

cavités accessoires, visibles à l'œil nu ou au microscope; il en résulte que, au point de vue anatomique, le nombre variable des loges répond seulement à deux états différents d'une même lésion; mais cette distinction a une réelle importance pratique, car le traitement est d'autant plus simple que le nombre des loges est moins considérable. Si l'on examine au microscope une coupe de la tumeur, on y voit le plus souvent une multitude de petites cavités séparées par du tissu conjonctif. La paroi est formée presque entièrement de tissu conjonctif adulte et par conséquent fibreux. Dans certains points, on trouve, au point de convergence des cloisons, des noyaux fibreux, lardacés, plus compacts. Par contre, on y trouve parfois des accumulations de cellules jeunes. Les tumeurs de ce genre ont été désignées sous le nom de *cysto-sarcomes*. A côté de fibres conjonctives, on rencontre parfois du tissu musculaire lisse dont la disposition est variable, car tantôt les fibres sont disséminées sans ordre, tantôt elles forment une couche continue qui enveloppe une ou plusieurs cavités; ces productions sont du reste limitées et on ne les observe que par place. La graisse peut être mêlée à ces éléments; on rencontre des cellules adipeuses dans les parois de la tumeur et même dans ses cloisons; quelquefois, elles prennent un tel développement que certains kystes ont reçu le nom de *kysto-lipomes*.

Enfin, au-dessous de ces divers éléments se trouve un système sanguin le plus souvent très développé; les vaisseaux s'avancent jusque dans les cloisons qui limitent les loges et les capillaires viennent jusque sous l'épithélium. On y reconnaît aussi, dit Lannelongue, des lymphatiques souvent gorgés de leucocytes.

L'épithélium est presque toujours formé d'une seule rangée de cellules aplaties unies par leur bord; ce revêtement existe partout; il diffère de l'épithélium des lymphatiques en ce que ce dernier est découpé et déchiqueté à la façon d'un jeu de patience, tandis que celui des kystes ne présente pas de dentelures. Mais nous ferons observer que les découpures n'existent vraiment dans le système lymphatique que pour l'épithélium des petits vaisseaux; les canaux plus volumineux présentent un revêtement tout à fait analogue à celui des kystes. La forme plate de l'épithélium n'est d'ailleurs pas absolue. Dans un cas, Lannelongue a trouvé certaines cavités revêtues d'un épithélium cylindrique; dans un autre, il y avait des cellules vibratiles; il a même rencontré de véritables bourgeons de cellules épithéliales embryonnaires.

Le contenu de ces kystes est le plus souvent séreux, absolument transparent; dans ces cas, on ne trouve à l'examen microscopique, que peu d'éléments figurés dans le liquide; il n'y a guère que quelques leucocytes et quelques globules rouges. L'analyse chimique révèle surtout de l'albumine et des sels alcalins dont le plus important est le chlorure de sodium.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le liquide, séreux à une première ponction, peut devenir sanglant dans les ponctions ultérieures, comme dans les cas de Gunther et de Hueter; nous nous occuperons plus loin des relations des kystes avec le système sanguin. Le liquide peut être aussi filant, comme gélatineux; enfin il arrive quelquefois qu'une intervention chirurgicale amène la suppuration d'une ou de plusieurs poches. Un fait important, dans tous les cas, c'est que l'aspect du liquide peut être très différent d'une loge à l'autre. Certaines poches sont suppurées alors que les voisines présentent encore un liquide clair ou que d'autres renferment du sang.

Les kystes respectent habituellement les organes avec lesquels ils sont en contact, mais ils peuvent parfois les envahir, et surtout les entourer et leur adhérer. Lannelongue figure un cas dans lequel la paroi kystique était directement limitée par l'épiderme; dans une autre observation on vit les culs-de-sac glandulaires de la parotide réunis en petites masses isolées les unes des autres par des cavités kystiques. Le corps thyroïde est toujours respecté, fait important au point de vue de la pathogénie de ces tumeurs. Les nerfs sont ordinairement intacts. Les rapports les plus intéressants sont ceux qu'affecte la tumeur avec les gros vaisseaux du cou; on a vu la jugulaire, la sous-clavière être complètement entourées. Il existe assez fréquemment un prolongement qui s'insinue entre les deux branches de bifurcation de la carotide primitive. Walther, Broca (1) ont cité des cas analogues; mais la tumeur ne se contente pas d'écarter les organes vasculaires, elle leur adhère d'une façon assez intime pour que sa dissection ne puisse parfois se faire sans une résection des vaisseaux.

L'accroissement du kyste séreux résulte de l'apparition de nouvelles cavités à côté de celles qui étaient déjà formées; de nouvelles vésicules s'insinuent entre les faisceaux conjonctifs, au milieu des fibres musculaires, dans les interstices qui séparent les culs-de-sac glandulaires; c'est donc par un véritable envahissement de proche en proche et non pas seulement par l'augmentation de volume des cavités préexistantes que se développe la tumeur.

La guérison spontanée des ces kystes est exceptionnelle, mais possible. Wernber dit que les poches pourraient faire saillie sous la peau et s'ouvrir à l'extérieur, en se vidant; après quoi elles se cicatrifieraient. Lannelongue n'a jamais observé d'exemple de cette terminaison. D'autres fois, la surabondance du tissu graisseux comprime et oblitère les cavités; ce serait là l'origine de certains lipomes congénitaux.

La pathogénie des kystes séreux du cou se rattache à leurs rapports avec les systèmes sanguin et lymphatique.

(1) WALTHER et BROCA, *Soc. anat.*, 1890.

Rapports des kystes avec le système lymphatique. — Il arrive assez fréquemment que la présence d'un kyste séreux coïncide avec une lésion soit des ganglions, soit des vaisseaux lymphatiques.

Les altérations des ganglions lymphatiques sont loin d'être constantes. Lannelongue en rapporte cependant plusieurs cas; l'un d'eux a été l'objet d'un examen anatomique; on apercevait plusieurs ganglions saillant dans la cavité du kyste et les lacunes intraganglionnaires semblaient être en communication avec cette cavité. Mais la lésion ganglionnaire est certainement secondaire. Dans d'autres faits, le kyste coïncidait avec un lymphangiome simple ou caverneux, et surtout avec un lymphangiome de la langue. Ce sont les observations de cet ordre qui ont conduit à placer dans le système lymphatique l'origine du kyste séreux.

Rapports du kyste avec le système sanguin. — Nous avons déjà vu que la cavité kystique peut contenir un liquide teinté fortement en rouge; la proportion du sang est même quelquefois tellement considérable qu'on a cru retirer du sang pur par la ponction.

Lorsqu'on examine la paroi de ce kyste, on la trouve sillonnée par des vaisseaux nombreux et volumineux dont les branches s'insinuent dans l'épaisseur des cloisons qui limitent les différentes loges; à ces ramifications font suite des capillaires fortement dilatés qui se trouvent directement sous l'épithélium et que l'on peut mettre en évidence par l'imprégnation au nitrate d'argent. Lorsqu'on extirpe ces tumeurs, il arrive cependant parfois qu'on ait un peu d'hémorragie. Mais souvent, comme nous l'avons dit, ce kyste affecte des rapports intimes avec les gros vaisseaux, et il n'est pas rare, au cours d'une opération, que le chirurgien, soit intéressé de grosses veines, soit laisse en place une partie de la tumeur dans la crainte de léser des vaisseaux importants; parfois même les veines sont dilatées en grosses ampoules bleuâtres.

On voit donc que tantôt le kyste est purement séreux, mais en connexion plus ou moins intime avec un angiome, tantôt on a affaire à des cas à interprétation obscure dans lesquels certaines loges kystiques contiennent un liquide plus ou moins sanglant.

Les cas de la première catégorie ne sont pas très nombreux; ils ont suffi cependant à édifier une théorie pathogénique du kyste séreux. Cruveilhier, Broca, admettaient que certaines parties d'un angiome pouvaient s'isoler complètement des autres portions de la tumeur; puis, le contenu subirait des transformations diverses qui aboutiraient à la constitution d'un liquide purement séreux.

Walther (1) admet que certains kystes sanguins peuvent se séparer des grosses veines et que leur contenu peut devenir séreux; Cornil fait observer que beaucoup d'angiomes se transforment en kystes.

(1) WALTHER, *Soc. anat.*, 1890.

D'autre part, l'opinion inverse a été défendue par Bush. Le kyste, primitivement séreux, aurait déterminé une perforation veineuse par usure, et certaines loges se seraient, par ce mécanisme, remplies d'un liquide sanglant. Mais Lannelongue fait remarquer qu'il n'existe aucun rapport de structure entre les kystes et les angiomes, que les premiers sont beaucoup plus profonds, et siègent rarement dans le derme lui-même.

On ne peut donc accepter la possibilité de la transformation de l'angiome en kyste ou inversement; en admettant même l'origine sanguine des kystes, ceux-ci doivent se développer primitivement avec leurs caractères propres et leur contenu spécial.

Pour les autres faits, dans lesquels certaines loges kystiques contiennent du sang, les explications sont tout aussi confuses.

Dans la plupart des cas, la présence du sang est le résultat d'une hémorragie qui provient d'une communication passagère du kyste avec le système sanguin; et ces faits peuvent s'expliquer par le voisinage des gros vaisseaux, par la riche vascularisation des parois kystiques, par l'existence de gros capillaires qui courent sous l'épithélium; les causes déterminantes de ces hémorragies sont faciles à imaginer.

Les mouvements complexes du cou, les nombreux traumatismes auxquels il est exposé, les changements de tension résultant de l'augmentation de pression dans la cavité thoracique pendant les efforts expliquent facilement ces ruptures étroites et temporaires.

Les épanchements sanguins de cet ordre n'ont du reste qu'une importance clinique relative; d'une part ils ne sont jamais graves, d'autre part leur existence ne modifie en aucune façon le traitement du kyste.

Mais il est une autre catégorie de faits dans lesquels la présence du kyste hémattique coïncidait avec une malformation vasculaire congénitale.

Dans un cas de Hueter (1) il fut impossible, au cours d'une opération, de retrouver le tronçon de la jugulaire correspondant au siège du kyste. Dans un autre fait de Günther (2), on put voir en bas la lumière de la jugulaire interne, mais nulle part ailleurs il n'existait de traces de parois du vaisseau. Kat (3), cité par Günther, a fait l'autopsie d'un kyste sanguin dans lequel la veine sous-clavière faisait complètement défaut.

Il semble donc que, dans ces cas, à la place du vaisseau absent s'est constituée une formation vésiculaire qui en a tenu la place. Il est à remarquer, du reste, que dans deux des cas qui viennent d'être cités, la tumeur s'était développée tardivement à vingt-quatre ans

(1) HUETER, *Congrès allem. de Chir.*, 1877.

(2) GUNTHER, *Deutsche Zeitschr. für klin. Chir.*, 1877.

(3) KAT, *Arch. für klin. Chir.*

(Hueter), vers vingt ans (Günther); dans un autre cas de Barwell, le kyste s'était montré à trente ans.

On a imaginé, du reste, d'autres théories pour expliquer l'apparition des kystes sanguins; on a supposé une transformation kystique de varices de la jugulaire interne ou des modifications d'un angiome caverneux développé dans les parois mêmes de la veine et ouvert dans sa cavité.

En somme, il semble que, dans la plupart des cas, les kystes hématiques soient primitivement des lymphangiomes dans lesquels s'est produite une vraie hémorragie résultant de la rupture d'un vaisseau.

Quant à la *pathogénie* des kystes purement séreux, elle paraît bien se rattacher au système lymphatique.

Cependant cette opinion n'est pas admise par tous. Pilliet (1) fait remarquer que certains kystes sont pourvus d'un épithélium pavimenteux stratifié sans poils ni glandes, reposant directement sur un chorion de tissu lymphoïde réticulé; or cet épithélium ne se rencontre pas aux amygdales, à la base de la langue ni au pharynx; c'est donc dans les arcs branchiaux qui forment ces parties qu'il faudrait en rechercher la cause; cliniquement, leur profondeur et leurs prolongements ne contredisent pas cette origine profonde.

En dehors même de ces kystes, Pilliet aurait de la tendance à rattacher aux ébauches du thymus « ces tumeurs lymphoïdes du cou qui sont si fréquentes et si particulières d'allures, si près des vaisseaux, et ressemblent si peu aux tumeurs des ganglions lymphatiques des autres régions, tandis qu'elles sont si voisines des tumeurs du médiastin que Letulle attribue au corps du thymus (2) ». En dernière analyse, nous nous rattachons à l'opinion de Lannelongue. « L'enchaînement des faits nous conduit à placer dans les voies lymphatiques le développement des kystes séreux; et, en effet, sans forcer l'analogie, sans tenir compte même de cette particularité que les lymphangiomes s'observent surtout dans les régions où les lymphatiques décrivent des courbes et sont exposés à la compression, comme au cou, à l'aisselle, au pli inguinal, on doit reconnaître que cette doctrine a pour elle une grande vraisemblance. »

Étiologie. — Les kystes séreux du cou se développent pendant la vie intra-utérine; on les a observés chez des fœtus de quatre à cinq mois; le plus ordinairement on les découvre au moment de la naissance ou peu après. Cependant certaines de ces tumeurs peuvent passer inaperçues dans les premières années de la vie et ne se développer que plus tard.

Les observations de Barwell, de Günther, de Koch, etc., montrent que les kystes sanguins surtout peuvent n'apparaître qu'entre vingt et trente ans.

(1) PILLIET, *Soc. anat.*, 1890.

(2) PILLIET, *Trib. méd.*, 1894.

L'hérédité ne paraît pas exercer d'influence, mais ces kystes coïncident assez fréquemment avec d'autres malformations congénitales; il faut signaler surtout la coïncidence d'angiomes et de lymphangiomes dont il a déjà été question.

Symptômes. — Les kystes séreux du cou sont généralement constatés au moment de la naissance ou peu de temps après. Cependant, lorsqu'ils sont peu volumineux, ils peuvent être cachés par du tissu adipeux et demeurer inaperçus jusqu'à ce qu'ils aient pris un développement considérable. A l'inspection, on constate, le plus souvent sur les parties latérales du cou de l'enfant, une tumeur dont le siège et surtout le volume sont variables.

Ils occupent le plus souvent la région sous-maxillaire; mais il n'est pas rare de les rencontrer dans le creux sus-claviculaire ou dans la région du sterno-mastoïdien.

Souvent ils sont assez nettement limités à la région; mais ils peuvent être beaucoup plus étendus et plus gros; ils occupent alors toute la région cervicale latérale, du bord de la mâchoire à la clavicule; parfois même ils empiètent d'une part sur la poitrine, d'autre part sur la face; ils ont une apparence nettement bosselée, à lobes superficiels, faciles à distinguer sous la peau qui les recouvre. La tumeur est quelquefois unie et non bosselée, lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire. Enfin, la peau elle-même est normale; elle est lâche, ne paraît pas surdistendue par la tumeur, et ne présente pas de coloration anormale; elle glisse facilement sur la tumeur; elle est quelquefois parcourue par des veines dilatées.

A la palpation, on reconnaît encore plus nettement le caractère lobulé de la tumeur; elle paraît formée de masses arrondies, les unes très grosses, les autres beaucoup plus petites, toutes unies entre elles. Elles offrent à la main une résistance variable; les plus petites sont dures, rénitentes; les plus grosses sont en général plus molles et nettement dépressibles, mais en palpant avec soin on constate qu'elles ne sont pas réductibles.

Cependant, certains kystes à prolongements thoraciques subissent une sorte d'expansion pendant les efforts; d'autres qui sont très vasculaires augmentent de volume sous l'action des causes qui augmentent la tension veineuse. On comprend que ces phénomènes puissent donner l'illusion d'une réelle réductibilité.

Parfois on a la sensation de noyaux très durs, comme cartilagineux.

La main qui cherche à saisir complètement la tumeur est impuissante à l'énucléer et à la séparer des tissus profonds; il semble qu'il y ait dans la profondeur un large pédicule, dont le point d'attache est impossible à déterminer. C'est là l'indice de ces prolongements dont l'importance est, comme nous le verrons, capitale lorsqu'il s'agit d'instituer un traitement. Ajoutons que, lorsque ces tumeurs forment franchement saillie, on peut mettre en évidence leur translucidité.

Les signes fonctionnels dus à la tumeur elle-même sont nuls ou insignifiants dans la plupart des cas. Ils résultent presque uniquement de la gêne apportée aux diverses fonctions par la présence de la tumeur et nullement de l'envahissement des organes; les muscles distendus sont simplement gênés. Lorsque le kyste a de la tendance à s'accroître du côté de la bouche, il peut cependant déterminer des troubles de la mastication, de la déglutition et de la parole; encore s'agit-il quelquefois, dans les cas de ce genre, d'un lymphangiome de la langue.

Le point le plus intéressant de l'étude de ces tumeurs est certainement la question de leurs prolongements; en effet, les kystes sont primitivement sous-aponévrotiques; leur tendance à l'accroissement, en même temps qu'elle produit une tumeur facilement perceptible sous la peau, les porte aussi à s'insinuer entre les plans profonds; l'on comprend ainsi combien doivent être fréquents les diverticules du kyste, dont la présence constitue l'une des principales contre-indications au traitement chirurgical.

Les kystes de la région sous-maxillaire peuvent se développer du côté du plancher de la bouche; ils soulèvent alors la muqueuse buccale et refoulent la langue en haut et en arrière; ils sont donc l'origine des symptômes fonctionnels que nous avons indiqués; lorsque les vésicules buccales sont devenues très superficielles, on peut constater qu'elles sont translucides. C'est à cette variété de kyste, dit Lannelongue, qu'appartiennent un grand nombre des prétendues grenouillettes sublinguales congénitales.

Les prolongements sous-musculaires sont plus fréquents. Lorsque la tumeur occupe la région du sterno-mastoïdien, elle est naturellement étranglée par la rigidité de la contraction du muscle et paraît bilobée. Mais même dans les cas où elle se développe primitivement, soit en avant, soit en arrière du muscle, il est très habituel qu'elle insinue un prolongement sous le muscle lui-même; il peut arriver que des lobes périphériques arrivent sur l'autre bord du sterno-mastoïdien et constituent encore une tumeur bilobée. D'autres fois, lorsque le kyste a pris naissance dans le creux sus-claviculaire, des productions excentriques s'insinuent jusque sous le trapèze. Dans tous ces cas, les contractions musculaires produites au cours des mouvements imprimés à la tête et au cou ont pour effet de rendre plus saillante la tumeur et plus nette sa lobulation.

Les plus importantes de ces saillies sont celles qui envoient des expansions jusque dans la cavité thoracique. Il faut toujours les soupçonner lorsqu'il s'agit d'un kyste de la partie inférieure du cou qui n'est pas nettement superficiel, et l'on doit rechercher avec grand soin les signes de leur existence.

Les *symptômes fonctionnels* sont ici, le plus souvent, de réelle importance; les déformations thoraciques n'existent pas, il n'y a pas

de compression des voies respiratoires le plus souvent. On se bornera donc aux signes physiques. Parrot, cité par Lannelongue, a rapporté le cas d'une petite fille de deux mois portant un kyste multiloculaire du cou, chez laquelle survenaient des attaques de cyanose avec apnée complète et état de mort apparente.

La percussion pourra fournir de bonnes indications. On aura soin aussi de chercher à produire la réduction de la tumeur. Si, en effet, sur un kyste séreux congénital, la pression amène la disparition ou l'affaissement de la tumeur, sans qu'il se produise de tuméfaction visible en un autre point, on sera en droit de conclure à un prolongement thoracique.

On observera aussi avec soin les modifications subies par le kyste au cours des mouvements respiratoires et pendant les efforts et les cris.

Pendant l'expiration, les cris, les efforts, il subit un mouvement d'expansion; il s'affaisse au contraire pendant les fortes inspirations. Lannelongue insiste avec raison sur l'importance de ce signe.

Il peut exister d'autres prolongements de moindre importance. La tumeur suit les vaisseaux axillaires et vient faire saillie dans le creux de l'aisselle. Lorsque la tumeur sous-claviculaire est suffisamment développée, elle donne au kyste une apparence bilobée, avec un étranglement correspondant à la clavicule. Le kyste peut aussi se développer en arrière, sous l'omoplate, en haut, sur la face, en bas, sur la paroi thoracique.

Marche. — La marche de ces kystes est d'ordinaire progressive; remarqués à la naissance ou peu après, ils augmentent graduellement de volume; il ne mettent que rarement en danger la vie de l'enfant,

Leur début et leur mode d'évolution peuvent cependant être différents. On a trouvé des kystes volumineux chez le fœtus de trois à quatre mois. Lannelongue a mentionné une observation relative à un enfant mort-né porteur d'un kyste énorme.

D'autres fois, ils peuvent menacer directement la vie de l'enfant, soit par compression mécanique, soit par une sorte de cachexie résultant des difficultés de l'alimentation.

Les complications résultent soit du développement excessif de la tumeur, d'où suffocation et asphyxie, soit des accidents que nous avons déjà signalés: hémorragies, suppuration.

Pronostic. — Les kystes restent rarement stationnaires. Nous avons vu que, d'après Wernher, ils peuvent guérir par ouverture à l'extérieur, laissant à leur place une cicatrice bleuâtre, plissée et déprimée. Ce travail pourrait même se faire dans l'utérus et l'on ne trouverait à la naissance d'autres traces du kyste que la cicatrice. Mais souvent, ces tumeurs s'accroissent; en même temps que leur volume apparent augmente, elles poussent des prolongements profonds et l'enfant succombe, soit aux complications déjà signalées, soit à des affections

intercurrentes favorisées par la faiblesse et l'épuisement du sujet.

Diagnostic. — Il doit reposer sur l'étude des signes physiques et, en dernière analyse, sur les résultats fournis par la ponction.

Les kystes séreux peuvent être confondus, soit avec des lésions congénitales, soit avec des tumeurs acquises.

La grenouillette congénitale, par obturation du canal de Warton, est localisée au plancher buccal, bien qu'elle puisse refouler la glande sous-maxillaire; elle a la direction du canal de Warton; son volume ne dépasse pas celui du petit doigt, et elle ne comprend qu'une seule poche.

Les kystes dermoïdes se distinguent surtout des kystes séreux en ce qu'ils n'apparaissent généralement pas à la naissance; leurs dimensions plus faibles sont en rapport avec un accroissement plus lent; constitués par une poche unique, ils ont naturellement une forme arrondie; enfin leur siège est en rapport avec celui des fentes branchiales.

Les lipomes congénitaux sont souvent fort difficiles à distinguer des kystes multiloculaires; la peau qui les recouvre prend cependant, lorsqu'on la plisse, un aspect gaufré particulier qui est l'indice de leur adhérence au derme; leur consistance est plus ferme et leur masse plus homogène. Quant à la fluctuation, elle fournit rarement des indications nettes.

On ne confondra pas le kyste séreux avec un angiome cutané; mais les angiomes profonds, surtout les angiomes caverneux, pourront être très malaisés à reconnaître. On se basera sur leur réductibilité presque complète, sur l'augmentation de volume et de tension pendant les efforts; mais nous avons vu que pareils phénomènes peuvent se rencontrer lorsqu'il s'agit de kystes; on a alors recours à la ponction. Si l'on retire un liquide clair, le diagnostic est facile; mais si le contenu de la poche est sanguin, on hésitera entre un angiome et un kyste hématique. Le diagnostic se fonde alors, dit Lannelongue, sur la continuité de l'écoulement sanguin dans l'angiome, ou sur l'état filant et poisseux du liquide dans les kystes.

Les tumeurs acquises seront plus faciles à reconnaître.

Les abcès ganglionnaires tuberculeux, l'abcès par congestion, seront facilement diagnostiqués; les kystes du corps thyroïde suivent les mouvements du larynx. Les hygromas du cou sont médians, de petit volume, et suivent aussi les mouvements du larynx. Les kystes hydatiques présentent un diagnostic plus délicat; c'est par la ponction qu'on le tentera.

Enfin, quand on aura établi l'existence du kyste séreux congénital, il faudra chercher à se rendre compte de ses rapports avec les vaisseaux et surtout de l'existence de prolongements profonds; on se basera pour cela sur les signes déjà indiqués.

Traitement. — Le traitement idéal à employer est certainement

l'extirpation; mais elle exige que la tumeur soit petite, non adhérente aux vaisseaux et surtout ne pousse pas de prolongements dans les parties profondes et principalement dans le médiastin.

Lorsque toutes ces conditions sont ou paraissent réunies, il faut alors discuter l'époque de l'intervention; on s'accorde généralement à ne pas la faire dans les premières semaines ou même les premiers mois qui suivent la naissance. Si la tumeur est petite, il n'y a aucun inconvénient à attendre; si elle est grosse, il est nécessaire d'en retarder l'extirpation pour ne pas mettre gravement en danger la vie de l'enfant. Cependant on peut avoir quelquefois la main forcée: lorsque la tumeur prend rapidement un développement inquiétant ou lorsqu'elle provoque des troubles fonctionnels graves, et même, dans ce dernier cas, il serait préférable de recourir aux moyens secondaires que nous indiquerons bientôt, plutôt que d'exposer l'enfant aux dangers d'une chloroformisation prolongée et d'une perte de sang appréciable. On peut dire que, terme moyen, pour un kyste qui *peut* être extirpé, l'intervention doit être retardée jusqu'à la fin de la première année; mais l'on comprend, sans que nous insistions, combien cette règle comporte de tempéraments suivant la marche du kyste, son étendue, ses prolongements, le danger qu'il fait courir au malade par sa présence, etc.

Lorsque l'extirpation complète est impossible, ou lorsqu'on l'aura commencée sans pouvoir la terminer, on se rabattra sur l'excision d'une partie du kyste; Lannelongue a eu recours deux fois à ce procédé avec de bons résultats. Enfin, lorsqu'on ne voudra pratiquer ni l'extirpation complète impossible, ni l'excision partielle dont les avantages ne compensent pas toujours les dangers, on pourra avoir recours à toute une gamme de moyens plutôt palliatifs que curatifs, mais qui sont les seuls applicables.

La ponction a donné quelques résultats favorables; il est à présumer que les mauvais n'ont pas été intégralement publiés; Hawkins a réduit par ce procédé un kyste congénital au tiers de son volume, et, quelques années plus tard, toute trace de la tumeur avait disparu (Lannelongue). Follin, Devals, ont rapporté des cas analogues; ce procédé ne peut avoir en tout cas de grands inconvénients, si l'on se met à l'abri de la suppuration, qui est survenue dans bien des cas.

Il est naturel de songer à adjoindre l'injection à la ponction; c'est surtout la teinture d'iode qui a été employée; les résultats ont été un peu plus favorables, mais ils se rapportent naturellement à des kystes pauci ou uniloculaires; pour les autres, on a imaginé divers procédés tels que la dissection du kyste, ou l'emploi de la canule fenêtrée, qui ne paraissent pas avoir passé dans la pratique.

Nous passons sur une série de moyens secondaires, tels que l'injection de chlorure de zinc, le séton, l'ouverture simple, pour mentionner en terminant l'électropuncture, dont les résultats satisfaisants