

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