir et isoler en partie le goître avec les doigts écartés et recourbés sur lui. On recommande au malade de fléchir un peu la tête en même temps que tirant la tumeur en avant, on cherche à l'écarter de l'artère; de cette façon, il m'est arrivé plusieurs fois de ne plus sentir aucun battement. Ajoutez à cela les autres renseignements que l'on peut tirer de l'âge des malades, de la forme, de la consistance, de la marche et surtout de l'auscultation de la tumeur, et on comprendra difficilement qu'une erreur grave puisse être commise. Cependant Boyer assure qu'il a vu plus d'une fois des goîtres pris pour des anévrismes de la carotide, et qu'il avait beaucoup de peine à calmer l'imagination des malades justement effrayés. De notre côté, nous pouvons citer aussi un cas dans lequel l'erreur a été suivie des résultats les plus funestes. — Il s'agit d'un jeune homme portant sur le côté droit du cou une tumeur oblongue, contenant évidemment un liquide. Elle présentait des battements très-distincts caractéristiques des poches anévrismales, et un mouvement d'expansion que l'on percevait sur tous les points de la tumeur, sensible surtout dans une direction latérale. Son apparition remontait à neuf mois. M. Syme crut à l'existence d'un anévrisme de l'ar-

tère carotide. Cependant, connaissant la possibilité et la gravité d'une erreur, il examine le malade à trois reprises différentes; étudie la tumeur avec le plus grand soin et en plaçant la tête dans diverses positions. Il ne trouve pas à l'auscultation de bruit anévrismatique, mais toujours de très-forts battements. — Convaincu qu'il a devant les yeux un anévrisme, M. Syme se décide à l'opérer et lie la carotide au-dessous de l'omo-hyoidien. Après la ligature, la tumeur diminue, au dire du malade lui-même. Cependant, après quelques jours apparaissent dans la plaie des hémorrhagies successives, et la mort arrive le douzième jour. — A l'autopsie, on trouva adhérente aux parois des vaisseaux la tumeur qui n'était autre chose qu'un kyste à parois épaisses et aréolaires à leur face interne. Le liquide contenu dans le kyste était semblable à du gruau épais.

Tout en appréciant à leur juste valeur, les caractères singuliers du kyste qui ont pu induire le chirurgien en erreur, nous ferons observer que dans un cas aussi difficile, il aurait dû recourir à une ponction exploratrice, moyen d'investigation qu'il ne faut jamais oublier, dans le diagnostic des tumeurs de nature douteuse.

Nous rapprocherons de ce fait, un cas assez intéressant qui nous est personnel. Il y a trois ans, je fus appelé par un de nos collègues des hôpitaux, pour examiner un malade qui voulait être opéré d'une tumeur qu'il portait au cou et qu'on regardait comme un kyste. Cette tumeur placée sur le devant du cou, avait le volume des deux poings. Elle était aplatie, indolente, sans changement de couleur à la peau qui était

seulement amincie et soulevée par de grosses veines tortueuses qui rampaient au-dessous d'elle. Au toucher la tumeur était molle, pâteuse, sans battements et donnant la sensation d'un paquet de vaisseaux comme dans le varicocèle, mais soutenus par une trame assez dense. Ne trouvant pas là les caractères des kystes, et craignant de tomber sur une de ces tumeurs du corps thyroïde qui sont presque exclusivement formées de vaisseaux artériels très-dilatés, je pratiquai une ponction exploratrice avec un petit troicart à hydrocèle. Il sortit aussitôt par la canule, du sang très-rouge, mais sans saccade et par un courant continu. Après en avoir laissé couler la valeur de cinq à six cuillerées à bouche, je retirai la canule du trocart et je fermai la piqûre avec un emplâtre anglutinatif. Un peu de sang s'infiltra dans la peau et il ne survint rien de nouveau.

Nous ne parlerions pas de la confusion que l'on peut faire de certains kystes du cou avec un lipôme, si elle n'avait été signalée comme possible par Hawkings et si nous n'avions pas à citer une erreur de ce genre.

Hawkings, en parlant de la tumeur congéniale et formée de petits kystes très-nombreux qu'il avait observée sur un enfant, dit qu'au toucher elle donnait la sensation d'un lipôme par son étendue, sa forme mal limitée et la consistance différente des kystes; mais, dans ce cas, d'autres signes dont nous avons déjà parlé, avaient fait reconnaître la nature de la maladie. — L'autre fait m'a été communiqué par M. Huguier. Chargé du service de M. le professeur Gerdy à l'hôpital Saint-Louis, il eut à examiner un malade qui portait sur le côté droit du cou, une tumeur qui s'éten-

daît des apophyses épineuses de la colonne cervicale jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien de ce côté. Cette tumeur était indolente, mal circonscrite, mollasse, et elle fut prise pour un lipôme. Le chirurgien après avoir divisé le trapèze, le complexus et le splenius, trouva une tumeur qui n'était autre qu'un kyste séreux, contenant un liquide très-clair. Dans ce cas, la mollesse, l'absence de fluctuation et la place insolite occupée par le kyste, en arrière du cou et sous des muscles épais, pouvaient seuls faire supposer un lipôme, mais une ponction exploratrice aurait permis d'éviter cette erreur.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile, quand il s'agit de savoir si la tumeur est formée d'un seul kyste ou de plusieurs. Dans quelques cas de kystes volumineux présentant plusieurs lobes, dont la consistance n'est point partout la même, à cause de l'épaisseur différente des parois ou des parties molles placées au-devant, on serait tenté de croire à l'existence de plusieurs poches; souvent il est facile de s'en assurer en les palpant et en s'assurant que l'on peut faire passer librement le liquide d'un point de la tumeur à l'autre; mais il n'en est pas toujours ainsi. Deux kystes peuvent être intimement unis de manière à représenter pour ainsi dire un seul kyste coupé par une cloison et, alors, l'impulsion que vous exercez sur un des points de la tumeur se fait parfaitement sentir dans tous les autres. Ici l'erreur est inévitable et on ne découvre qu'il existait plusieurs kystes qu'en voyant qu'après avoir vidé en partie la tumeur, elle a cependant peu diminué de volume.

Pour compléter le diagnostic différentiel des kystes

du cou, il nous reste encore à parler des tumeurs solides dans lesquelles on rencontre des kystes. Ces tumeurs sont de nature très-différente : ce sont des masses ganglionnaires dégénérées, des tumeurs cancéreuses ou fibro-plastiques. A une certaine période de leur développement, sans doute sous l'influence de l'inflammation chronique qui les travaille, il se forme dans l'épaisseur du tissu morbide, des poches accidentelles contenant, tantôt une matière filante, tantôt une sérosité un peu épaisse, etc. Dans ces cas, la tumeur présente généralement une consistance très-différente dans ses parties; tandis que la masse est solide, quelquefois dure, on sent à la superficie un point très-mou. Par le toucher, on peut constater un défaut de résistance, et quelquefois une fluctuation manifeste annonce la présence d'un liquide, quoique ces poches soient en général petites. Mais comment distinguer s'il s'agit d'un épanchement de sang comme on en rencontre quelquefois dans les masses ganglionnaires, à un lobe ramolli de tumeur encéphaloïde, à une collection purulente? Vous avez affaire à un kyste, et cependant ce kyste n'a ni la forme, ni la marche, ni la physionomie toute particulière que nous avons décrite. C'est qu'en effet, le kyste n'est ici qu'un épiphénomène, un accident dans une maladie beaucoup plus grave; c'est un kyste dans une tumeur situé au cou, plutôt qu'un kyste du cou proprement dit. Dans les cas de ce genre, l'erreur est facile; car le chirurgien n'a le plus souvent, pour le guider, que des présomptions.

KYSTES DERMOÏDES.

Les kystes dermoïdes se rencontrent assez souvent au cou ; ils ne diffèrent pas de ceux qu'on observe sur les autres parties du corps. Boyer dit que ceux qui occupent la région postérieure sont des stéatômes ou des athérômes ; tandis que ceux de la région antérieure ou latérale sont des méliceris. Ce que j'ai observé, me paraît confirmer cette opinion ; pourtant elle me semble exprimée d'une manière un peu absolue en l'absence de faits précis et de raisons anatomiques. J'ai enlevé deux de ces kystes situés, l'un sur le ligament cervical, l'autre un peu en dehors de lui. Le premier contenait une matière semblable à du beurre rance ; le second une sorte de mastic homogène, d'un blanc sale. On a rencontré à la partie antérieure du cou, des kystes contenant tantôt une matière de la consistance du miel ou du suif fondu, tantôt un liquide crémeux, semblable à du pus, mêlé de globules graisseux, de poils, de débris d'épithélium.

Ces tumeurs, dont il est ordinairement impossible de préciser l'époque d'apparition, sont d'abord très-petites et ne se développent qu'avec une extrême lenteur. Arrivées au volume d'une noisette ou d'une noix, elles restent souvent stationnaires ; mais quelquefois elles prennent un développement assez rapide sous l'influence d'une inflammation qui s'est emparée de l'intérieur de la poche, et elles finiraient par abcéder, si l'art n'intervenait pas. Elles sont superficielles, mobiles, indolores, arrondies, sans changement de couleur à la peau. Leur consistance, variable, n'est pas tou-

jours en raison de la matière qu'elles renferment ; les unes sont dures, les autres sont élastiques, rénitentes, ou franchement fluctuantes ; quelquefois elles sont pâteuses, molles, gardant l'impression des doigts et conservant assez longtemps les formes qu'on leur fait prendre par la compression. Lorsqu'elles sont situées au niveau du corps thyroïde, de manière à simuler une affection de cette glande, il est facile de reconnaître l'erreur, en constatant qu'elles ne suivent pas le larynx dans les mouvements qui lui sont imprimés par l'acte de la déglutition. Nous ne disons rien de plus de ces kystes qui se rapprochent trop de ceux que l'on rencontre sur les autres points du corps, pour exiger de longs développements.

TRAITEMENT. — Le traitement des kystes du cou comprend deux ordres de moyens : 1° les topiques appliqués directement sur la tumeur ; 2° les opérations chirurgicales.

1° *Topiques.* A l'époque où on confondait les kystes du cou avec les goîtres, on traitait ces deux maladies de la même façon. En même temps qu'on prescrivait des remèdes internes qui, sans efficacité contre la tumeur, ne pouvaient avoir sur la santé qu'un résultat fâcheux, on appliquait sur le kyste une foule de topiques bizarres qui sont abandonnés aujourd'hui. Une meilleure étude des kystes du cou a singulièrement simplifié leur traitement : il consiste dans l'usage des révulsifs locaux et des fondants employés ensemble ou séparément, suivant les cas. Les révulsifs les plus généralement employés sont les préparations ammoniacales et

les vésicatoires; la plupart des praticiens n'emploient même que ces derniers. Pour en tirer tout le résultat possible, il faut, suivant les conseils de M. Velpeau, qui les a longtemps expérimentés, les employer très-grands de manière à envelopper toute la partie accessible du kyste; on les fait suppurer quelques jours, puis, après avoir laissé sécher la surface, on en applique de nouveaux. Il ne faut pas craindre de développer une inflammation trop vive, car on doit toujours avoir présent à l'esprit l'épaisseur des parois du kyste et des parties molles placées au-devant de lui; et, d'un autre côté, il faut que l'action des vésicatoires soit assez grande pour réveiller l'inflammation chronique de la poche et déterminer ainsi le travail nécessaire à la résorption des liquides. Les fondants, tels que l'onguent mercuriel, l'emplâtre de Vigo, mais surtout les préparations iodées, doivent être mis en usage quand la tumeur présente une certaine résistance et qu'on a lieu de soupçonner des parois épaisses et une hypertrophie de la glande thyroïde. On pourrait se borner à l'emploi des révulsifs si on était bien assuré que l'on traite un kyste séreux à parois minces, contenant un liquide peu épais, placé au dehors de la glande thyroïde; mais comme dans un grand nombre de cas on reste dans le doute, on associe le plus souvent les deux moyens en appliquant d'abord des vésicatoires que l'on fait suivre de l'emploi des pommades iodées pour activer la résolution une fois que les révulsifs l'ont commencée.

Il est évident que ces moyens ne conviennent pas aux kystes dermoïdes, mais seulement aux kystes séreux. Les chances de succès seront en raison inverse de l'ancienneté du kyste, de l'épaisseur des parois,

de la quantité du liquide contenu. Mais, dans les conditions les plus favorables, il faut encore être prévenu que le traitement par les topiques locaux est toujours long, souvent impuissant et assez fréquemment suivi de récidives.

2^e Opérations. Celse, après avoir indiqué la composition des tumeurs appelées bronchocèles, ajoute :
 « On peut guérir la tumeur par l'application des caustiques qui doivent perforer la peau et le kyste sous-jacent ; cela fait, la matière s'écoule d'elle-même si elle est fluide, ou, si elle a trop de consistance, on la retire avec les doigts ; puis on panse la plaie avec de la charpie. Mais le scalpel offre encore un moyen plus expéditif. On fait sur le milieu de la tumeur une incision qui pénètre jusqu'à la tunique ; avec les doigts on isole le dépôt morbide des parties saines, et on l'emporte en entier, sans rien laisser du kyste. Il faut ensuite laver la plaie avec du vinaigre additionné de sel, et procéder à la réunion par un point de suture ; l'on a soin de serrer modérément le bandage, pour ne pas gêner la respiration. Quand le kyste n'a pu être enlevé, on y introduit des caustiques pulvérulents, et on achève le pansement avec la charpie et d'autres suppuratifs. » (Celse. — Traduction de M. des Étangs. Paris, 1846). Nous avons voulu citer textuellement ce passage de Celse, parce que les auteurs qui l'ont suivi n'ont fait que répéter ses paroles en les tronquant et aussi parce qu'il renferme à peu près toute la chirurgie de notre époque sur les kystes du cou jusqu'à Maunoir.

Cautérisation. L'opération qui semble la plus an-

cienne et la plus en rapport avec les premiers âges de la chirurgie est la cautérisation. Elle est presque complètement abandonnée aujourd'hui que nos connaissances anatomiques précises nous permettent de porter le fer avec sécurité dans la région du cou. Déjà Celse lui préférerait l'instrument tranchant. En effet, quand on songe aux douleurs et à la cicatrice difforme qu'elle détermine, à l'incertitude de son action, à l'épaisseur des tissus qu'il faudrait détruire, dans certains cas, pour arriver dans le kyste, on n'hésite pas à la repousser. Heister, qui l'employa sur un malade épuisé par la douleur et chez lequel il redoutait une hémorrhagie, n'en obtint pas de fort heureux résultats.

Il avait placé sur la tumeur un emplâtre de diachylon de trois pouces, ayant dans son milieu un trou ovale de la longueur de deux pouces, et d'un de largeur; il remplit cette ouverture de petits morceaux de pierre à cautère. Après six ou sept heures, Heister trouva les téguments rongés, mais la tumeur n'était pas ouverte, et il fut obligé de la couper dans sa longueur. La tumeur se vida, et tout allait bien lorsqu'on s'aperçut que les matières étaient retenues dans le bas de la poche, et Heister fut obligé de pratiquer une contre-ouverture. — Nous trouvons dans ce seul fait tous les inconvénients que nous avons signalés. Certes, une cautérisation faite avec de la potasse dans l'étendue de deux pouces sur un, dut être fort douloureuse et produire une cicatrice très-apparente. De plus, elle ne suffisait pas, et on fut obligé d'avoir recours au bistouri, qu'on aurait pu employer tout d'abord.

Les caustiques sont cependant employés dans le traitement des kystes dermoïdes du cou, chez quelques

personnes pusillanimes. On divise la peau qui recouvre la petite tumeur par une trainée de pâte de Vienne ; l'escarre est ensuite incisée, et on enlève le kyste par énucléation. Malgré les avantages que certains praticiens attachent à cette manière de faire, nous la repoussons entièrement.

b. Ponction. Comme nous l'avons déjà dit, la ponction est un moyen d'exploration très-important ; elle est aussi une des parties de l'opération dans le traitement des kystes par l'injection, mais elle ne constitue pas à elle seule un moyen de traitement. Assez souvent elle a été employée comme palliative chez des malades craintifs, ou pour diminuer instantanément le volume d'une tumeur produisant une suffocation imminente. Envisagée comme moyen palliatif elle est le plus souvent d'un médiocre secours, parce que le liquide se reproduit avec une extrême facilité en quelques jours et, parfois même, en quelques heures. En outre, elle n'est pas toujours parfaitement supportée, surtout quand on la pratique fréquemment : chez une des malades de Maunoir, il se forma, à la suite de plusieurs ponctions, un véritable abcès qui nécessita l'ouverture de la tumeur. Cependant Hawkings opérant un enfant de 8 mois qui portait une tumeur congéniale formée de kystes multiples, se trouva bien de ponctions répétées de temps en temps. Au bout d'un an, les kystes étaient guéris et il ne restait plus qu'une masse dure qui, traitée par l'iodure de potassium, disparut au bout de trois ans. Employée dans les cas semblables à celui d'Hawkings, elle présente d'abord l'avantage de diminuer le volume de la tumeur, et de permettre la déglu-

tition et la respiration qui sont souvent fort difficiles chez les enfants de cet âge ; l'observation prouve, en outre, que sous l'influence de ponctions répétées, les petits kystes peuvent s'enflammer et s'oblitérer, et nous préférons beaucoup ce traitement à l'extirpation que Liston voulut leur appliquer, comme nous le verrons plus loin. Il n'est même pas sans exemple de voir une simple ponction amener la guérison de kystes assez gros. Dans deux des observations de J. L. Petit, les malades guérirent parfaitement en quelques jours. La ponction n'est donc pas un moyen à rejeter complètement même comme moyen curatif.

La ponction se fait avec un bistouri à lame étroite et le plus souvent avec un trocart. On doit préférer le bistouri quand il s'agit de petits kystes, dans lesquels on rencontre assez souvent une matière épaisse, parce que l'on peut transformer, si cela est nécessaire, la ponction en une incision. Quand il s'agit de kystes volumineux, qu'il faudra traverser une assez grande épaisseur de parties molles, on doit préférer le trocart pour plusieurs raisons. D'abord, une ponction profonde faite avec un bistouri, ressemblera singulièrement à une incision, à moins que la lame de l'instrument ne soit étroite dans toute son étendue ; et si elle est étroite on aura un inconvénient très-grand, ce sera de n'avoir qu'une plaie trop étroite pour permettre au kyste de se vider facilement. Ajoutez à cela qu'avec une lame tranchante, on a beaucoup plus de chance de diviser quelques vaisseaux qu'avec un trocart. M. Fleury reproche au trocart de permettre aux liquides du kyste de s'infiltrer dans les tissus quand la plaie de la peau se cicatrise avant celle de la poche et

il cite, à l'appui de son opinion, un fait de Maunoir, dans lequel le liquide du kyste avait envahi la partie supérieure du thorax, et le cou de manière que celui-ci ne faisait plus avec la tête qu'une colonne continue. En même temps la respiration était difficile et l'aspiration impossible. Mais M. Fleury oublie de dire que Maunoir n'avait retiré qu'une petite tasse de liquide de la tumeur qui était volumineuse. Pourquoi la ponction faite avec un bistouri eût-elle empêché cet accident? il nous semble au contraire que la plaie étroite produite par un bistouri y eût singulièrement disposé.

c. Incision. L'incision n'est pas employée seule. Quand on a ouvert un kyste, il reste encore à modifier sa cavité pour en obtenir l'oblitération. Aussi Celse prescrit-il d'introduire dans la poche des caustiques pulvérulents et d'achever le pansement avec de la charpie et d'autres suppuratifs. Dans presque toutes les observations de kystes traités par l'incision, nous avons retrouvé scrupuleusement observés ses sages préceptes. C'est qu'en effet il ne suffit pas de panser le kyste une fois ouvert comme une plaie simple, et d'attendre qu'il se développe une inflammation suppurative. La poche, bien que largement ouverte et en contact avec l'air, s'enflamme très-difficilement. Délivrée par l'évacuation du liquide de la pression que subissait la membrane interne, elle secrète en abondance un liquide semblable à celui qu'elle contenait. Est-ce à cette sécrétion abondante qui protège ses parois, est-ce à sa structure qu'il faut attribuer sa résistance à l'inflammation? nous l'ignorons, mais c'est un fait dont on ne

saurait douter. Dans l'observation de Morelot, le dégorgement fut si considérable pendant deux mois, qu'il fallait répéter les pansements trois fois par jour, et la matière conservait toujours son caractère séreux. Pour en changer la nature, il fut obligé de toucher plusieurs fois l'intérieur de la poche avec un pinceau trempé dans le beurre d'antimoine, et de se servir dans les pansements, de bourdonnets de charpie chargés d'un digestif animé ou de substances aromatiques. Delpech, au lieu d'employer des matières irritantes, bourrait la poche avec de la charpie et ne renouvelait le pansement que tous les cinq ou six jours. Mais ces pansements rares ont aussi leurs inconvénients : ils peuvent développer dans la poche, une inflammation trop vive comme cela arriva à Delpech, et il est fort difficile de s'en rendre maître.

Nous signalerons, en passant, encore un autre inconvénient de ce traitement, il peut arriver qu'un bourdonnet de charpie ou une autre partie des pièces du pansement s'égare dans le kyste, et, par son séjour prolongé, y détermine quelques accidents. Probablement c'était dans cette crainte et aussi pour les retirer plus facilement que Delpech liait les bourdonnets de charpie avec un fil ciré, procédé renouvelé dans ces derniers temps par M. Bretonneau. Dans l'observation du docteur Desfarges, opéré par J.-L. Petit, son confrère était dans la plus grande anxiété, parce qu'il se croyait affecté d'une carie du sternum, sentant un petit corps dur à l'orifice de la plaie ; ce n'était autre chose que la poudre de résine employée pour arrêter l'hémorrhagie qui s'était réunie. J.-L. Petit retira ce corps étranger gros comme une ficelle et de la longueur d'un pouce.

Beaucoup de chirurgiens ont renoncé au mode de traitement de Delpech, et préfèrent toucher l'intérieur du kyste avec du nitrate d'argent ou un caustique plus énergique. De cette façon, on est plus certain de déterminer l'inflammation et la destruction du kyste ; car il ne faut pas croire qu'une fois la poche vidée, elle revient rapidement sur elle-même, et que la suppuration, développée, suffira pour permettre d'amener l'accollément des parois modifiées à leur surface. Lorsque le kyste est épais, il faut qu'il s'opère dans la tumeur un travail plus profond. Par suite de l'inflammation, les parois du kyste, qui sont douées d'une vitalité peu énergique, sont frappées de mort, tombent par lambeaux et sont entraînées par la suppuration. Quelquefois même l'enveloppe celluleuse lâche, qui enveloppe souvent les kystes dans toute leur étendue, leur permet de se comporter comme une sorte de corps étranger, une fois qu'ils sont frappés de mort. M. Huguier m'a communiqué le fait suivant d'un individu qui portait un large kyste sur la partie latérale du cou. La tumeur fut ouverte, et sa face interne touchée avec le nitrate d'argent dans une grande étendue. Quelques jours après, voulant retirer quelques lambeaux sphacelés avec des pinces, il amena à lui le kyste, qui sortit tout entier. On n'a pas même toujours besoin de porter le caustique sur tous les points de la poche. Une fois la destruction du kyste commencée, elle s'étend de proche en proche, assez rapidement.

Lorsqu'on emploie la méthode de l'incision, il faut ouvrir largement le kyste dans une direction le plus souvent verticale. Une ouverture trop petite ne permettrait pas au pus de sortir librement, et reculerait

singulièrement la guérison. C'est pour avoir fait une incision de ce genre que Heister, voyant le pus s'accumuler à la partie inférieure du kyste, fut obligé de faire une contr'ouverture, et de passer un séton. A partir de ce moment, le malade marcha rapidement vers la guérison. Du reste, en agissant ainsi, on ne fait que suivre un précepte général de la chirurgie des plaies. Cependant, il est quelques cas où l'on peut faire exception à cette règle, c'est quand il s'agit d'un kyste séreux à parois minces, d'un volume médiocre, et sur lequel vous pouvez pratiquer une incision à la partie la plus déclive. Appelé par M. le docteur Desvovues, près d'une jeune demoiselle fort belle, qui portait à la partie antérieure et droite du cou, un kyste du volume du poing, et qui semblait se prolonger fort loin en arrière, j'e me contentai de faire une incision d'un centimètre un peu au-dessus du sternum en avant du pied du sterno-mastoidien. Il sortit par cette ouverture plus d'un grand verre de matière filante, mêlée de pus. Le stylet, introduit par cette ouverture, ne descendait pas derrière le sternum, mais pénétrait jusque sur la colonne vertébrale. Je me contentai d'introduire dans la plaie une longue tente, petite, mais solide, en recommandant de garder dans le lit une position à moitié assise. Le liquide prit en quelques jours les caractères d'un véritable pus. Touchant de temps en temps l'ouverture avec du nitrate d'argent pour l'empêcher de se fermer, je supprimai la mèche, et au bout d'un mois, la jeune malade fut guérie. Un médecin des hôpitaux l'avait traitée pendant plus d'un an pour un goître, au moyen des préparations iodées à hautes doses.

Si l'on ne consultait que les observations qui ont été rapportées par les auteurs, on serait tenté de croire que le traitement des kystes du cou par la méthode de l'incision, est parfaitement simple ; car, sur vingt faits recueillis au hasard, je n'ai trouvé qu'un seul cas de mort. Mais il est très-probable que, dans le choix des observations qui ont été publiées, on a préféré les cas de succès. L'incision large doit être regardée comme un moyen exceptionnel. Mais elle est de nécessité dans les cas où le kyste ayant été traité par des sétons petits ou par des injections, il s'est formé un véritable abcès dans la cavité du kyste ; elle est encore indiquée dans les cas comme celui que rapporte J.-L. Petit, où, après avoir tiré de la tumeur plus d'une chopine de liquide couleur café, elle n'était pas sensiblement diminuée, parce qu'il y avait dans le kyste une notable quantité de sang coagulé, fourni par une petite artère. L'hémorrhagie avait été reconnue par Desforges, qui était *connaisseur*, ainsi que l'affirme Petit. Mais, lui dit-il, *le mal n'est pas au-dessus de nos forces ; le vaisseau n'est pas considérable, et il est à la portée de nos doigts, rassurez-vous*. Alors Petit ouvre le kyste par une incision qui va du menton au sternum, retire une masse considérable de sang coagulé, découvre le vaisseau qui fournissait l'hémorrhagie, et ne pouvant le lier, opère le tamponnement. Un élève intelligent maintient l'appareil avec la main, pendant plusieurs heures, et ce n'est que le septième jour alors que la suppuration était bien établie, que Petit enleva les pièces du pansement : Desforges guérit.

L'incision a encore été employée avec une modification qui en fait une opération pour ainsi dire nou-

velle. Cette modification consiste à diviser d'abord la peau sans toucher au kyste qu'on n'ouvre que plus tard ; c'est l'opération par incision, mais *en deux temps*. Ce fait curieux appartient à Boerhaave et nous le rapporterons ici tout entier, car il n'est pas un seul des détails qu'il contient qui ne soit digne d'intérêt.

Nascebatur huic in sinistra parte colli, quæ ab supremo jugulo ad acromium porrigitur, albus mollis, indolens, frigidus, tota sua mole mobilis utcumque tumor, intra spatium breve temporis eo usque increscens, ut gallinaceum jam superaret ovum. Jacebat vero longe profundius, quam alias videre memini. Unde et difficilior de natura ejus judicium; licet nulla in eo pulsatio observaretur, nec varicosa ad ambitum vasa apparerent. Quum hyberna tempestas esset, res vero ipsa haud satis liquida, suasi, rediret domum, foveret bis quotidie partem posca parata cum sale ammoniaco, atque amplastro melliloti permisto cum aqua Galbani soluti parte tegeret; cæterum, urgente malo, circa ver rediret. Rediit dicto tempore, ostenditque tumorem, eundem quidem, sed jam adeo magnum, ut anserino ovo longe major deformaret illam, imo et vicinarum partium actionem, in deglutitione imprimis, quam maxime impediret. Mirum satis: pressus undatim cedentis aquæ speciem perfecte referebat, ita tamen, ut sic quidem mutatione figuræ liquidum testaretur humorem; interim vero, pressa tota mole haud evanescens, doceret omnem illum liquorem uno receptaculo arctari. Volui totum tumorem integrum per aperta integumenta eximere. Sed præmetuens fallaciæ, ne forte arteria, vel vena, sanguine distenta formaret malum, licet aliter censerem ipse, et aquosum jamdudum putarem esse tumorem; volui ut chirurgus complicata integumenta, et fortiter elevata a superficie tumoris in altum, cuspide adacta lanceolæ ad infima, sursum discinderet, sicque longum faceret vulnus a scapulæ fastigio versus jugulum decurrens, moxque obligaret factum. Postridie redeuns video eminere per vulneris ora ingentem tumorem, cujus superficies crassa, atque fungosa apparebat. Sed simul tanta spectabatur mali magnitudo, ut, si eximi debuisset, vulnus certe ab acromii apice ad maxillæ inferioris angulum vix suffecisset huic negotio. Interim protuberabat omni hora per aperturam vulneris magis ille tumor, cum dolere ingenti ex

distracto vulnere. Curavi itaque, lente incidendum acie lanceolæ involucrum, sed caute primo et parva valde plaga : ut, si cruor exiret forte, posset compesci. Haud crederes quam hoc factu difficile : tanta erat membranæ hujus crassities, certe quatuor, vel quinque lineas æquans. Pertusa dabat rivum salientis aquæ flavæ, ad ignem coeuntis, copia magna; scrutatus tum specillo inveni ingens cavum undique crassa factum membrana undique clausum. Id dein, immissis spleniolis ex linteo carpto, et trochiscis de minio, ad fortem deductum suppurationem, felicissime persanatum fuit. Postea vero meditatus dici ad omnia, quæ in hac historia observari potuerunt, in eam fere sententiam me perductum sensi, esse et in interioribus forte hujusmodi glandulosos, cavos, utriculos, quales in exterioribus supra videntur deprehensi. Sed et tamen cogitabam, hos haud impleri humore tam lento, sed dilutiore quidem, magisque fluido, qui porro et suis de causis spissatus, exire impos, et ibi necessitate simili tumores serosos produceret, aquososque.

d. Excision. Nous devons rapprocher de l'incision l'opération qui consiste à exciser une partie des parois du kyste, après l'avoir découvert ou en comprenant une portion de la peau qui le recouvre. Percy lui accordait une importance d'autant plus grande qu'il voulait déprécier le séton proposé comme nouveau mode de traitement par M. Maunoir. L'excision n'est pas, en général, d'une exécution difficile, et la plupart de ceux qui l'ont employée disent y avoir trouvé des avantages. Les occasions de l'employer sont rares. Elle peut être utile dans les cas de kystes à parois épaisses et dures, facilement accessibles à l'instrument tranchant, et quand on croit bon d'avoir une grande ouverture pour la sortie des matières contenues dans le kyste; mais nous regardons l'excision comme plus exceptionnelle que l'incision telle que la pratiquaient Celse, J. L. Petit, Delpech.

e. Extirpation. La méthode qui consiste à enlever la totalité du kyste n'est généralement bonne que pour les kystes dermoïdes. Celse la conseille et avec raison : *On fait, dit-il, sur le milieu de la tumeur une incision qui pénètre jusqu'à la tunique ; avec le doigt on isole le dépôt morbide et on l'emporte en entier sans rien laisser du kyste.* N'est-ce pas l'opération telle que nous la pratiquons aujourd'hui ? Maintenant qu'on incise la tumeur des parties superficielles aux profondes ou des parties profondes aux superficielles, que l'on se serve d'une pince au lieu du doigt (ce qui est meilleur sans doute), n'est-ce pas toujours la même opération ? Quant aux kystes séreux, à moins qu'ils ne soient très-petits, très-mobiles, à parois denses et qu'on puisse les enlever avec la plus grande facilité, nous pensons que l'extirpation ne leur convient pas. Est-il même possible d'y songer un instant dans les cas de kystes volumineux ? Il suffit de lire le fait de M. Gubian pour être véritablement effrayé des dangers d'une pareille opération. La tumeur était située à la partie antérieure du cou et remplissait tout l'espace compris entre les deux mastoïdiens, la mâchoire et le sternum. Par une incision oblique dans la direction du sterno-mastoïdien il pénètre dans le kyste d'où sortent 500 grammes de liquide ; il constate que le corps thyroïde est hypertrophié, que le kyste se confond avec les muscles longs du cou et paraît collé sur la colonne vertébrale. Pourtant il veut enlever la tumeur. Mais il est bientôt obligé de l'abandonner ayant une hémorrhagie abondante et voyant qu'en tirant sur le kyste il amenait à lui les vaisseaux et tous les organes du cou. L'hémorrhagie s'arrêta avec la plus grande

difficulté; il survint du tétanos, et, après les accidents les plus graves, le malade finit cependant par guérir.

Dans un cas de tumeur congéniale formée de kystes multiples, semblable à celle qu'Hawkins avait si heureusement traitée, Liston voulut pratiquer l'extirpation. Lui-même raconte que le petit malade eut une hémorrhagie des plus difficiles à arrêter et une syncope dont il ne revint qu'avec peine. — Une seule fois je voulus pratiquer l'extirpation, alors que j'étais chargé du cours de clinique d'Auguste Bérard: il s'agissait d'une jeune fille qui portait sur le côté droit du cou et assez profondément placée une tumeur du volume d'une noix et que je croyais solide. Cependant je consultai Lisfranc qui après l'avoir examinée conseilla l'ablation. Je ne sais pas s'il l'eût pratiquée. Je procédai à l'opération, mais à mesure que je disséquai la tumeur je m'aperçus qu'elle appartenait au corps thyroïde et j'étais obligé, pour l'isoler, de diviser un bon nombre de vaisseaux artériels qui donnaient une notable quantité de sang. Alors je fis ce que j'aurais dû faire plutôt: je plongeai le bistouri dans la tumeur et je trouvai un kyste séreux. Je transformai ma ponction en une incision et la malade fut pansée simplement. Rien de grave ne survint et la malade guérit, mais j'en avais vu assez pour comprendre tout le danger de l'extirpation appliquée aux kystes du cou, et surtout à ceux de la glande thyroïde.

f. Séton. Le séton a été appliqué avec succès aux kystes du cou par Maunoir, et, depuis les observations qu'il a publiées, ce moyen a été assez souvent employé. Déjà nous avons vu que Heister, pour avoir

fait une première incision trop petite, avait été obligé de pratiquer une contr'ouverture dans laquelle il passa un séton, mais c'était pour obvier au séjour du pus dans la plaie et non comme traitement curatif. Le séton a certainement de grands avantages : il épargne une grande incision, facilite l'écoulement graduel du pus, et produit lentement l'inflammation du kyste par la présence d'un corps étranger en contact avec l'intérieur de la poche. Pourtant ce n'est pas une méthode sans inconvénients : déjà nous avons vu combien il était difficile de déterminer l'inflammation des parois du kyste, et nécessairement elle ne peut être produite par le séton qu'après un temps toujours assez long ; or ce n'est pas sans courir quelques risques d'érysipèle qu'on laisse ainsi un corps étranger traversant une poche suppurante et qui se débarrasse avec difficulté du pus qu'elle renferme. On remédie à cet inconvénient en donnant aux ouvertures une certaine étendue, mais alors on se rapproche singulièrement du procédé qui consiste à inciser le kyste sur un de ses points les plus déclives et à maintenir une mèche dans l'ouverture. Si nous ne consultations que les faits de J. L. Petit et ce que nous avons vu, nous serions bien porté à préférer au séton ce dernier mode de traitement. Cette incision serait insuffisante pour les cas où les parois des kystes sont très-épaisses et dures, mais vous en demanderez vainement la résolution au séton, et l'incision large employée seule ou combinée avec l'excision partielle devra être préférée.

g. Acupuncture. Nous rapprochons du séton un moyen qui consiste aussi à traverser le kyste avec des

corps étrangers, mais dont le mode d'action est tout différent, c'est l'acupuncture. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation de kyste du cou traité par ce moyen, et, bien que le résultat ait été heureux, il est évident qu'il nous faudrait plusieurs faits pour apprécier ce nouveau mode de traitement. L'observation a été publiée par M. Castelli et nous la donnons ici tout entière.

Une jeune personne portait, depuis six mois, à la partie latérale de la trachée, sous le sterno-mastoïdien, une petite tumeur développée à la suite d'un effort fait pour soulever un fardeau, pendant qu'elle contractait en même temps les muscles du cou d'une manière énergique. Elle n'éprouva néanmoins sur le moment aucune sensation douloureuse; mais la tumeur, à partir de cette époque, commença à se manifester, et finit bientôt par acquérir la valeur d'une noix.

La friction avec une pommade iodurée n'ayant produit aucun résultat, on se décida à employer l'acupuncture, que l'on répéta cinq fois de suite, tous les deux jours, d'abord avec deux, puis successivement avec quatre, cinq, sept aiguilles. Il se développa alors une tuméfaction inflammatoire douloureuse de la poche morbide, qui força de suspendre l'opération pendant une semaine, et de se borner aux cataplasmes de farine de lin.

Le gonflement ayant ainsi disparu, on recommença l'acupuncture avec trois, quatre, et une fois seulement cinq aiguilles.

Quand leur introduction ne faisait que peu souffrir, on les enfonçait en traversant la tumeur de part en part. Dans le cas contraire, on se contentait de les faire pénétrer jusqu'au centre du kyste : on les laissait en place une heure et demie ou deux heures au plus. Il ne sortit jamais par la piqûre que quelques gouttes de sang.

Grâce à ce traitement, la tumeur diminua peu à peu, et finit par disparaître entièrement.

h. Injections. Lorsque Maunoir, étudiant les kystes du cou, leur trouva une si grande ressemblance avec les hydropisies de la tunique vaginale, qu'il leur donna

le nom d'hydrocèle, il dut nécessairement songer à leur appliquer le même traitement. C'est ce qu'il fit, en effet ; mais le résultat ne fut pas heureux. Il avait injecté dans le kyste du vin rouge chaud, aiguisé d'une petite quantité d'alcool, et n'avait laissé séjourner l'injection dans le sac que pendant quelques minutes. La malade éprouva au moment même beaucoup d'angoisse et de douleur. Dès le lendemain il y eut du gonflement et de la rougeur ; la douleur alla en augmentant et se compliqua de trismus ; il se forma un abcès en dehors des kystes. Tous ces accidents n'ont rien qui doivent étonner. Si les kystes du cou se rapprochent de l'hydrocèle sous quelques rapports, ils en diffèrent singulièrement quant à la région où ils siègent. Peut-on un instant comparer une tumeur n'ayant de rapports qu'avec un organe glanduleux comme le testicule, développée en dehors du tronc, une maladie qu'on tient pour ainsi dire dans la main, avec une tumeur placée dans une région comme le cou, affectant des rapports avec les organes les plus importants, tellement vaste qu'on pouvait, dans certains cas, à l'aide du doigt introduit dans son intérieur, reconnaître, comme s'ils eussent été disséqués, la glande thyroïde, la trachée, les vaisseaux, les scalènes, les ptérygoïdiens. Qui oserait prévoir ce que pourrait produire dans de pareilles poches une injection de vin chaud et de vin chaud aiguisé d'alcool !

Nous croyons donc qu'on doit proscrire d'une manière absolue ces injections. Mais nous nous garderons de confondre avec elles la méthode tout entière. En introduisant dans la pratique un liquide nouveau, M. Velpeau l'a véritablement transformée.

Nous ne voulons point traiter ici la question générale des injections iodées, et nous ne le devons pas. C'est seulement au point de vue de ces kystes du cou que nous allons les examiner. Dans le traitement de ces kystes par la ponction, l'incision, le séton, la grande difficulté est de déterminer dans la poche de la tumeur une inflammation assez intense pour qu'elle suppure et non assez forte pour s'étendre aux parties voisines et déterminer des accidents. Avec les injections, il y a une difficulté de plus : il faut également enflammer la poche, mais il ne faut pas qu'elle suppure. Ainsi vous avez à éviter, comme dans les autres méthodes que nous venons d'indiquer, une inflammation qui s'étende au dehors du kyste, mais encore une inflammation qui, faisant suppurier le sac, déterminerait un abcès. Limiter l'inflammation au sac, la porter à un degré suffisant, pour enflammer sa surface interne de manière à produire une exsudation plastique, et non une sécrétion purulente, telle est la tâche à remplir. Avec les injections iodées, vous n'avez plus comme avec le vin, cette chaleur énorme dont vous ne pouvez point calculer l'action dans une vaste poche qui enveloppe tous les organes du cou. Leur action est limitée aux parties qu'elles touchent. Si vous avez à traiter un kyste à parois épaisses, et qu'on ait besoin d'une inflammation assez forte, vous ne pourrez augmenter l'action du vin que d'une manière incertaine, en y ajoutant de l'alcool ou en augmentant sa chaleur, tandis que vous pouvez graduer avec précision la force des injections iodées.

Vous pouvez encore laisser le vin séjourner plus longtemps dans le kyste, mais vous prolongez l'action

fâcheuse de la chaleur ; en laissant séjourner les injections iodées dans le sac , vous permettez seulement au liquide de pénétrer un peu plus avant dans les tissus. Avec les deux sortes d'injections, vous pourriez déterminer une inflammation trop vive , mais avec l'iode vous n'aurez d'inflammation que celle qui se développera autour de la partie attaquée par l'injection, tandis que avec le vin vous avez celle-là et la congestion phlegmasique considérable que la chaleur va développer sur tous les points à la fois. Ainsi avec les injections iodées, vous limitez, autant que cela est possible, l'inflammation au sac ; bien plus, avec la possibilité de graduer leur force, vous pourrez, pour ainsi dire, graduer l'inflammation elle-même. Nous n'ignorons pas qu'en dehors de ce que nous savons de la structure des tissus, de leur résistance à l'inflammation, de l'action de nos topiques, il existe encore un inconnu, mais cet inconnu n'existe pas moins pour les injections vineuses.

Maintenant viennent les faits, non plus seulement pour savoir si, rejetant les injections vineuses, on doit conserver les injections iodées, mais pour apprécier leur valeur comparée à celle des autres méthodes. En consultant les cas de kystes du cou traités par les injections iodées, nous voyons qu'elles ne déterminent pas de douleurs au moment de l'opération ou que la douleur est très-légère ; que la réaction générale manque souvent ou que si elle existe, au moment où un travail inflammatoire se développe dans le sac, elle est peu marquée ; puis le kyste qui a repris son volume diminue peu à peu, et après un temps variable, mais toujours assez long,

on retrouve à peine quelques traces de la tumeur. Chez deux jeunes dames que j'ai traitées par les injections iodées, et dont l'une a été examinée par M. Tardieu, les choses se sont passées aussi simplement. Nous devons dire de suite que dans ces deux cas il s'agissait de kystes séreux l'un du volume d'une forte noix, l'autre de la grosseur d'une petite orange, ayant tous les deux une enveloppe peu épaisse, c'est-à-dire dans des conditions assez heureuses.

Nous ne prétendons pas cependant que les injections iodées appliquées aux kystes du cou soient complètement à l'abri d'accidents. M. Velpeau a lui-même rapporté un cas dans lequel, au bout de dix jours, une teinte ictérique très-prononcée se montra sur la figure, le cou et presque tout le corps du malade. Il y avait en même temps de la fièvre, du trouble dans les digestions et une céphalalgie intense. Mais quelle est la méthode qui produise des accidents aussi légers et qui donne des résultats aussi heureux ?

Les injections iodées ne doivent pas être employées indifféremment dans tous les cas et sans de grandes précautions. Lorsqu'il s'agit d'un kyste séreux, d'un volume médiocre, ayant des parois souples, elles peuvent être employées immédiatement et amèneront très-rapidement sa guérison. Si le kyste est très-volumineux, sans que les parois soient très-épaisses, il faudra faire précéder les injections iodées d'une ou de plusieurs ponctions afin de permettre à la poche de revenir sur elle-même. On pourra même aider ce retrait de la poche par une douce compression, et on n'aura bientôt plus à traiter qu'un kyste d'un médiocre volume. Le précepte que nous posons ici avait été donné

pour les hydrocèles considérables. Mais quand on a affaire à un kyste volumineux et à parois très-épaisses, malgré les propriétés résolutives des préparations iodées, il faut recourir à l'incision seule ou avec excision d'une partie du sac. Dans ces cas, les injections iodées seraient impuissantes, peut-être même elles détermineraient un abcès du kyste.

Sans doute nous tenons grand compte de cette propriété spéciale qu'ont les propriétés iodées de ne point produire de suppuration dans les cavités closes, mais encore ne faut-il point porter trop loin leur énergie.

Il va sans dire que dans une région importante comme le cou, on doit apporter la plus grande attention dans la composition des liquides de l'injection, et surtout dans la manière dont on pratiquera la ponction. Par suite du développement considérable du kyste, de l'amincissement des parties qui le recouvrent, on devrait craindre de voir l'inflammation du sac se communiquer à un trajet aussi court s'il n'était pas suffisamment oblique.

Ce que nous avons dit du traitement des kystes du cou montre suffisamment que cette maladie, déjà grave quand elle est abandonnée à elle-même, l'est encore par les opérations qu'elle réclame. Nous devons ajouter cependant que leur gravité se trouve singulièrement diminuée depuis que M. Velpeau a substitué, dans la grande majorité des cas, les injections iodées aux autres opérations.