

La tumeur de notre malade n'est nullement influencée par les mouvements de déglutition, elle ne présente pas d'attache à l'os hyroïde, et de plus—ce qui est un caractère important—si elle s'enfonce sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, elle y est parfaitement délimitable, bref, elle ne va pas se perdre par un prolongement sous le maxillaire pour aller adhérer au pharynx. Il nous faut donc rejeter le diagnostic de kyste branchial.

Certains kystes thyroïdiens d'ailleurs rares prennent naissance dans une petite glande thyroïde aberrante et dès lors peuvent siéger bien près de l'endroit où est située notre tumeur.

Ce qui rend le diagnostic quelque peu difficile, c'est que ces kystes ne sont pas influencés par les mouvements du canal laryngo-trachéal, comme le sont les kystes goitreux. Cependant le kyste aberrant est rarement uniloculaire ; il est bosselé, à contours irréguliers, ne présente pas une fluctuation franche et, particularité importante à retenir, le corps thyroïde est d'habitude altéré dans sa forme et sa consistance.

Chez notre malade, nous ne trouvons pas de bosselures ni d'irrégularités, sur la surface de la tumeur, de plus le corps thyroïde est normal. Je crois que nous pouvons sans crainte passer outre et rechercher si par hasard nous ne serions pas en présence d'un kyste séreux congénital ou lymphangiome kystique.

Ces kystes séreux congénitaux sont encore appelés lymphangiomes parce qu'ils se développent au dépens des vaisseaux lymphatiques. L'idée de la congénitalité de la tumeur semble suffisante pour écarter encore ce diagnostic, car la tumeur à l'étude n'est apparue que depuis peu chez un adulte de 29 ans. Mais il faut savoir qu'il en est souvent ainsi : et si d'habitude ces kystes apparaissent dans les premières années de la vie, voire