

nature du kyste, s'il contient un liquide clair ou trouble, on ne peut y arriver sans ponction que dans des circonstances particulièrement favorables; c'est ainsi que l'on pourra diagnostiquer, seulement avec un certain degré de probabilité, un **kyste athéromateux** si l'on voit, chez un individu âgé de 40 à 30 ans, se développer une tumeur kystique à la partie supérieure du bord interne du sterno-cleido-mastoïdien. Un **hygroma** ne peut être reconnu qu'à sa situation, et la **tumeur à échinocoques**, outre sa forme bosselée particulière, est caractérisée par son mode de développement: après être restée pendant des années stationnaires, elle s'accroît ensuite rapidement. Les **tumeurs vasculaires** sont en général faciles à diagnostiquer, grâce aux particularités qu'elles présentent et dont nous avons déjà parlé; la possibilité de vider leur contenu par la compression est un signe de diagnostic essentiel, que la tumeur soit artérielle ou veineuse. Enfin les pulsations de la tumeur et le bruit de souffle constituent toujours de bons signes d'**anévrisme**. Il est vrai que lorsqu'une tumeur dure ou molle recouvre une artère, celle-ci lui communique ses pulsations, ce qui crée quelque difficulté de diagnostic. Mais ici le bruit de souffle fait défaut, et, d'autre part, on cesse de percevoir les pulsations lorsqu'au lieu de presser la tumeur perpendiculairement contre l'artère, on la saisit transversalement. — Dans le diagnostic des kystes on devra également se rappeler qu'il existe parfois des diverticules de la trachée qui communiquent avec cette dernière, et sont remplies de mucus et de gaz. Enfin on a observé parfois dans le creux sus-claviculaire une tumeur réductible qui n'était autre qu'une hernie du poumon.

Les **kystes multiloculaires** sont souvent congénitaux, rarement acquis. Ils se présentent sous forme de tumeurs tantôt très tendues, tantôt nettement fluctuantes, ou de consistance molle. Les formes congénitales, qu'elles soient dures ou molles, ne sauraient, en général, être confondues facilement avec une autre espèce de tumeur. Les formes acquises, lorsqu'elles sont dures, peuvent en imposer pour une tumeur multiple des glandes lymphatiques; lorsqu'elles sont molles, elles ressemblent parfois à s'y méprendre à un lipome. Quoi qu'il en soit, dans l'un et l'autre cas, le diagnostic est aisé, car les tumeurs glandulaires se présentent rarement sous la forme d'une masse aussi compacte, bosselée et en même temps mobile; d'autre part nous pourrions facilement éliminer le lipome en raison de l'extrême rareté de cette tumeur dans les couches profondes de la région antérieure du cou. Dans les cas douteux une ponction exploratrice est un moyen tout à fait inoffensif de trancher la question.

Quant aux **néoplasmes solides du cou**, leur diagnostic ne présente aucune difficulté lorsqu'il s'agit d'une **tumeur scrofuleuse** des glandes lymphatiques. Dans ce cas la masse glandulaire s'est développée à la suite d'une légère irritation, et l'on constate une tumeur d'abord mobile,

mais qui ne tarde pas à se souder à la capsule fibreuse et à la peau par suite du ramollissement du néoplasme et de la périadénite qui en est la conséquence; en outre on constate en même temps des abcès, des fistules avec décollement de la peau et tissu cicatriciel; enfin le malade a dans ces cas l'habitus scrofuleux. Tous ces signes ne laisseront aucun doute au sujet du diagnostic.

De même on n'aura aucune peine à diagnostiquer un **lymphome hyperplasique simple**. Une tumeur mobile atteignant des dimensions modérées chez un individu sain du reste, ne laisse guère de doute sur sa nature. Souvent, il est vrai, on ne pourra décider avant l'opération si une tumeur se présentant dans ces conditions est ou non de nature tuberculeuse. Mais lorsque des tumeurs mobiles restent longtemps à l'état stationnaire à côté de glandes caséifiées et adhérentes entre elles, on peut admettre, sans crainte de se tromper, que le tissu dégénéré contient des tubercules miliaires.

Les **tumeurs leucémiques** prises chacune isolément, ressemblent tout à fait aux hyperplasies simples. Leur multiplicité, leur développement rapide, la tuméfaction fréquente de la rate, l'état du sang, assurent le diagnostic. L'examen du sang est surtout important pour le diagnostic différentiel entre ces tumeurs et les formes molles du lymphome malin sans leucémie.

Le diagnostic de ces dernières formes de tumeur présente parfois des difficultés. On ne pourra les reconnaître immédiatement comme telles que dans les cas où un groupe de glandes s'accroît rapidement et qu'en même temps d'autres groupes glandulaires commencent à se développer.

Par contre, aussi longtemps que la tumeur glandulaire reste dans les limites d'un accroissement modéré, on pourra facilement la confondre avec des lymphomes bénins multiples ou avec des glandes tuberculeuses. Lorsque, plus tard, ces lymphomes malins donnent lieu aux symptômes que nous avons décrits plus haut, le diagnostic sera aisé en présence des phénomènes de compression de la trachée et du conduit pharyngo-œsophagien, en présence des symptômes pulmonaires, de l'anasarque, de l'anémie et de la cachexie. Tandis que ces tumeurs intéressent toujours à la fois un certain nombre de ganglions lymphatiques, le **lymphosarcome** proprement dit se distingue par le fait qu'il n'envahit qu'une seule glande, qu'il prend souvent un accroissement très rapide et qu'enfin il présente fréquemment au début une certaine mollesse à cause de sa richesse en cellules; en outre le lymphosarcome envahit rapidement les tissus voisins et pénètre dans leur intérieur en les détruisant; enfin la peau est perforée par la tumeur qui se ramollit et s'ulcère. La tumeur est-elle, comme cela arrive souvent, en contact direct avec les vaisseaux, et surtout la jugulaire interne est-elle comprise dans le néoplasme? Une réponse affirmative ne saurait être basée le plus souvent que sur la fré-

quence de cette complication dans les tumeurs appelées sarcomes de la gaine vasculaire ; rarement on pourra la déduire avec quelque certitude de la dilatation collatérale des veines superficielles. Enfin, par leur mobilité dans la profondeur, ces tumeurs se distinguent des néoplasmes malins provenant de la colonne vertébrale et s'étendant jusqu'à la surface du cou.

Dans le cas d'une tumeur du cou à développement rapide, on ne peut diagnostiquer avec certitude s'il s'agit d'un sarcome ou d'un **carcinome**. Ce dernier est si rare que l'on ne peut en reconnaître sûrement que les formes secondaires.

Les tumeurs dures, profondes (fibrome, sarcome), sont caractérisées d'abord par leur peu de mobilité, celle-ci pouvant même faire entièrement défaut, surtout dans les ostéomes des corps vertébraux ; en second lieu par le fait qu'elles refoulent devant elles sans les envahir les parties molles de la région antérieure du cou, par exemple les vaisseaux et les nerfs. Pour le diagnostic on devra se rappeler qu'il existe parfois des côtes surnuméraires dans la portion cervicale de la colonne vertébrale, et que ces côtes peuvent être le point de départ de néoplasmes. La côte elle-même pourrait être prise, en effet, pour une tumeur solide. Les formes suivantes peuvent être observées (GRUBER cité par RIEDEL) :

1. La côte cervicale ne s'étend pas au delà de l'apophyse transverse, et ne comprend que la partie postérieure (tête, col, tubérosité) d'une côte thoracique.

2. Elle s'étend au delà de l'apophyse transverse, et possède ainsi un corps plus ou moins long, qui se termine par une extrémité libre ou, ce qui est fréquent, est soudée au corps de la première côte thoracique.

3. La côte cervicale est unie au cartilage de la première côte.

4. Elle constitue une véritable côte complète s'étendant jusqu'au sternum, et présente une dépression pour le passage des nerfs et de la sous-clavière, laquelle se trouve située presque directement sous la peau et est facile à reconnaître à ses pulsations.

§ 57. — Le pronostic des kystes monoloculaires, des kystes athéromateux et séreux, est en général favorable. Comme nous le verrons, ils sont accessibles à diverses interventions chirurgicales, qui ne font pas courir au malade de grands dangers. De même, à en juger par le petit nombre de faits connus, les conditions ne sont point du tout mauvaises pour ce qui concerne l'opération des kystes à échinocoques du cou. Jusqu'ici le kyste multiloculaire congénital a presque toujours entraîné la mort de l'individu qui en était affecté, et il n'existe pas pour cette forme de tumeur de méthode de traitement pouvant être utilisée d'une manière générale. Le pronostic des kystes sanguins doit être réservé. Un petit nombre de ces kystes ont guéri par une intervention opératoire relativement sans importance, c'est-à-dire par la ponction. Quelques-uns ont été extirpés avec succès (HUETER, etc.).

Parmi les diverses hyperplasies des glandes du cou il en est qui constituent simplement une difformité, tandis que d'autres doivent être considérées comme nuisibles à l'organisme ; tels sont les ganglions scrofuleux avec tendance à la fonte caséuse. Les résultats des inoculations et la découverte du bacille de la tuberculose (KOCH), nous ont appris que la présence de matières caséuses n'est pas indifférente à l'organisme. Dans des conditions favorables, analogues à celles qui se trouvent réalisées dans les inoculations, chaque foyer caséux peut être le point de départ, soit d'une tuberculose locale, soit d'une infection de l'organisme sous la forme d'une tuberculose miliaire généralisée. Nous avons déjà insisté plus haut (§ 50) sur le danger que font courir les glandes tuberculeuses.

Les tumeurs leucémiques et les lymphomes multiples malins ne sont qu'exceptionnellement l'objet d'une intervention chirurgicale, et leur pronostic est mauvais ; leur accroissement entraîne une cachexie mortelle.

Enfin, pour ce qui concerne le lymphosarcome, le pronostic ne peut être toujours formulé d'une façon absolue. Les adhérences fréquentes de la tumeur avec les gaines vasculaires rendent souvent très difficile une opération radicale ; une pareille intervention peut constituer un traumatisme considérable lorsque les tissus ont été infiltrés par le néoplasme. D'autre part le blessé est exposé aux dangers d'une récurrence locale et des métastases, qui sont particulièrement fréquentes dans cette espèce de tumeurs. Cependant, chez les jeunes sujets, on observe assez souvent une guérison définitive malgré l'existence d'une grande partie des conditions fâcheuses que nous venons de signaler. Pour ma part j'ai vu la guérison persister depuis de nombreuses années chez un de mes opérés, auquel j'avais extirpé un énorme sarcome à cellules fusiformes de la région du cou. Le nombre des cas sûrement constatés de carcinomes du cou opérés est encore trop restreint pour que l'on puisse formuler un pronostic précis ; certainement ce dernier est loin d'être favorable, car il n'est presque jamais possible d'opérer de façon à enlever avec la tumeur une certaine épaisseur de tissus sains. De même, en général, l'extirpation des tumeurs profondes qui ne proviennent pas des glandes lymphatiques, abstraction faite de la difficulté de l'opération, doit être considérée comme étant toujours incertaine dans ses résultats.

Traitement des tumeurs du cou.

§ 58. — Le traitement des **kystes monoloculaires** consiste, soit dans l'extirpation, soit dans la ponction et l'aspiration du liquide à l'aide du trocart, suivie d'une injection iodée.

Il est inutile d'insister sur le fait que l'extirpation est le procédé le plus sûr, mais aussi le plus dangereux. A ceux qui prétendent qu'une