

expansifs, qu'elle ne présente pas de réductibilité, elle ne peut pas être en communication avec le système circulatoire artériel ou veineux.

On peut aussi vraisemblablement admettre qu'elle ne contient pas davantage du pus. En effet, avec la supposition d'un contenu purulent, il faudrait songer, à cause de la marche lente, graduelle, chronique, et l'absence de tout symptôme inflammatoire, à un abcès froid ossifluent ou d'origine ganglionnaire, voire même à une fonte insidieuse d'adénite chronique simple. Or, un abcès ossifluent suppose une tuberculose ossense antérieure comme point de départ. Nous avons beau palper, explorer les apophyses transverses de la colonne cervicale, l'os hyoïde, l'apophyse mastoïde, il n'existe rien qui puisse faire soupçonner l'existence d'une tuberculose ; aucun gonflement, aucun point douloureux, aucun changement de forme. La tumeur d'ailleurs n'adhère nulle part avec les organes voisins. L'hypothèse d'un abcès ossifluent doit donc être abandonnée. Il faut écarter de même l'idée d'une tuberculose ganglionnaire, malgré le siège de la tumeur, celui de prédilection de la tuberculose développée dans les ganglions. Mais la tuberculose mono-ganglionnaire est relativement rare. D'habitude toute ou une partie de la chaîne lymphatique est prise et à côté de ganglions grossis, durs ou ramollis, il en existe d'autres, plus petits mais manifestement atteints par l'infection tuberculeuse. Et puis il est exceptionnel qu'un abcès tuberculeux ganglionnaire se soit installé sans un certain degré d'inflammation chronique, sans un peu de périadénite qui fait adhérer les ganglions entre eux et aux organes voisins. Ici, nous avons une tumeur dont l'évolution a été sans histoire ; elle a augmenté tout simplement, jamais son odyssée n'a été traversée de poussées aiguës ou subaiguës, elle n'a contracté aucune adhérence avec les tissus voisins, elle est absolu-