

breuses, c'est leur origine embryonnaire; un grand nombre existent déjà à la naissance et se rattachent à quelque anomalie formatrice. Quant au mécanisme de leur production, il est inconnu, et l'on ne peut émettre à cet égard que des hypothèses. Admettre avec les uns une perturbation dans la soudure des divers arcs branchiaux, n'est-ce pas énoncer le problème sans le résoudre. Si l'inclusion d'un fragment cutané rend compte des kystes dermoïdes ou branchiaux, beaucoup de kystes séreux ne sauraient s'expliquer par ce méca-

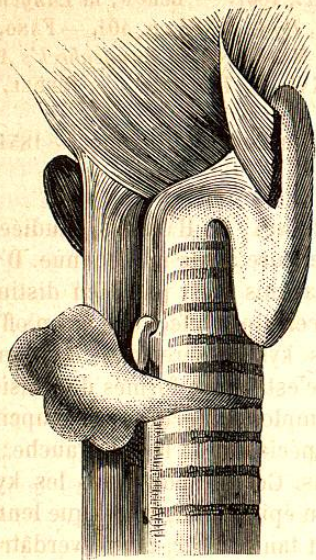


Fig. 160. — Kyste muqueux trachéal.

nisme. Après avoir successivement incriminé les ganglions, les lymphatiques, les vaisseaux, les bourses séreuses qui peuvent donner naissance à certaines variétés, on a imaginé d'autres interprétations. Ainsi divers auteurs ont pensé que les tumeurs polykystiques avaient une origine vasculaire; il s'agirait là de tumeurs érectiles et de lymphangiomes dégénérés et modifiés. Pour d'autres, les tumeurs des parties supérieures du cou et de la nuque représenteraient les restes de méningocèles et d'encéphalocèles privées de leur communication avec le crâne. Enfin on a encore fait intervenir un petit organe glandulaire inconstant, analogue à la glande coccygienne de Luschka, et qui siègerait à la bifurcation des carotides. Quoi qu'il en soit, l'étiologie des kystes congénitaux du cou, les plus nombreux, est obscure. Elle l'est surtout pour certains kystes dans lesquels on a trouvé des dents, des os, et qu'on désigne sous le nom de tumeurs hétérotopiques.

Nous étudierons successivement : 1° les kystes congénitaux, qui comprennent les kystes séreux simples et composés, les kystes branchiaux; 2° les kystes non congénitaux, et surtout les kystes hydatiques.

A. — KYSTES CONGÉNITAUX SÉREUX

Bibliographie. — BOYER, *Traité des mal. chir.*, t. VII, p. 58, 1821. — MAUNOIR, *Mém. de l'hydrocèle du cou*, Paris, 1825. — MARCHESSEUX, in *Arch. gén. de méd.*, 1839, t. V, p. 269, 427. — C. HAWKINS, *London Med. Gaz.*, 1841. — MICHAUX, in *Gaz. des Hôp.*, 1853, p. 148. — LORAIN, *Soc. de biologie*, 1853 et *Gaz. méd. de Paris*, t. VIII, 1853. — VERNEUIL, in *Ibid.*, p. 839. — DUPUY, in *Gaz. des Hôp.*, 1857. — TILLAUX, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867. — BUROW, in *Langenbeck's Archiv*, t. XII, 1871, p. 976. — TRENDELENBURG, *Ibid.*, t. XIII, p. 404. — FANO, *Union méd.*, 1872. — ANGER, *Soc. de chir.*, 1875. — MADELUNG, in *Langenbeck's Archiv*, t. XXIV, p. 71, 1879. — BOGEHOLD, *Ibid.*, t. XXVI, p. 773, 1880. — RIEDEL, in *Deutsche Chir.*, Lief. 36. (Bibliogr.)

Thèse de Paris. — 1851, VOILLEMIER (Concours). — 1854, VIRLET. — 1867, MONEL. — 1868, BOUCHER.

Signalée par MARCHESSEUX, C. HAWKINS, étudiée par LORAIN, VIRLET, BOUCHER, cette variété est encore assez mal connue. D'une part la limite entre les kystes congénitaux et acquis n'est pas bien distincte; d'autre part on range avec les kystes séreux certaines affections qui n'offrent avec eux que des analogies. On a divisé les kystes séreux en deux groupes, suivant qu'ils sont simples ou composés, c'est-à-dire formés de plusieurs loges.

Les *kystes séreux* simples uniloculaires occupent de préférence les parties latérales du cou, plus spécialement le côté gauche; ils acquièrent parfois d'assez grandes dimensions. Comme pour tous les kystes séreux, leur face interne est tapissée par un épithélium, tandis que leur contenu, très liquide, légèrement albumineux, est tantôt clair, tantôt verdâtre ou ambré; généralement ces collections n'adhèrent pas intimement aux tissus ambiants.

Les *tumeurs polykystiques* ou *kystes composés* offrent des variétés de structure beaucoup plus nombreuses; paroi et contenu présentent d'une tumeur à une autre des modifications si grandes qu'on aurait peine à reconnaître la même affection. Au reste, plusieurs auteurs établissent des types différents et distinguent des tumeurs d'origine sanguine, lymphatique etc. Ces réserves faites, les kystes composés sont sous-cutanés ou profonds; d'ordinaire peu volumineux, ils atteignent exceptionnellement des dimensions considérables. Le nombre des kystes est parfois très grand, parce qu'à côté des loges d'un volume appréciable, il en existe une multitude d'autres infiniment petites; LORAIN, VERNHER en ont compté des centaines.

Pris isolément, chaque kyste a la même structure que les kystes simples; les différences tiennent principalement aux caractères de la gangue commune et à ceux du contenu. Rien n'est plus variable que la paroi de ces tumeurs polykystiques; le tissu cellulaire feutré en est bien le *substratum*, mais souvent il s'infiltré de sels calcaires; ailleurs on y a trouvé des noyaux cartilagineux et même osseux; ailleurs encore les cloisons sont le siège de productions sarcomateuses. Les modifications du contenu ne sont pas moins intéressantes; ici les cloisons se résorbent, se réduisent à des éperons qui séparent incomplètement deux cavités voisines; là un bourgeon de la paroi fait

saillie dans la cavité ; si quelqu'une de ces végétations vient à se détacher, elle donne lieu à ces corps libres signalés quelquefois. La diversité du liquide de ces kystes a été constatée par tous les auteurs ; clair ou ambré dans la plupart de ces cas, il peut encore être verdâtre, hématique, brun, couleur chocolat. Il n'est pas très rare de trouver les loges remplies par un produit gélatineux, rosé.

Symptômes. — Les principaux caractères des kystes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les exposer ici. Rappelons seulement qu'ils forment en général des tumeurs arrondies, mobiles, fluctuantes, rénitentes, indolentes, transparentes, sans pulsations propres, recouvertes par une peau saine et mobile. La ponction donne issue à une quantité variable de liquide.

Les caractères des kystes composés sont un peu différents ; leur siège est indistinct et ils occupent aussi bien les régions antérieures que les autres ; leurs rapports profonds les rendent moins mobiles que les kystes simples. Parfois ils s'étendent de la joue ou de la base du crâne jusqu'à la clavicule et la poitrine. En pareil cas, il existe presque constamment un prolongement sus-hyoïdien qui repousse la langue en haut et engendre exceptionnellement les symptômes de la macroglossie. D'un point à un autre la consistance de ces tumeurs varie notablement ; ici la fluctuation est franche, la peau amincie laisse apercevoir nettement la transparence ; dans une autre partie elle est adhérente, résistante, épaissie. Suivant VERNHER, on rencontrerait dans quelques cas à leur surface des cicatrices bleuâtres, déprimées, qui seraient les traces de l'évacuation spontanée de la tumeur. Ce travail s'effectuerait même pendant la vie intra-utérine, et ce serait la cause de vraies cicatrices que les enfants apportent en naissant. Comme toutes les tumeurs du cou, les kystes sont bien tolérés tant qu'ils ont un petit volume ; dès qu'ils acquièrent des dimensions insolites, ces kystes peuvent menacer l'existence par la compression qu'ils déterminent sur la trachée, les vaisseaux et les principaux canaux.

Traitement. — La conduite à suivre en pareil cas est bien réglée. On s'accorde pour s'abstenir de toute intervention opératoire au moment de la naissance ; mieux vaut en effet attendre que l'enfant soit plus fort si la tumeur est peu volumineuse ; d'autre part, si les dimensions sont plus grandes, l'état général sera incompatible avec une opération. Les révulsifs préconisés par quelques auteurs doivent être rejetés comme inefficaces, et c'est à la ponction simple ou suivie d'injection iodée qu'on doit donner la préférence. Ce dernier moyen n'est pas toujours inoffensif ; SÉDILLOT a observé à sa suite de graves accidents. Les grosses tumeurs sont presque au-dessus des ressources de l'art, et malgré la méthode antiseptique il est bien rare qu'elles ne s'enflamment pas après l'ouverture. LANNELONGUE a publié (*Soc. de chir.*, 1880) un cas de kyste congénital du cou qui se prolongeait dans les médiastins antérieur et postérieur ; des accidents graves et la mort furent la conséquence de la ponction de ce kyste.

Le traitement des kystes composés diffère un peu ; si l'on recourt à la ponction, il faut successivement évacuer les tumeurs secondaires, travail assez long et incertain ; aussi lui préfère-t-on l'extirpation quand la chose est possible.

B. — KYSTES BRANCHIAUX OU DERMOÏDES

Bibliographie. — DUPUYTREN, in *Gaz. des Hôp.*, 1831, p. 101. — GIRALDÈS, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1847, p. 96. — DEMOULIN, Thèse de Paris, 1866. — VIRCHOW, *Archiv f. Anat.*, t. XXXV, 1866, p. 208. — M. SCHEDE, in *Arch. de Langenbeck*, 1872. — BIDDEN, in *Ibid.*, t. XX, p. 434. — PANAS, in *Gaz. des Hôp.*, 1874, p. 576. — BÖCKEL, *Bull. gén. de thérap.*, 1879. — GIRONDE, *Lyon méd.*, 1879, n° 33. — RIEDEL, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 36. — CUSSET, Th. de Paris, 1877. — PILON, Th. de Nancy, 1883.

Ces tumeurs, encore désignées autrefois sous le nom d'athéromes profonds, affectent au cou les mêmes caractères que dans d'autres régions. Ce sont des tumeurs uniloculaires, à paroi épaisse tapissée, par un épithélium pavimenteux. Adhérents aux parties voisines, ces kystes branchiaux ont souvent des attaches profondes et sont parfois reliés au squelette par un pédicule ou un canalicule. Quant au contenu, il varie beaucoup ; MALHERBE, dans un kyste dermoïde qui occupait l'angle de la mâchoire, a trouvé un liquide huileux ; il contenait 90 p. 100 d'oléine et 10 p. 100 de palmitine. Habituellement le contenu plus épais, presque pâteux, renferme des poils.

A côté de ces kystes dermoïdes simples, on en a exceptionnellement rencontré d'autres qui contenaient des masses cartilagineuses, des dents, des os (WURZER). Dans l'impossibilité de comprendre la formation de ces tissus, on a donné à ces tumeurs le nom de kystes hétérotopiques.

Symptômes. — Ordinairement situées sur les parties latérales, ces tumeurs sont indolentes, molles, dépressibles, peu fluctuantes, peu mobiles, susceptibles de s'enflammer puis de se vider extérieurement. SOCIN en a observé un cas à la nuque ; le kyste s'était ouvert et il existait plusieurs fistules depuis quelques années ; au centre on trouva des poils. MAX SCHEDE en a publié trois cas ; les kystes siégeaient à la partie antérieure du sterno-mastoïdien. La malade de BIDDEN avait un kyste dans la fossette sus-sternale. Le diagnostic de ces tumeurs est assez difficile, on a pu les confondre avec des abcès ganglionnaires et avec certaines grenouillettes à la région sus-hyoïdienne.

L'ablation est le seul traitement qui convienne en pareil cas ; mais il ne faut intervenir qu'autant que la tumeur n'affecte pas des rapports trop intimes avec les organes voisins, et qu'elle devient gênante par son accroissement. Plusieurs fois l'opération a été l'origine d'accidents sérieux ; LANGENBECK a blessé la jugulaire, et BERGERET a noté l'entrée de l'air dans une veine.

C. — KYSTES NON CONGÉNITAUX

Ces tumeurs se subdivisent elles-mêmes en deux groupes, suivant qu'elles se forment dans une cavité close préexistante ou dans une cavité de nouvelle formation. Au premier appartiennent : 1° les tumeurs salivaires, plus généralement connues sous le nom de *grenouillettes* ; 2° les kystes d'origine glandulaire, entre autres les *kystes sébacés* ou loupes, communs à la nuque ; 3° les *hygromas* des bourses séreuses normales ou accidentelles si abondantes au cou,

surtout au niveau de la ligne médiane; 4° les kystes du corps thyroïde. Toutes ces variétés ne présentent qu'un intérêt secondaire; elles seront du reste étudiées à propos de chaque région.

Le groupe des kystes acquis formés dans une cavité non préexistante est très restreint. Certains kystes séreux acquis simples, à évolution lente, font partie de cette classe; malheureusement leur histoire n'est pas très connue. Tantôt le liquide clair est analogue à la sérosité, tantôt son mélange avec le sang lui communique une couleur différente, brunâtre ou verdâtre (*hématocèle du cou*). Leur évolution est d'ailleurs identique à celle des autres kystes; ils peuvent parfois s'enflammer, se rompre, déterminer insensiblement des accidents compressifs, des hémorragies; le traitement est le même que pour les kystes séreux.

Kystes hydatiques. — RIEDEL a pu réunir quinze cas de kystes hydatiques du cou; leur siège de prédilection est au niveau des parties latérales. Ces tumeurs indolentes, tant qu'elles ne compriment pas les nerfs se développent lentement d'une façon continue. Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes amènent quelquefois des désordres graves; CLOQUET a observé une subluxation de la clavicule; dans un fait plus remarquable de DIXON, la sous-clavière était oblitérée, les corps vertébraux en grande partie détruits, de la cinquième lombaire à la deuxième vertèbre dorsale. Il est bien rare qu'on puisse diagnostiquer ces tumeurs; néanmoins il faudra y penser dans le cas de kystes acquis; la ponction avec injections irritantes ou mieux l'ouverture de la cavité sont les seuls moyens de traitement, mais ils sont loin d'être inoffensifs.

2° TUMEURS SANGUINES

On retrouve au cou la plupart des tumeurs vasculaires, cependant celles qui ont une origine veineuse sont plus fréquentes que les autres. Il existe même une variété spéciale qui peut acquérir des dimensions insolites, occuper tout le cou, des joues à la clavicule, et exposer à la syncope, par le seul fait d'une simple inspiration. Le lieu d'élection de ces tumeurs est le creux sus-claviculaire; on les rencontre aussi sur la ligne médiane. SCHUH, TILLAUX en ont observé des exemples à la nuque. Si quelquefois elles restent stationnaires et même rétrogradent, habituellement ces dilatations veineuses s'accroissent et exposent à de redoutables accidents parce qu'elles se développent à la fois en surface et en profondeur: les unes se réduisent complètement par pression, d'autres incomplètement; l'effort les rend turgides.

RECLUS a publié en 1881 un cas d'angiome caverneux du cou en communication avec la veine jugulaire; la production congénitale siégeait au niveau de la région parotidienne. Le diagnostic de ces tumeurs est souvent fort difficile et, dans le cas présent, RECLUS crut tout d'abord à un pneumatocèle en communication avec l'oreille moyenne; la masse était complètement et rapidement réductible. CASTEX, ROUX ont rapporté des faits qui présentent avec le précédent plus d'une analogie.

L'intervention radicale n'est possible qu'autant qu'il s'agit de petites tumeurs. On a eu plusieurs fois recours aux injections coagulantes, aux cautérisations avec le thermo-cautère (TILLAUX). Néanmoins les tumeurs veineuses très développées sont au-dessus des ressources de l'art.

Quelques auteurs décrivent comme des tumeurs sanguines certains kystes à contenu hématique; mais leur origine est discutable; ils peuvent aussi bien être considérés comme la conséquence de l'isolement d'une portion de vaisseau sanguin, que comme le résultat d'une hémorragie dans une cavité kystique.

3° TUMEURS SOLIDES

Bibliographie. — VOLKMANN, *Das Tiefe Branchiogene Hals Carcinome*, in *Centralbl. f. Chir.*, 1882, n° 8. — MAISONNEUVE, in *Gaz. des Hôp.*, 1854. — HUGUIER et RICHARD, *Ibid.*, 1862, p. 531. — PATRIDGE, *Med. Times*, p. 318, 1867. — WAITZ, *Arch. de Langenbeck*, 1877, t. XXI, p. 622. — KRONLEIN, in *Ibid.*, t. XXI (Suppl.), p. 131, 1877. — BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1862, p. 72. — TRÉLAT, *Gaz. des Hôp.*, 1868. — KÜSTER, *Arch. de Langenbeck*, 1870, t. XII, p. 611. — TRENBERG, *Centralbl. f. Chir.*, 1883, p. 437.

Lipomes. — LISFRANC, *Gaz. des Hôp.*, 1844. — VELPEAU, *Ibid.*, 1846. — HUGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, 1854, p. 296. — LARREY, *Ibid.*, 1857. — BRYK, in *Arch. de Langenbeck*, t. XVII, 1874. — KRONLEIN, in *Ibid.*, t. XXI, 1877. — VERNEUIL, *Gaz. hebdom.*, 1879. — POTAIN, *Acad. de méd.*, 1882. — L.-H. PETIT, *Gaz. hebdom.*, 1883-1884.

Névromes. — LEBERT, *Physiol. path.*, t. II, p. 179, 1845. — FUHRER, *Arch. f. Physiol. Heilk.*, 1856. — DEHLER, *Würzb. Med. Zeits.*, 1861. — MARGERIN, *Th. de Paris*, 1867. — LEISRINK, in *Langenbeck's Archiv*, 1880, t. XXVI, p. 938.

Un grand nombre de néoplasmes se rencontrent au cou; la plupart prennent naissance dans un organe spécial; les autres, développés dans les espaces intercellulaires, sont relativement rares. VOLKMANN, TRENBERG, ont vu des carcinomes apparaître entre l'os hyoïde, le larynx et les gros vaisseaux du cou, sans qu'on sût les rattacher à un organe précis. Pour eux, ils seraient la conséquence d'une inclusion d'épithélium dans les fentes branchiales. Les mêmes remarques s'appliquent encore aux sarcomes dont le point de départ est parfois assez obscur. Témoin le fait de BOECKEL qui enleva un sarcome profond du cou adhérent aux vertèbres supérieures; il dut lier la vertébrale arrachée, cependant sa malade guérit (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884, p. 13).

Les *enchondromes* de la parotide sont communs; d'autres fois ces tumeurs se développent dans les parties ambiantes, le squelette par exemple (faits de TRÉLAT, de BOECKEL). Ils acquièrent alors des dimensions considérables, et leur ablation est presque impossible en raison des connexions de la tumeur. Ainsi le malade de TRÉLAT mourut pendant l'opération par suite de l'ouverture de la carotide, et celui de BOECKEL succomba peu après l'extirpation par suite de l'ouverture de la plèvre. Ces néoplasmes sont susceptibles de présenter les diverses transformations des chondromes, entre autres la dégénérescence kystique. HEUSINGER a trouvé plus de cent kystes dans une tumeur de ce genre, chez un fœtus.

Les *fibromes* du cou, tumeurs rares, prennent naissance d'ordinaire dans les tissus fibreux du squelette ou dans les fortes aponévroses de la nuque. On les trouve parfois calcifiés, ossifiés ou en voie de ramollissement; ils siègent de préférence à la nuque et sur les parties latérales du cou. SPENCER, BUTTCHER, PARTRIDGE, parlent de néoplasmes de cette espèce qui pesaient de neuf à dix livres. Indolents, durs, peu mobiles, ces fibromes ne deviennent gênants que par leur accroissement et par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins.

Lipome. — Les tumeurs graisseuses ont été signalées dans toutes les régions du cou et en particulier à la nuque où elles peuvent acquérir des dimensions énormes. MICHON fait mention d'un lipome mesurant 0^m,17 de largeur, NÉLATON en a enlevé un qui occupait toute la hauteur du cou et pesait 2405 grammes; enfin BOURGESS a vu un lipome du poids de 29 livres. Dans le cas de lipomes multiples, le cou n'est pas épargné, comme le démontrent les faits de BRYK et de BROCA; ce dernier, sur un homme qui portait deux mille quatre-vingts lipomes, en a compté quatre cent quatre-vingts à la tête et au cou: parfois ils affectent une disposition symétrique. TAYLOR a observé un lipome rétro-pharyngien. L'ablation est évidemment le seul traitement qui convienne à ces tumeurs, à la condition toutefois qu'elles n'aient pas des racines trop profondes et des connexions intimes avec les principaux organes.

Nous mentionnerons à propos du lipome une variété de tumeur décrite pour la première fois en 1879 par VERNEUIL sous le nom de *pseudo-lipome sus-claviculaire*. C'est un gonflement œdémateux habituellement symétrique qu'on observe dans cette région et qui offre tous les signes subjectifs et objectifs du lipome. Cette curieuse affection, qu'il ne faut pas confondre avec le lipome vrai, se rencontre surtout chez les rhumatisants. C'est une manifestation, assez bénigne d'ailleurs, de l'arthritisme.

Névromes. — Il existe au cou deux variétés de névromes, assez rares du reste. 1° Ceux qui sont isolés et se développent sur le trajet d'un nerf. 2° Les névromes plexiformes, tumeurs complexes sur la nature desquelles on n'est pas encore bien fixé, et qui s'accompagnent ordinairement d'un certain degré d'éléphantiasis de la peau. Dans un cas de VERNEUIL, la tumeur, nerveuse, inégale, bosselée, avait les dimensions d'un petit œuf. DEPAUL, LEISRINK ont rapporté d'autres faits analogues. 3° Les névromes multiples dont les exemples ne sont plus exceptionnels aujourd'hui. Une fille de vingt ans, citée par SCHÖNLEIN, mourut à la suite de graves symptômes nerveux, généraux et locaux; elle avait des névromes multiples sur les racines du plexus cervical, sur le grand sympathique et le pneumo-gastrique. TÉMOIN, BIGNARDI, VIRCHOW, ont publié d'autres faits qui se rapportent à cette variété.

Les *exostoses* des vertèbres viennent quelquefois proéminer dans les parties antérieures du cou. Ainsi COOTE (*The Lancet*, 1861) enleva avec succès par la partie antérieure du cou une exostose de la septième cervicale, du volume d'une noix, qui commençait à déterminer des accidents médullaires.

4° DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU COU EN GÉNÉRAL

Il est deux points qu'il ne faut jamais perdre de vue: le premier, c'est qu'un grand nombre de tumeurs sont le résultat d'anomalies pendant la période embryonnaire; le second est l'extrême difficulté du diagnostic précis de la tumeur.

Pour arriver à déterminer avec une approximation suffisante la nature d'une tumeur du cou, le chirurgien commence par s'enquérir de l'époque à laquelle l'affection a commencé. Si l'on se rappelle que la plupart des néoplasmes solides sont acquis, par ce seul fait qu'une tumeur est congénitale, on sera autorisé à penser qu'elle peut appartenir à l'une ou l'autre des variétés kystiques dont nous avons parlé. Afin de faire un diagnostic plus précis, il faut tenir compte du siège; les kystes congénitaux sont plus fréquents sur les parties latérales du cou, les kystes acquis occupent de préférence la ligne médiane. Vient ensuite le diagnostic anatomique qui permet d'apprécier dans une certaine mesure les connexions de la tumeur; c'est lui qui fera reconnaître si la collection est sus ou sous-aponévrotique, quels sont ses rapports avec le sternomastôidien au repos ou dans les mouvements de la tête. La palpation, la recherche de la fluctuation, la percussion, l'auscultation, l'existence ou l'absence de battements propres ou communiqués, la mobilité de la tumeur, sa réductibilité, les phénomènes compressifs, les symptômes nerveux, la gêne de la circulation, l'état du pouls temporal, de la peau, l'examen des fonctions (déglutition, respiration, phonation, etc.) sont autant de signes qu'il faut successivement analyser avant de se prononcer. Une tumeur congénitale facilement fluctuante, développée lentement, transparente, bridée par le sternomastôidien ou saillante en arrière de son bord postérieur, fera pencher pour un kyste séreux simple; une semblable tuméfaction bosselée, plus dure, de consistance inégale, plus adhérente aux parties profondes et mal limitée, devra donner l'idée d'un kyste composé. On ne saurait la confondre avec un kyste dermoïde qui a, en général, une consistance pâteuse, mollasse, sans fluctuation évidente. D'ailleurs quand on a éliminé les tumeurs vasculaires pulsatiles ou turgides par l'effort, il est permis de recourir dans les cas douteux à la ponction exploratrice qui souvent lèvera les derniers doutes. Néanmoins la solution du problème est des plus difficiles, et ce n'est habituellement qu'en procédant par exclusion qu'on arrivera au diagnostic.

La détermination des tumeurs acquises, qu'elles soient solides ou liquides, n'est pas moins ardue. Ici encore les anamnétiques et l'examen méthodique seront d'un grand secours; le diagnostic anatomique, c'est-à-dire l'examen de la tumeur, doit être fait avec un soin scrupuleux; chaque phénomène subjectif ou objectif a sa valeur et permet d'établir les relations qui existent entre le néoplasme et les organes voisins. Dès que le chirurgien a acquis la certitude ou tout au moins la probabilité qu'aucun des canaux ou des organes du cou n'est intéressé, il faut de suite penser à une affection des ganglions lymphatiques.