

## VINGT-CINQUIÈME LEÇON

### TUMEUR GAZEUSE DU COU

I. — Tumeur sonore et irréductible de la région cervicale antérieure chez un garçon de trois ans et demi. La matité d'une tumeur gazeuse, quoi qu'on en ait dit, est impossible. Confusions anciennes dans l'histoire du « goitre aérien ». Une communication avec les voies aériennes est nécessaire et probablement liée ici à un tubage pour diphtérie; possibilité exceptionnelle d'une infection gazeuse légère dans un kyste ponctionné.

II. — Variétés anatomiques et pathogéniques. Poches congénitales ou acquises.

III. — Indications et technique d'une opération chirurgicale.

De temps à autre on rencontre, un peu à tous les âges, des malades qui portent à la région cervicale antérieure une poche remplie de gaz. La chose est assez rare pour que je vous la fasse constater aujourd'hui sur un enfant qu'hier j'ai reçu dans nos salles après l'avoir examiné devant vous à la consultation.

#### I

Ce garçon, âgé de trois ans et demi, présente à la partie antérieure et médiane du cou une tumeur globuleuse qui, dans le sens vertical, va de l'os hyoïde au creux sus-sternal et qui de chaque côté s'étale sur les parties latérales du larynx. Sur elle, la peau est souple, sans adhérences, parfaitement mobile ainsi que je vous le démontre en y faisant un pli; aucune cicatrice n'y est marquée et sa coloration est normale. On y voit seulement transparaître, bleuâtres, les veines sous-cutanées légèrement dilatées.

En mettant la main sur cette saillie, je lui trouvai tout de suite une consistance bizarre. Elle était au premier abord uniformément fluctuante, mais avec une élasticité, une tension spéciales, comme si on avait sous les doigts un ballon à paroi partout lisse et tendue, avec cependant une légère bosse mollasse et fluctuante, située en haut et à gauche. L'idée me vint donc de donner une chiquenaude sur la tumeur, et j'obtins ainsi une sonorité manifeste, que je trouvai semblable sur toute l'étendue de la poche, en sorte que, bien certainement, je n'avais pas été induit en erreur par la percussion fortuite, à distance, du larynx ou de la trachée.

Ce signe était caractéristique: seule une tumeur gazeuse, une aérocele du cou, pouvait ainsi être sonore sous la chiquenaude. Et puisque j'en suis à cette constatation — qui lorsqu'elle est faite est pathognomonique — laissez-moi vous dire qu'elle me paraît indispensable pour qu'on soit en droit de diagnostiquer une aérocele du cou. Comme disent les mathématiciens, elle est la condition nécessaire et suffisante du diagnostic. Or, quand vous parcourez les observations assez rares attribuées à cette lésion vous y voyez que, si tous les auteurs accordent que la condition est suffisante, ils ne la considèrent pas tous comme nécessaire. Plusieurs, en effet, ont publié des cas où ils mentionnent que la tumeur était mate, et même Gayet (de Lyon), à propos d'un fait d'ailleurs probant, a écrit: « Comme tous les observateurs qui m'ont précédé, j'ai pu constater qu'une pareille tumeur n'est pas sonore à la percussion ». Le fait est probant, vous dis-je, parce que ce « goitre aérien », provenant de la partie médiane de la trachée, put être à peu près complètement réduit par compression. Mais quant à la sonorité, il me paraît certain qu'il y a eu une erreur d'observation: une cavité pleine d'air ne peut pas n'être pas sonore, et l'on peut seulement étudier les conditions dans lesquelles ce signe est susceptible d'être masqué quand au-dessus de la tumeur les parties molles sont assez épaisses, quand par compression on a réduit la masse gazeuse et vidé presque entièrement la poche. Il faut aussi tenir compte du timbre du son. Ainsi Peyrot nous apprend que chez un malade vu par lui, en 1884, dans le service de L. Labbé, plusieurs médecins entendirent un son mat,

car « c'est une sonorité tympanique à timbre élevé; on méconnaît assez facilement ces sonorités-là », et « on n'arriva à s'entendre qu'après un long examen et de nombreux essais comparatifs ».

En outre, à côté de ces difficultés d'observation, il paraît évident que, parmi ces prétendues tumeurs aériennes à son mat, se sont glissées plusieurs erreurs de diagnostic. Ainsi, dans un mémoire publié par Heidenreich en 1835, un goitre d'aspect classique, chez une jeune femme, était mat et irréductible; mais l'auteur admet un « goitre aérien par hernie trachéale » parce que la tumeur est « trop légère » pour être solide ou liquide. A un demi-siècle d'écart, l'argument ne vaut plus bien cher. Dans un cas plus récent, en 1879, Elridge qualifie d'aérien un goitre tout à fait ordinaire, sauf qu'il augmente de volume pendant les efforts et que surtout, par une aiguille de Pravaz enfoncée dans le point culminant de la tumeur, il sortit un courant d'air assez fort pour éteindre une allumette. Mais le premier de ces signes est réalisé dans les goitres solides assez vasculaires, et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'est bien connue la turgescence du corps thyroïde, même sain, au moment des efforts; quant au second signe, il resterait à bien prouver que l'aiguille n'a pas piqué la trachée, et de cela la preuve n'est pas parfaite. Un autre fait d'aérocèle avec matité publié par Norris Wolfenden n'a pas davantage résisté à la critique de Burckhardt, d'après lequel c'est un simple goitre rétro-sternal.

Cela dit sur cette discussion, qui n'est ici qu'accessoire puisque notre tumeur est franchement sonore, nous devons nous demander quelles sont les connexions de la tumeur avec l'arbre aérien; et elles sont mises en évidence par la plus simple des manœuvres, car la tumeur monte et descend pendant les mouvements de déglutition, ce qui est, vous le savez, le caractère fondamental des tumeurs cervicales fixées à l'arbre aérien. Mais l'adhérence, étant ainsi prouvée, n'a pu être sentie de façon plus précise; la tumeur n'est pas mobile sur les plans profonds et aucun pédicule ne peut y être trouvé par la palpation.

Pour démontrer sans contestation possible que la poche communicative avec les voies aériennes, vous avez à votre disposition deux

signes inverses : par compression sur la saillie anormale vous obtenez la réduction, et d'autre part, si vous regardez le cou pendant le cri, pendant les divers efforts, vous constatez une augmentation de volume. Mais vous concevez aussi que, même si le gaz vient de l'arbre aérien, ces signes puissent faire défaut : il suffit que le pertuis soit étroit, oblique, faisant soupape comme la valve d'un pneumatique, pour que, exercée dans un seul sens ou dans les deux sens indifféremment, la moindre augmentation de pression dans la poche fasse tout de suite obturer le clapet. En fait, chez notre malade, la tumeur est irréductible et elle n'augmente pas de volume pendant l'effort. Cependant, on aurait noté, en dehors de notre examen, quelques variations de tension, corrélatives avec quelques variations dans les troubles provoqués, par compression sans doute, du côté de la déglutition et de la respiration.

Est-ce à dire que, même en l'absence de ce commémoratif, dont je reconnais tout le manque de précision, vous ne deviez pas conclure à une communication avec le larynx à la trachée? Il n'en est rien, car je viens de vous expliquer dans quelles conditions anatomiques cette communication peut échapper aux investigations cliniques; et par contre, si les gaz ne viennent pas de l'arbre aérien, d'où voulez-vous qu'ils viennent? A la réflexion, on ne peut leur attribuer une autre source.

Deux origines seulement sont, en effet, admissibles *a priori* : ou bien il s'agit d'air atmosphérique, ou bien de gaz nés sur place. Et il est incontestable que, au cou comme dans d'autres régions, des gaz peuvent s'exhaler sur place, au milieu des tissus. Nous savons aujourd'hui qu'ils sont alors la conséquence d'une infection microbienne, et que même cette infection a coutume d'être particulièrement intense et grave. Ainsi, en 1770, Johann Burg a publié un cas « d'abcès du cou rempli de vent »; par un trou de lancette, « il sortit du vent avec un bruit comparable à la détonation d'un fusil non bourré, suivi d'un murmure comparable aux borborygmes intestinaux, puis du sang de si mauvaise odeur, que non seulement cette odeur remplit la chambre, mais qu'elle en chassa toutes les personnes douées d'un nez subtil ». Le patient

étant mort deux heures plus tard, l'auteur ajoute naïvement : « Je l'aurais volontiers disséqué si l'affection trop vive de ses proches ne m'en eût empêché. »

De nos jours, l'intérêt local est nul pour une semblable autopsie, utile seulement pour les investigations bactériologiques et pour l'étude des lésions viscérales disséminées. Et pour notre malade en particulier il ne saurait être question d'établir une analogie quelconque avec le phlegmon gangreneux si étrange aux yeux de J. Burg, pour nous si facile à interpréter. Mais les infections avec productions de gaz ne sont pas toujours d'une semblable acuité, et peut-être parfois une infection légère et spéciale, sans réaction générale, sans phénomènes phlegmoneux locaux, est-elle capable de cette action. Cela expliquerait certains faits bizarres où, sans communication constatée cliniquement ou anatomiquement avec le larynx ou la trachée, on a trouvé des gaz dans des kystes du corps thyroïde. Des observations de ce genre sont dues à Heidenreich, à Lannelongue, à Dressler, alors qu'il n'y avait pas de symptômes inflammatoires concomitants, et où, par conséquent, l'origine des gaz est des plus obscures. Cependant nous nous souviendrons qu'il y a quelques années, en 1893, Büdinger a étudié dans les salles de Billroth un kyste dermoïde de la grande lèvre dans lequel, en l'absence de toute inflammation cliniquement appréciable, le contenu était à la fois liquide et gazeux : mais quinze jours auparavant avait été pratiquée une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, et dans le liquide Büdinger a trouvé un coccus qui produisait des bulles de gaz dans les cultures. En sorte que — ce que d'ailleurs nos connaissances actuelles en pathologie générale nous auraient permis de supposer — nous sommes en droit d'attribuer à des infections spéciales, très peu phlegmasiques, ces cas au premier abord si insolites ; et en fait on a noté que chez ces malades le kyste thyroïdien avait été ponctionné plus ou moins longtemps auparavant.

Il ne serait pas raisonnable, chez notre sujet, d'admettre une pathogénie semblable, car en premier lieu on ne relève dans les commémoratifs aucune ponction dans une tumeur préexistante, et par contre on y trouve un passé laryngo-trachéal très net. Je

passé sur les antécédents éloignés, y compris une coqueluche qui, à l'âge de dix-sept mois, a évolué sans complications ; mais le 31 octobre 1895, il y a trois mois et demi par conséquent, l'enfant a été admis à l'hôpital Trousseau pour une diphtérie survenue quinze jours environ après le début d'une rougeole, et là il avait dû subir le tubage à plusieurs reprises, le premier tube ayant été dégluti et le lendemain trois autres s'étant bouchés. Au bout de quatre semaines, le malade, guéri de la diphtérie, nous avait été envoyé dans le service de chirurgie pour des abcès à la face postérieure de la cuisse gauche et à la région sous-maxillaire droite. Y avait-il déjà à ce moment quelque chose d'anormal à la région prétrachéale ? Je n'en sais rien, car l'enfant fut examiné sommairement ; il ne resta pas dans nos salles, et ses parents, craignant une issue rapidement fatale en raison de son état général très mauvais, le reprirent dès le lendemain de son entrée.

Tout de suite ils remarquèrent alors que la déglutition était gênée, qu'aussitôt après avoir bu l'enfant était pris d'accès de suffocation, de même après avoir pleuré. Mais cela ne peut-il pas être attribué à un léger degré de paralysie diphtéritique du voile du palais ? On peut en dire autant — quoique avec moins de probabilité — pour l'affaiblissement de la voix, la gêne de la parole notés dès cette époque. Notre restriction vient de ce que le larynx entre à peu près sûrement en jeu, et dès lors il est bien possible qu'il faille invoquer, pour expliquer ces troubles fonctionnels, la lésion productrice de l'aérocèle.

Quoi qu'il en soit, c'est dans le courant de janvier, soit de six semaines à deux mois après la sortie de l'hôpital, que, l'enfant étant à peu près rétabli, les parents remarquèrent sur la ligne antérieure du cou une tumeur indolente, grosse comme une noisette, puis accrue jusqu'au volume d'un œuf de poule, et devenue enfin ce que vous la voyez aujourd'hui.

Il me paraît donc que l'on est en droit de rapporter au premier tubage l'origine de la lésion, soit que l'on ait produit une déchirure, une vraie fausse route peut-être, pendant les manœuvres répétées des deux premiers jours, soit que la pression du tube ait causé une ulcération, ou même un simple amincissement atro-

phique sur la paroi du tube aérien. Mais une autre hypothèse est possible, et peut-être l'orifice d'une poche congénitale préexistante s'est-il laissé forcer par l'air au cours de deux maladies successives causant volontiers des efforts de toux; car on peut dire qu'on n'observe jamais de rougeole sans toux plus ou moins intense et fréquente.

## II

L'anatomie pathologique des cas autopsiés ou opérés jusqu'à présent nous démontre, en effet, que ces divers mécanismes sont possibles et réclament chacun pour leur part certaines des observations publiées.

Ainsi Rokitansky a vu la paroi trachéale membraneuse assez peu résistante pour se laisser distendre soit en avant, entre les anneaux, soit en arrière là où les anneaux font défaut; et là, les orifices glandulaires élargis conduisaient dans des culs-de-sac dilatés, faisant des bosselures grosses comme un pois ou même comme un haricot. Ces glandes, chez un sujet toussant beaucoup, ne pourraient-elles pas se développer en aéroécèles? Le fait est possible, quoique jusqu'à nouvel ordre dépourvu d'observation à l'appui. Mais la dilatation interannulaire de la trachée peut seule rendre compte des aéroécèles rencontrés par Dominique Larrey chez des crieurs de minaret, chez des sergents instructeurs, chez des gens, par conséquent, qui font abus des efforts vocaux.

Quant à l'accumulation d'air dans des diverticules congénitaux, elle est prouvée par certains faits modernes, des plus intéressants. En particulier, Ledderhose en Allemagne, Beausoleil à Bordeaux, ont publié l'histoire de sujets chez lesquels la tumeur était formée par des diverticules du ventricule de Morgagni, analogues à ce qui constitue les sacs aériens cervicaux chez les singes hurleurs. A l'état normal, chez l'homme, le ventricule de Morgagni, petit diverticule situé entre les cordes vocales supérieures et inférieures, envoie sous la corde vocale supérieure un petit prolongement ascendant qu'on voit quelquefois acquérir un développement insolite. Chez les singes hurleurs, cette poche remonte jusqu'à

l'os hyoïde, se prolonge dans le corps de cet os, excavé et descendant au-devant du cou comme un véritable bouclier, et, de plus, à travers un trou de la membrane thyro-hyoïdienne, envoie à la région antéro-latérale du cou un énorme sac aérien. Or, Bennett, en 1865, Gruber, en 1874, ont recueilli à la salle de dissection des larynx humains offrant, en petit, cette disposition. Mais si la symptomatologie peut être assez nulle pour que, comme dans ces cas, il s'agisse parfois de pièces trouvées par hasard à l'amphithéâtre, les observations de Ledderhose, de Beausoleil, prouvent que de cette disposition congénitale peuvent résulter des troubles morbides sérieux. Lücke a opéré le malade dont Ledderhose a publié l'histoire: la disposition topographique de la double tumeur — opérée en deux fois — extra-laryngée et intra-laryngée correspondait tout à fait à celle du sac aérien des singes; d'autre part, l'examen histologique a démontré un revêtement épithélial cylindrique, à cils vibratils. On ne saurait donc mettre en doute la réalité d'un diverticule congénital et anormal du ventricule de Morgagni. Le malade vu par Beausoleil et Maire n'a pas été opéré, mais cliniquement on peut être affirmatif sur le diagnostic; dans ce cas, la tumeur était presque exclusivement intra-laryngée, avec très peu de saillie extra-laryngée à la région cervicale latérale, vers la partie postérieure de la membrane thyro-hyoïdienne.

A côté de ces communications laryngées supérieures, assez bien expliquées par l'anatomie comparée et considérées comme une anomalie réversible, une place semble devoir être faite, dans la genèse des aéroécèles, à des sacs congénitaux ouverts non pas dans le larynx, mais dans la trachée. C'est ce que constata en 1890 M. von Baracz (de Lemberg), en extirpant une petite aéroécèle médiane et inférieure chez une fille de huit ans; et le microscope permit de voir un épithélium cylindrique tapissant la paroi conjonctive, avec quelques fibres musculaires lisses, qui circonscrivait la tumeur.

Au premier abord, vous croyez peut-être que le clinicien établira facilement qu'il s'agit d'une lésion congénitale: les signes et symptômes de la tumeur remonteront, sinon à la naissance, au moins à la première enfance. C'est là une erreur que la connais-

sance des dissections accidentelles de Bennett, de Gruber, vous fera facilement éviter; et quant aux malades cliniquement observés, si von Baracz nous parle d'une enfant chez laquelle la tumeur sus-sternale a été vue grosse comme une noisette, dès l'âge de deux mois, et a grossi peu à peu, Ledderhose, Beausoleil, ont eu sous les yeux des adultes à lésion récemment manifestée. La poche préexistante était sûrement congénitale, mais elle est restée latente jusqu'au jour où, dans un effort de toux, l'entrée s'est laissé forcer, et après cela, la tumeur a grossi peu à peu. Il va sans dire que l'action de la toux est surtout grande pour distendre les tumeurs à communication sous-glottique, mais elle fut très nette chez le malade de Beausoleil.

Ce rôle de la toux vous fait comprendre que la tuberculose pulmonaire puisse être l'occasion qui fasse distendre et diagnostiquer l'aérocèle, et cela m'amène à vous signaler en quelques mots un fait assez obscur de Madelung. Chez un homme de vingt ans se forma brusquement, dans un effort de toux, une aérocèle grosse comme un œuf de poule, allant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde. La tumeur, extirpée, s'ouvrait dans le larynx, à la partie inférieure de l'angle du cartilage thyroïde et dans la paroi furent trouvées seulement des lésions de tuberculose; le malade mourut subitement, quatre mois après l'opération. En l'absence d'autopsie, la pathogénie exacte est bien difficile à élucider. Madelung admet un diverticule congénital devenu tuberculeux, et c'est, en effet, d'après l'aspect des parties, plus probable qu'une ulcération laryngée tuberculeuse limitée ayant perforé le thyroïde, ou qu'un abcès extra-laryngé tuberculeux ouvert dans le larynx.

Mais on ne peut donner ici que des probabilités, et non pas une certitude, car il y a des cas où ces deux variétés ont été observées, que la perforation laryngée primitive ou l'abcès extra-laryngé aient été ou non tuberculeux. Il convient, d'ailleurs, de remarquer que cette détermination de la nature étiologique de la lésion originelle est souvent à peu près impossible à résoudre dans les observations anciennes, antérieures à l'histologie.

Si nous appliquons à notre cas particulier les notions que nous venons d'acquérir par l'étude des observations déjà publiées, nous

éliminons tout de suite l'hypothèse d'un abcès ouvert dans les voies aériennes, mais nous restons dans le doute entre deux interprétations : une perforation brusque — en fausse route, ou après ulcération par compression — due à l'action du tube; un diverticule congénital distendu à l'occasion d'accès de toux. L'examen histologique de la paroi nous éclairera sur ce point.

### III

Malgré l'anathème jeté par Gayet sur l'opération, il y a assez longtemps déjà, j'ai, en effet, l'intention d'intervenir, parce que la lecture des observations nous prouve que les symptômes ne sont pas toujours bénins. Chez notre malade, ils sont légers, quoique l'aphonie soit à peu près complète, quoique, de temps à autre, la respiration et la déglutition soient passablement gênées. Mais, quelquefois, la dyspnée est considérable, la toux est fréquente, la déglutition est plus ou moins entravée. Chez le malade de Ledderhose, en particulier, tous les accidents étaient graves et ont cessé par l'extirpation de la tumeur, de même que dans le cas de von Baracz la toux a été supprimée par l'opération. Et vous noterez que dans le cas de Ledderhose, après que Lücke eût enlevé l'aérocèle extra-laryngée, il en résulta d'abord une amélioration considérable, mais que, quatre ans plus tard, en raison d'accès de suffocation tout à fait inquiétants, il fallut faire la thyrotomie et enlever la poche intra-laryngée. Même quand, au moment où le malade consulte, les troubles fonctionnels sont légers, bornés à de la toux et à de l'aphonie, ou à de la simple raucité de la voix, on ne saurait donc en conclure que le pronostic doit rester toujours bénin, et que, dès lors, M. Beausoleil ait eu raison de repousser en principe toute intervention chirurgicale, pensant, avec Gayet, « qu'elle serait pire que le mal ».

Pour une tumeur limitée, réductible, on peut essayer la compression avec un tampon d'ouate, et cette pratique a donné quelques succès. Mais chez notre malade cette méthode ne peut être tentée, d'abord en raison de l'étendue de la tumeur, ensuite parce

que l'irréductibilité est complète. Aussi vais-je inciser la poche, en enlever le plus possible, et tenter d'oblitérer, si je le trouve, l'orifice de communication avec les voies aériennes. Autrefois, on se bornait à l'incision, qui a fourni quelques bons résultats. Elle a ensuite été condamnée, comme trop grave, à cause des accidents septiques auxquels elle a donné naissance pendant la période chirurgicale désastreuse qui a précédé l'avènement de l'antisepsie. Mais ce serait un lieu commun que de réhabiliter aujourd'hui le bistouri : les reproches qu'on a adressés à la méthode sanglante n'ont plus leur raison d'être, et les succès se sont multipliés entre les mains des opérateurs modernes.

*P.-S.* — Le 18 février, après chloroformisation, j'ai fait une incision médiane. L'air s'étant échappé et les parois s'étant affaissées, j'ai vu que j'étais dans une cavité lisse, ressemblant à une séreuse. Avec grand soin, j'ai cherché, mais vainement, un orifice quelconque conduisant le stylet dans le larynx ou la trachée. Il existait cependant sans conteste, car, à un moment donné, l'enfant s'étant contracté assez vivement, j'ai entendu un sifflement très net qui m'a bien paru partir au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde : j'ai donc cherché dans cette région encore plus attentivement, mais sans plus de succès. J'ai excisé aux ciseaux courbes la partie inférieure de la poche et j'ai terminé par un tamponnement à la gaze iodoformée; il m'a paru dangereux de suturer au devant d'un orifice laryngien resté inconnu et non oblitéré.

Les suites opératoires ont été normales. L'enfant a quitté l'hôpital le 5 mars, porteur d'un petit trajet fistuleux vers le bord supérieur du cartilage thyroïde, et là prend quelquefois naissance un léger sifflement, avec émission de bulles gazeuses. Mais le cathétérisme est toujours resté infructueux. L'état local était le même en avril, époque où l'enfant fut perdu de vue, et la fistule résistait aux cautérisations. Les troubles de la phonation étaient en voie de diminution. Quant aux troubles de la déglutition et de la respiration, ils avaient cessé tout de suite après l'opération.

Mon ami le D<sup>r</sup> Cazin a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la paroi réséquée. Une couche interne, fibreuse, à lames parallèles, reposait sur des fibres musculaires, sans doute

celles des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, en partie entamés dans la dissection. A l'intérieur de la paroi, il a été impossible de découvrir une couche épithéliale quelconque. Il ne s'agit donc pas d'un diverticule congénital secondairement insufflé, mais d'une infiltration aérienne après perforation ultérieure ou traumatique consécutive au tubage.

L'observation qui sert de base à l'entretien ci-dessus a été publiée depuis dans la thèse, fort étudiée, de mon élève Koutnik (*Thèse de doctorat, Paris, 1895-1896, n° 323*). Dans cette thèse on trouvera, fort exacte et complète, la bibliographie postérieure à l'intéressant mémoire de L.-H. Petit (*Revue de Chirurgie, Paris, 1889, p. 97, 205, 371, 471*). Quelques observations plus récentes sont citées par Guinard, dans une communication à la *Société de Chirurgie* (Paris, 28 mars 1900, n. s., t. XXVI, n° 12, p. 347). Malgré l'opinion de Guinard, il a semblé à la plupart des auditeurs que dans son cas personnel, où la paroi était revêtue d'épithélium, il s'agissait d'un diverticule congénital distendu à l'occasion d'un effort et non d'un épanchement aérien enkysté, après rupture, dans le tissu conjonctif cervical. Il suffit de lire les conclusions de la thèse de Koutnik, pour se convaincre que, quoi qu'en pense Guinard, cet auteur n'a nullement soutenu « qu'il y a toujours à l'origine une cause prédisposante congénitale ou acquise », mais admet très nettement qu'après perforation, traumatique ou autre, il peut y avoir « enkystement de l'air dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique ». C'est en particulier à cette pathogénie qu'il a attribué, comme moi, l'observation que je lui ai communiquée. Dans sa réponse finale, Guinard a ajouté (*loc. cit.*, p. 356) que, « dans les observations publiées jusqu'ici avec des dispositions congénitales, il s'agissait d'enfants (cas de Broca et Koutnik), et, de plus, les tumeurs étaient plus ou moins réductibles ». La discussion étant close, j'ai jugé inutile de revenir sur ce sujet, mais : 1° dans le cas ci-dessus, il s'agissait d'un enfant, et presque sûrement il n'y avait pas de prédisposition congénitale; 2° dans un cas à prédisposition congénitale certaine ou presque certaine, von Baracz a opéré un enfant; chez les malades de Ledderhose, Beausoleil, Madelung, la lésion n'avait commencé à se manifester qu'à l'âge adulte.