

ment indolente, aucun ganglion malade n'existe dans le voisinage, par conséquent il ne peut être question d'abcès ganglionnaire.

L'adénite chronique simple ne mérite pas de nous arrêter longtemps. D'abord elle est très rare : son existence est même mise en doute par un bon nombre de cliniciens, cependant, Ricard, Clado et Nélaton ont présenté quelques observations d'adénites chroniques simples consécutives soit à une carie dentaire profonde, soit à une angine à répétition. Notre malade n'a jamais souffert ni de carie, ni d'angine. Et puis, une adénite chronique simple ne marche pas vers le ramollissement, vers la suppuration, sans un certain degré de réaction locale, sans un peu de péri-adénite occasionnant une légère induration dans l'atmosphère celluleuse ambiante. Bref, ce n'est pas non plus une adénite chronique simple.

Certes, il peut s'agir d'un kyste à contenu séreux, et toujours avec la supposition d'une tumeur liquide, nous devons passer en revue les différents kystes que l'on peut trouver dans cette région : les kystes congénitaux dermoïdes et mucoïdes, les kystes thyroïdiens et enfin, les kystes séreux congénitaux ou lymphangiomes.

Vous savez qu'il se développe des kystes aux dépens des fentes branchiales et qui sont nommés pour cette raison, kystes branchiaux. Leur siège est dans la région sterno mastoïdienne comme la tumeur que nous étudions actuellement, mais ils présentent cette particularité bien spéciale d'adhérer par un prolongement plus ou moins long, plus ou moins large soit au pharynx, soit à l'os hyoïde.

Il résulte de cette adhérence que les mouvements de déglutition impriment au kyste une mobilité manifeste, un certain degré d'ascension.