

Berlin. *klin. Wochs.*, 1892. — GIAXA. *Res. stat. d. Osp. d. Miseric. Casamicciola*, 1892. — BERNACCHIS *Archiv. di Ortop.* Milano, 1892. — KISSEL. *Vratch. St-Petersbourg*, 1895. — SALMAN. *Inaug. Dissert.* Berlin, 1895. — BERTHIER. *Myos. oss. traum. Arch. méd. exp.* Paris, 1894. — CARTER. *The Lancet. of London*, 1894. — GYBNEY. *Boston med. Journ.*, 1894. — EICHHORST. *Myos. oss. progr. Virchow's Arch.*, 1895. — LEXER. *Myos. oss. progr. Langenbeck's Arch.*, 1895. — BRUCK. *Soc. méd. Berlin. — Semaine méd.* Paris, 1896. — HUTCHINSON. *Arch. of Surg.* London, 1896. — PAGET (O.). *Transact. clin. Soc.* London, 1896. — MANTEUFFEL (v.). *Congr. soc. all. de chirurg.*, 1896. — PINCUS. *Deutsch. Zeitsch. f. chirurg.*, 1897. — BORS. *Berlin Arch. Hirschwald*, 1898. — NISSIM. *Thèse de doctorat.* Paris, 1898. — HERRINGHAM. *Clin. Soci. of London*, 1898. — STEMPER. *Mittheilg. a. d. Grenz.* Breslau, 1898. — SALOMONI. *Cong. Socie Itali de chirurg.*, 1898. — LORENZ. *Trait. pathol. de Nothnagel.* Berlin, 1898. — ROTH. *Myos. ossif. progr. Münch. med. Woch.*, 1898. — BURGERHOUT. *Inaug. Dissert.*, M. O. P. Leyden, 1898. — JACOBY. *Myos. ossif. progr. Berlin. klin. Woch.*, 1898. — WEILL et NISSIM. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* Paris, 1898. — GEMMEL. *Myos. oss. progr. Wien. klin. Rund.* 1899. — MORIAN. *Myos. oss. progr. Münch. med. Woch.*, 1899. — NICOLAYSEN. *Myos. oss. progr. Berlin. klin.*, 1899. — JONES. *Liverpool med. Instil.*, 1899. — CRAWFORD. *Clinic. Soci. of London. The Lancet*, 1899. — COMBY (J.). *Arch. de méd. des enfants.* Paris, 1899. — ROLLESTON. *Clin. Societ. of London*, 1901. — RAGER. *Zeitsch. f. orth.* Heft, 1901. — ILMAN. *Myos. ossif. traum. Inaug. Dissert.* Kiel, 1901. — SCHWIEKERATH. *Myos. o. p. Inaug. Diss.* Würzburg, 1901. — MÉNARD et TILLAYE. *Revue d'Orthop.* Paris, 1902. — RIVALTA. *Policl. ses. med.*, fas. 4. Roma, 1902. — MICHELI. *Clinica m. Italiana.* Milano, 1902. — RENZI (DE). *Nuo. Rivis. Cli e The. Gaz. d. Osp. Italia*, 1905. — FERRATON. *Revue d'Orthop.* Paris, 1905. — BATTEN. *Clin. Societ. of London*, 1905. — A. KRUSCHE. *Czasopismo lekarskie*, 1905. — COMBY et DAVÉL. *Société de Pédiatrie.* Paris, 1904.

V

TUMEURS DU MUSCLE STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN

PAR LE D^r GONZALEZ ALVAREZ

Professeur agrégé des maladies de l'enfance, Médecin principal de la maison des enfants trouvés, Membre de l'Académie royale de Madrid.

On voit quelquefois chez l'enfant des tumeurs au sens le plus large du mot, c'est-à-dire des tuméfactions plus ou moins circonscrites, siégeant sur le muscle sterno-mastoïdien, dont quelques-unès se voient exclusivement dans la première enfance, tandis que d'autres sont communes à d'autres époques de la vie; ces dernières sont sans aucun doute les plus fréquentes chez l'enfant. La première de ces tumeurs est celle qu'on connaît sous le nom d'hématome du sterno-mastoïdien; il y a aussi la *gomme syphilitique*, le *ganglion tuberculeux*, l'*abcès*, dont nous aurons à nous occuper à propos du diagnostic différentiel.

Hématome du sterno-mastoïdien (*trachelhématome* des auteurs français). — Sous ce nom on désigne une tumeur qui se voit sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien dans la première enfance. Son nom vient de ce qu'on l'a regardée comme formée de sang épanché dans le muscle.

Le professeur Henoch publia, dans son livre intitulé *Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*, l'étude de 25 cas observés par lui en 1875. Le D^r Blachez, en 1876, analysant un mémoire de M. Planteau sur ces tumeurs, en a publié une description détaillée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 19 mai. M. Launois, interne du service du D^r Saint-Germain, publia en 1885, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, page 140, l'étude de six cas observés en 1882 dans le service de son maître. Schulthess, en 1887, en a publié un cas remarquable. Petersen, en 1884 et 1891, publie et étudie plusieurs observations dans *Archiv für klin. Chir.*, t. XXX, p. 781. Louis Unger, professeur à Vienne, en 1889, dans son livre *Manuel de pédiatrie*, au chapitre Torticolis, parle incidemment de l'hématome et accepte la doctrine étiologique de Planteau et Blachez. Lovett, en 1892, publie un cas remarquable dans le *Boston med. Journ.*, t. CXXXVI, p. 511, rapporté par Kirmisson. Spencer publie en 1895, in *American Journ. of med. Sciences*, n^o 249, p. 105, l'observation et l'étude de 15 cas. Kirmisson, en 1898, cite un cas curieux, page 182, article Torticolis de son livre *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

Comby, dans son ouvrage : *Traité des maladies de l'enfance*, s'occupe en détail de cette question. D'autres pédiatres et chirurgiens ont consacré des travaux à l'hématome du sterno-mastoïdien.

Symptomatologie. Époque d'apparition. — La lésion apparaît quel-

quefois dès le premier jour de la vie, d'autres fois, du premier au sixième, quoiqu'il soit très difficile de savoir, dans la plupart des cas, le moment d'apparition de la tumeur. Les personnes qui soignent l'enfant s'aperçoivent de son existence en le nettoyant, généralement dans le cours de la première et de la seconde semaine, et c'est alors qu'elles en font la remarque au médecin. C'est ainsi qu'Henoch déclare que, dans 23 cas qu'il a observés d'hématome du sterno-mastoïdien, l'enfant le plus jeune avait déjà 5 semaines, et la plupart des enfants observés en avaient de 4 à 6.

« Dans les premiers jours de la vie », « près de la naissance », « au début de la première enfance », tels sont les termes employés par les observateurs qui se sont occupés de ces hématomes, au point de vue de leur époque d'apparition.

Siège. — On est universellement d'accord pour ce qui résulte des observations relativement au siège de l'hématome; c'est presque toujours le muscle du côté droit, dans sa partie moyenne et son bord antérieur. Quelquefois on l'a vu des deux côtés. Bouvier énumère les cas où le muscle droit était frappé par rapport au gauche, et il trouve une proportion de 5 à 1. Il est très rare que l'hématome siège dans le chef cléido-mastoïdien. Schulthess publia un cas où le siège était cette portion du muscle.

Des 23 cas d'Henoch on en observa : à droite, 18; à gauche, 5.

Volume, forme, couleur. — Presque toujours le volume de cette tumeur est très faible. Depuis une petite noisette il va jusqu'à une amande ou un œuf de pigeon, très rarement plus. Sa forme est arrondie ou ovale, de diamètre plus grand dans le sens des fibres musculaires. Sa couleur au début peut révéler la nature du contenu, la couleur bleuâtre du sang épanché se trahissant par transparence. Plus tard on n'observe plus de différence de couleur avec la peau du voisinage.

Nombre. — Généralement la tumeur est unique, rarement double; il peut y en avoir une dans chaque muscle; quelquefois on en a observé deux ou plus dans le même muscle.

Consistance. — Ce symptôme est comme la couleur, variable selon l'époque plus ou moins voisine du début.

Au début, la tumeur est molle, un peu fluctuante; puis la mollesse disparaît et la fluctuation se transforme en rénitence; à la fin, il y a un noyau dur, semblable à un corps étranger parmi les fibres.

Sensibilité. — Au début et à la fin, la tumeur est insensible. L'enfant ne manifeste de douleur par son expression naturelle de défense qu'à la période intermédiaire. Une fois la tumeur devenue dure, la douleur disparaît.

Autres symptômes. — Il n'y a pas d'élévation thermique; la tumeur n'est pas mobile; elle est comme emprisonnée dans le muscle. La peau glisse par-dessus; jamais elle ne contracte d'adhérences. Au début il n'y a aucun trouble fonctionnel; mais plus tard, quand la fonction du sterno-mastoïdien, en raison de son développement, s'exerce plus énergiquement (à partir de l'âge d'un mois), cette lésion du nouveau-né peut causer le *torticolis* du côté atteint. Je ferai observer que je dis *peut*, car le plus

souvent elle ne le produit pas. Plus tard nous nous occuperons de ce point.

Anatomie pathologique. — Les autopsies faites par divers observateurs, Schulthess, Spencer, Kirmisson, sont suffisantes pour élucider cette affection.

Il y a deux étapes absolument différentes dans les lésions que signale l'étude histologique de l'hématome du sterno-mastoïdien. Une première est l'état plus ou moins liquide du sang qui constitue la tumeur; ce sang est plus ou moins transformé par la résorption, et les fibres musculaires sont plus ou moins rompues; cette dernière lésion frappant un plus ou moins grand nombre de faisceaux musculaires; il y a en outre une hypergénèse cicatricielle. Dans un cas autopsié par Spencer, la partie antérieure de l'hématome n'était pas intra-musculaire, mais était sous la gaine aponévrotique du muscle. Cette première étape ne se prolonge pas au delà du second ou troisième mois.

Une deuxième étape, à partir de quatre mois, répond au moment où il n'y a plus de sang liquide, ni de restes de sang dans la petite tumeur qui est dure, et n'est plus constituée que par du tissu fibreux. Dans le cas autopsié par Schulthess, il a trouvé, chez un enfant de cinq mois, le chef cléido-mastoïdien, qui présentait l'hématome, atteint d'une dégénérescence fibreuse complète. On trouve à ce second stade de l'hématome le muscle plus ou moins dégénéré; ses fibres sont remplacées par une hyperplasie conjonctive, une vraie sclérose, plus ou moins étendue selon la proportion des fibres rompues, selon l'extension de la myosite interstitielle aseptique, seulement constituée par l'hypergénèse conjonctive qui amène par compression la déchéance de la fibre musculaire. Chez un enfant ayant succombé à une entéro-colite aiguë au 18^e jour de la vie et qui présentait un hématome du sterno-mastoïdien droit, je rencontraï quelques gouttes de sang encore liquide au centre de la petite tumeur entre les fibres du muscle, et à sa périphérie un tissu sclérosé qui lui était intimement uni et se prolongeait dans le muscle (*myosite interstitielle*).

Étiologie et pathogénie. — L'hématome du sterno-mastoïdien s'observe presque toujours chez des enfants extraits avec le forceps et encore plus souvent chez ceux qui sont venus par le siège (des 23 cas d'Henoch, 16 avaient trait à des présentations par le siège et à des accouchements difficiles; des 7 autres, dans 5 de présentation par le sommet, l'accouchement fut difficile et il fallut exercer de fortes tractions; des 6 cas de Saint-Germain, publiés par Launois, tous étaient venus par le siège). Il était donc naturel de penser que l'anomalie, survenue au cou de l'enfant pendant ces accouchements difficiles, était la cause de l'hématome que nous étudions. Quelle anomalie pouvait-il donc survenir, et qui n'arrivât pas dans les accouchements où il n'y avait aucune de ces circonstances, capables d'occasionner l'hématome de ce muscle?

Les autopsies ont montré la rupture des fibres musculaires et l'hémorragie consécutive. L'anomalie qui était en cause était donc les efforts qui déterminaient la distension violente du sterno-mastoïdien allant jusqu'à en rompre les fibres. Ces efforts déterminés, dans certains cas, par des disten-

sions brusques et excessives du cou par le forceps (Dieffenbach), dans d'autres cas par des tractions violentes exercées sur le corps du fœtus et amenant l'extension exagérée du cou dans la manœuvre de l'expulsion de la tête (Henoeh, Planteau, Blachez, Launois, etc.), sont la cause de l'hématome du sterno-mastoïdien; et son mécanisme très net est la rupture par distension des fibres musculaires et l'hémorragie consécutive à la rupture des petits vaisseaux. La circonstance qui fait qu'on l'observe à droite plus fréquemment, comme nous l'avons dit, est bien expliquée dans le mémoire de Launois, qui s'exprime ainsi :

« Quand le corps et quand la tête restent dans l'excavation, la face en arrière, le côté droit de l'enfant répond à la main droite de l'accoucheur placé en face de la femme; celui-ci, soutenant le tronc avec sa main gauche et l'avant-bras sur lequel est couché le corps de l'enfant, maintient le dos avec la main droite et exerce quelques tractions.

« Pour peu que la tête ne se dégage pas, l'index de la main droite, introduit à la partie postérieure de la vulve, pénètre dans la bouche de l'enfant et accroche la mâchoire inférieure pour faire basculer le menton. Quand la manœuvre est faite par un accoucheur habile, les tiraillements exercés sur les deux muscles sterno-mastoïdiens sont sensiblement égaux; mais si l'accoucheur est peu expérimenté, si, pressé de terminer l'accouchement, il cherche plutôt à entraîner la tête par des tractions énergiques qu'à la mettre dans la position la plus favorable au dégagement, il arrivera nécessairement que les tractions exercées sur le corps prédomineront à droite et que le sterno-mastoïdien de ce côté sera particulièrement tirailé et meurtri. »

On voit ainsi clairement l'étiologie et la pathogénie de l'hématome.

Marche. — Sommairement exposée, la marche de l'hématome est toujours la suivante : il reste stationnaire quelques jours; puis il commence à diminuer de volume, à mesure que sa consistance devient plus dure et enfin il disparaît sans laisser de troubles le plus souvent; il ne reste qu'une petite induration dans la région correspondante du muscle; quelquefois il reste du torticolis du côté atteint.

D'ordinaire, la disparition ou la résorption de l'hématome se fait dans les 4 ou 6 premiers mois. Quelquefois elle se prolonge des années. Damaschino cite un cas observé chez une enfant chez qui, à 10 ans, il avait encore le volume d'une lentille, mais sans produire aucun trouble.

Histologiquement, la marche de l'hématome est la résorption de son contenu et la formation d'une cicatrice au point resté vide du muscle, cicatrice qu'on perçoit à peine au toucher dans la plupart des cas; d'autres fois, rarement, la rupture des fibres atteint toute ou presque toute l'épaisseur du muscle et alors les fibres subissent la régression scléreuse, précédée de myosite interstitielle et au niveau où se montra d'abord l'hématome on trouve un noyau dur, résistant, formé de tissu conjonctif, qui finit aussi par disparaître, en laissant dans ces cas rares au lieu du muscle un cordon fibreux rétractile comme tout tissu cicatriciel, et produisant le torticolis congénital consécutif à l'hématome du sterno-mastoïdien, qui a brisé la continuité du muscle; torticolis qui dès lors est permanent.

Relation pathogénique entre l'hématome du sterno-mastoïdien et le torticolis congénital. — Le torticolis appelé congénital dépend-il de l'hématome du sterno-mastoïdien? En d'autres termes, est-ce un symptôme et une conséquence de l'hématome du sterno-mastoïdien? Cette question a été très discutée et est encore en litige. Pour l'affirmative on donne à l'appui deux raisons : 1° les nombreux cas bien avérés de torticolis du côté frappé par l'hématome; 2° la négation de la nature intra-utérine du torticolis, qui ne s'observe jamais à la naissance, mais plus tard, et avec les antécédents de l'hématome du sterno-mastoïdien du même côté, lequel occasionne le torticolis.

Chaussier pendant 5 ans a enregistré 25 295 naissances à la Maternité; sur ce nombre, il y avait dans 152 cas des vices de conformation, mais aucun ne présenta de torticolis. La plupart des auteurs soutiennent cette manière de voir : Stromeyer, Dieffenbach, Philips, Unger, Volkmann, Spencer, Karewski, Henoeh, Criado, Lovett et autres. Kirmisson penche vers cette opinion sans l'admettre absolument.

La négative est soutenue par Petersen (1891), Meinhardt, Schmidt et Guyon; elle repose aussi sur deux arguments : 1° les faits parfaitement avérés d'hématome du sterno-mastoïdien non suivis de torticolis; 2° les cas de torticolis suivis dès la naissance sans qu'il y ait eu d'hématome; d'où ces auteurs concluent que le torticolis est congénital, qu'il est la conséquence non pas de l'hématome du sterno-mastoïdien comme le pensent les précédents, mais d'une position vicieuse de la tête dès les premiers temps de la vie intra-utérine, position due à des anomalies de l'amnios, comme c'est le cas, comme on le prétend du moins, pour les difformités des membres, quoique la tendance actuelle soit plutôt de les attribuer à une toxi-infection maternelle ou fœtale (Charrin). Les opinions sont donc divisées; on peut résumer ainsi la question : les uns pensent que l'hématome du sterno-mastoïdien donne lieu au torticolis, les autres ne le croient pas. Il est certain qu'on peut observer l'un et l'autre cas.

Dans la pathogénie nous trouvons la raison qui fait que dans certains cas d'hématome le torticolis existe, alors qu'il manque dans les autres.

Petersen a raison de dire que la rupture complète d'un muscle produit un allongement et non un raccourcissement; mais il a tort d'en conclure que le torticolis ne puisse provenir de l'hématome ou de la lésion qui l'a produit, la rupture du sterno-mastoïdien, parce qu'il ne suit pas immédiatement l'hématome; en effet il ne s'observe pas dans les premiers jours qui suivent l'hématome, mais quand une fois est commencée la régression scléreuse du muscle, celui-ci se rétracte comme un tissu de cicatrice; Guyon a tort aussi de ne se prononcer ni pour l'affirmative ni pour la négative quand il dit : « Les hématomes du sterno-mastoïdien sont la conséquence de la faiblesse et du raccourcissement du muscle, non la cause de ce raccourcissement. » (*Dict. Dechambre*, t. XVII, III^e s., art. *Torticolis*, p. 672.) Nous avons vu en effet que la production de l'hématome n'amène pas de raccourcissement du muscle malade ni un arrêt de développement de ce muscle par rapport à son congénère et que l'hématome ou ses lésions produisent le torticolis.

Le torticolis se produit quand a été rompue la continuité du sterno-mastoïdien, quand ses fibres musculaires ont été remplacées par un cordon fibreux rétractile; alors le torticolis est un symptôme et une conséquence de l'hématome de ce muscle. Dans la majorité des cas il n'y a pas de torticolis parce qu'il y a peu de faisceaux musculaires de rompus et que le muscle conserve son intégrité physiologique.

Pronostic. — Comme dans l'immense majorité des cas la terminaison est la résolution complète sans qu'il reste le moindre trouble fonctionnel, on peut tranquilliser la famille et seulement lorsqu'on peut diagnostiquer une rupture intéressant toute l'épaisseur du muscle, il y a lieu de prévenir de la possibilité ou de la certitude d'un torticolis consécutif.

Traitement. — Si on connaît l'étiologie, la pathogénie, la constitution et l'évolution du processus, peut-on quelque chose sur le traitement? Le médecin peut-il s'opposer à la solution de continuité des fibres musculaires? Peut-il éviter la myosite interstitielle consécutive? Peut-il hâter la résorption du sang épanché dans le muscle? Non. Puisque nous ne pouvons rien, il n'y a pas de traitement de l'hématome du sterno-mastoïdien. Alors à quoi bon les pommades et onguents que certains conseillent? Il ne faut pas calmer l'impatience de la mère par un mensonge. A quoi bon l'iode à l'extérieur (Henoch), ou à l'intérieur, aussi inutile dans ce cas, et non sans danger (Criado)? Il n'y a pas de traitement pour cet hématome et il n'en est pas besoin.

Ouvrir la tumeur pour l'évacuer (quand les ouvertures des vaisseaux rompus seraient déjà fermées), outre que ce serait inutile au point de vue de la lésion principale, qui est la condition de continuité des fibres musculaires et que sa conséquence possible, le torticolis, ne serait nullement évitée par là, ce serait exposer grandement la vie de l'enfant pour des raisons qui n'échappent à personne. Sédillot disait : « La plus petite érosion de la peau ou des muqueuses peut être une porte d'entrée pour la mort ».

L'ouverture et l'évacuation de l'hématome seraient donc un traitement non seulement inutile mais qui pourrait être très dangereux.

Ce n'est que lorsqu'on soupçonnera la possibilité, à la suite de l'hématome, d'un torticolis, que nous conseillerions, pour l'éviter dans une plus ou moins grande mesure, l'usage d'appareils spéciaux qui feront en sorte que la rétraction musculaire du sterno-mastoïdien, qui suit sa dégénérescence scléreuse, produise un moindre raccourcissement.

Diagnostic. — J'ai à dessein rejeté à la fin cette partie de la question afin de m'occuper en même temps des autres tumeurs qui peuvent siéger dans ou sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien chez l'enfant : *syphilome, ganglion tuberculeux, abcès et kyste*. Il est en général facile d'établir le diagnostic d'hématome du sterno-mastoïdien par son époque d'apparition, son siège, son volume, sa forme et sa consistance. Son siège dans la substance musculaire même, sans adhérences avec la peau ni avec les parties voisines, sont autant d'éléments certains de diagnostic, si l'on y ajoute la notion d'un accouchement par le siège ou d'un accouchement laborieux.

Diagnostic différentiel. — Il est quelquefois difficile, malgré ce qui a été exposé, de poser un diagnostic certain au début.

La *gomme syphilitique*, bien plus rare que l'hématome, peut être confondue avec lui et *vice versa*. L'absence d'antécédents relatifs à l'accouchement et par contre les antécédents de syphilis maternelle (lorsqu'on peut compter avec cette donnée), la présence de quelque autre manifestation de syphilis héréditaire chez l'enfant, serviront de caractères différentiels en faveur de la gomme.

Ganglion tuberculeux. — Cette tumeur, circonscrite comme l'hématome et comme elle sans adhérences cutanées et sans aucun signe d'inflammation, peut atteindre les bords du sterno-mastoïdien et même s'appuyer sur lui au même siège où l'on voit d'habitude l'hématome de ce muscle; mais il est facile de le différencier en s'appuyant sur le fait suivant : comme les ganglions lymphatiques sont hors de la gaine fibreuse résistante que l'aponévrose forme au sterno-mastoïdien, le ganglion tuberculeux peut glisser sur elle; ce signe suffit à le différencier de l'hématome.

En outre sa consistance est l'inverse de celle de l'autre tumeur; dure au début, elle se ramollit plus tard, quand le ramollissement constitue la gomme tuberculeuse encapsulée. D'autre part, il est très rare de trouver le ganglion tuberculeux au début de la vie, qui est l'époque où se montre l'hématome.

Abcès. — Par voie lymphatique il se peut, quoique difficilement et par suite très rarement, que le pus se collecte au-dessus du muscle sterno-mastoïdien, dans sa gaine aponévrotique, en constituant une tumeur ou saillie plus ou moins allongée sur ce muscle, abcès décrit par Velpeau et qui pourrait être confondu avec l'hématome. On tiendra compte des éléments suivants de diagnostic différentiel : l'époque d'apparition de l'abcès est très rarement les premières semaines de la vie; qu'il est précédé de signes aigus fluxionnaires, locaux et généraux, ce qui n'arrive pas dans l'hématome; que la fluctuation est plus nette, plus marquée dans l'abcès; qu'il est accompagné de phénomènes généraux, de troubles nutritifs; on arrivera ainsi à établir un diagnostic différentiel entre l'un et l'autre.

Kyste congénital. — Cette tumeur a des relations topographiques avec le bord antérieur du sterno-mastoïdien, juste en son milieu, au niveau de la région sous-hyoïdienne, tellement qu'il est facile de la confondre avec l'hématome à un examen superficiel. Si on peut facilement, par la palpation, séparer le bord du sterno-mastoïdien de la tumeur kystique, le diagnostic différentiel est fait; c'est en effet une tumeur extra-musculaire tandis que l'hématome est intra-musculaire; mais il est très difficile chez les enfants de 2 à 5 semaines de bien limiter le bord de ce muscle par suite de son faible développement, quoiqu'on mette l'enfant dans une position telle que lorsque le muscle se contracte il dépasse un peu son bord antérieur. Dans ce cas il y a des adhérences vers la région sous-hyoïdienne avec le paquet vasculaire, avec le corps thyroïde et la membrane thyro-hyoïdienne; ces kystes, étant formés aux dépens de la quatrième fente branchiale, éclaireront le diagnostic.