

de même que pour ces derniers, on peut ramener l'origine de ces carcinomes à des vestiges des fentes branchiales du fœtus. Dernièrement VOLKMANN les a décrits sous le nom de *carcinomes branchiogènes*. J'ai observé pour ma part environ une demi-douzaine de tumeurs de ce genre et j'en ai déjà fait mention dans la première édition de cet ouvrage. On les observe de préférence sous l'angle de la mâchoire et à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, en avant de ce muscle; ils affectent surtout les individus âgés de 30 à 60 ans; ils peuvent atteindre rapidement de grandes dimensions, et ils se soudent de bonne heure avec les parties voisines et principalement avec les vaisseaux. Du reste il est certain que l'on n'a pas souvent l'occasion d'observer ces deux formes du carcinome primitif. Par contre les **carcinomes secondaires du cou** sont bien plus fréquents. Les glandes lymphatiques de cette région reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la face, des lèvres, de la langue, etc.; il n'est donc pas étonnant que ces glandes soient souvent le siège de carcinomes secondaires. Enfin on observe au cou des carcinomes provenant de la parotide, de la glande sous-maxillaire ou de la glande thyroïde.

2. Fibrome, sarcome, enchondrome, ostéome.

§ 55. — Nous avons déjà rappelé que la tumeur décrite par LANGENBECK sous le nom de sarcome des gaines vasculaires prend ordinairement naissance dans les glandes lymphatiques. Néanmoins ce fait n'exclut point la possibilité de l'origine aponévrotique de certains sarcomes ou fibromes. De fait on observe toute une série de tumeurs de cette catégorie qui naissent des parties profondes du cou, de l'aponévrose de la nuque, de l'aponévrose profonde prévertébrale, ainsi que du périoste des vertèbres. Elles se distinguent par leur peu de mobilité et sont beaucoup moins accessibles à une opération que les tumeurs nées dans la région des gaines vasculaires et des espaces de tissu conjonctif de la partie antérieure du cou. On a observé quelques rares cas d'enchondromes dont on a ramené l'origine à des inclusions fœtales de cartilage. Plus souvent on a vu la colonne vertébrale, la première côte ou la clavicule être le point de départ d'ostéomes. Dernièrement j'ai opéré un ostéo-chondrome volumineux qui avait refoulé devant lui les viscères du cou, et avait pris naissance sur l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale.

3. Lipome.

Le lipome occupe de préférence la partie postérieure du cou et la nuque. A la face antérieure du cou il est beaucoup plus rare et le plus souvent alors sous-cutané; cependant on l'a observé aussi au-dessous de l'aponévrose superficielle, entre les muscles et dans la gaine vasculaire.

Il existe une forme de tumeurs qui présente bien plus d'intérêt pour le chirurgien, à savoir certains lipomes du cou déjà décrits par plusieurs auteurs (BROCA, BRYK, etc.), et se montrant soit exclusivement dans la région du cou, soit en même temps que des tumeurs multiples du même genre développées dans d'autres parties du corps. Dans plusieurs cas observés par nous le lipome était disposé de la manière suivante: au-dessous du maxillaire, de chaque côté, se trouvaient deux grosses tumeurs graisseuses se touchant sur la ligne médiane; d'autre part ces tumeurs étaient en contact ou presque en contact avec deux autres lipomes de la nuque situés à la même hauteur. Ces tumeurs étaient en partie sous-cutanées, mais elles envoyaient dans la profondeur, ainsi que d'autres auteurs l'ont décrit également, des prolongements s'étendant des deux côtés du larynx et le long des vaisseaux. BRYK a observé un lipome de ce genre, qui par suite de la direction particulière de son développement, avait produit des troubles notables de la déglutition et de la respiration.

Diagnostic et pronostic des tumeurs du cou.

§ 56. — Les phénomènes que produisent les tumeurs du cou, varient suivant le siège de ces dernières. Abstraction faite de l'existence d'une tumeur accessible à la vue et à la palpation, on constate, dans certains cas, des symptômes de compression des organes voisins, tels que la trachée, l'œsophage, les vaisseaux et les nerfs. En outre d'autres phénomènes peuvent survenir par le fait de l'extension de la tumeur vers l'aisselle ou la cavité thoracique.

Déjà la simple **inspection** d'un individu affecté d'une tumeur du cou peut nous fournir divers renseignements importants pour le diagnostic. Si la tumeur n'a pas envahi déjà tout un côté du cou ou ne s'est pas propagée à l'autre moitié, on cherchera avant tout à se faire une idée de sa situation topographique et de son extension, à reconnaître si la tumeur a pris naissance dans la région sous-maxillaire, dans la région latérale du cou, en avant ou en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, dans la région sus-claviculaire, au-dessus de la fourchette sternale ou dans le domaine du larynx et de la trachée. En même temps que nous nous formons ainsi une idée de la situation de la tumeur, nous portons notre attention sur les déplacements des organes du cou qui en ont été la conséquence. Le larynx et la trachée peuvent avoir été refoulés d'une façon notable au delà de la ligne médiane, jusque dans le côté épargné par le néoplasme. La surface de la tumeur est régulièrement arrondie ou présente des bosselures plus ou moins nombreuses. La peau est sans altération, ou bien elle est rouge, amincie par atrophie inflammatoire et adhérente à la tumeur; elle est sillonnée de veines d'un rouge bleuâtre; elle peut être même déjà perforée, et la surface de la tumeur est alors occupée par une ulcération. Puis l'application de la main, la **palpation**