

habituels nettement distincts de ceux de l'enchondrome. Le lymphadénome débute plus bas, dans le ganglion rétro-angulo-maxillaire.

**Traitement.** — L'ablation est indiquée à la première phase, quand la tumeur est encore mobile. Elle doit être totale et nous évitons d'ordinaire le creux parotidien complètement ; il est impossible d'éviter la section du facial. Les récidives opératoires ne sont pas rares. La guérison survient parfois après plusieurs opérations.

L'intervention est discutable à la seconde période, comme dans le cancer de la parotide.

it.  
res sa  
s de leur  
ANN, NASSI  
- la tume

## CINQUIÈME PARTIE

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DU COU

#### CHAPITRE PREMIER

#### MALFORMATIONS ET DÉFORMATIONS CONGÉNITALES

##### ARTICLE PREMIER

#### KYSTES, FISTULES ET TUMEURS D'ORIGINE CONGÉNITALE

##### DE LA TÊTE ET DU COU

Au niveau d'une fente embryonnaire, un pli de l'ectoderme ou de l'endoderme se trouve pincé et inclus, en plein tissu mésodermique. — De cette inclusion, et de l'évolution anormale du pli invaginé, résultent trois ordres de formations : 1° des kystes qui sont *dermoïdes*, si c'est le tégument externe qui est emprisonné ou *mucoïdes*, s'il s'agit d'un enclavement de la muqueuse ; 2° des fistules ; 3° des tumeurs.

**Pathogénie.** — Une condition pathogénique est essentielle : c'est la présence, à une période embryonnaire, de fissures au niveau desquelles se produit le pincement ectodermique ou endodermique.

Or, cette condition se trouve particulièrement réalisée au crâne, à la face et au cou, aux points de soudure des lames osseuses qui forment la voûte crânienne, des bourgeons qui entrent dans la composition de la face et des fissures ou dépressions qui répondent à l'appareil branchial du cou. Aussi, les lieux d'élection de ces kystes, fistules et néoplasmes congénitaux se rencontrent : 1° au niveau de la voûte sur la ligne

de réunion des lames postérieures des vertèbres craniennes; 2<sup>o</sup> à la face, au point de jonction des bourgeons osseux qui représentent les arcs antérieurs de ces mêmes vertèbres; 3<sup>o</sup> au cou, sur le trajet des fentes branchiales.

Sur les côtés du cou de l'embryon, sur les parois antéro-latérales du pharynx, s'observe une série de sillons transversaux, disposés symétriquement par paires, et séparant une série de bourrelets saillants. Ce sont les *fentes branchiales*, répondant à l'intervalle des *arcs branchiaux*. — A vrai dire, il ne s'agit pas de fentes, c'est-à-dire de fissures complètes, allant de l'extérieur à l'intérieur du pharynx : ce sont simplement des rainures ectodermiques, des dépressions, entre les arcs, auxquelles s'adossent du côté du pharynx, une série de rainures, tapissées par l'endoderme.

Sur une coupe frontale, les arcs se montrent comme une série de cercles pleins, répondant à des épaissements mésodermiques, et revêtus en dehors de l'ectoderme, en dedans de l'endoderme (fig. 93). Au niveau de chaque fente branchiale, on trouve deux gouttières opposées par le fond : ce fond est fermé par une petite lame résultant de l'accolement de l'ectoderme et de l'endoderme, *lame obturante* de His; en dehors, la gouttière externe, peu profonde, répond au sillon branchial (*poche ectodermique*) ; en dedans, la fossette est plus développée (*poche branchiale* ou *poche endodermique*).

Vers la fin du premier mois de la vie intra-utérine, les arcs branchiaux, d'abord superposés, s'inclinent et s'imbriquent de haut en bas, s'emboîtant comme un tube de lorgnette. Le deuxième arc, arc hyoïdien, prend un développement prépondérant dans la constitution définitive du cou : il recouvre peu à peu les arcs trois et quatre ; il émet en bas un prolongement operculaire, sous lequel s'enfouissent les deux derniers arcs, et qui se soude avec les téguments du thorax.

Il en résulte la formation, entre la tête et le thorax de l'embryon, d'une fissure étroite, avec trois rainures répondant aux trois derniers sillons branchiaux externes : c'est le *sinus précervical* dont l'entrée se rétrécit peu à peu et dont le fond, tapissé d'ectoderme, disparaît peu à peu par adhésion de ses parois.

Il faut bien comprendre qu'à ce moment le cou n'existe pas : l'embryon a la tête collée au thorax. C'est progressivement, et par la déflexion de la tête, que le cou va se développer. L'arc

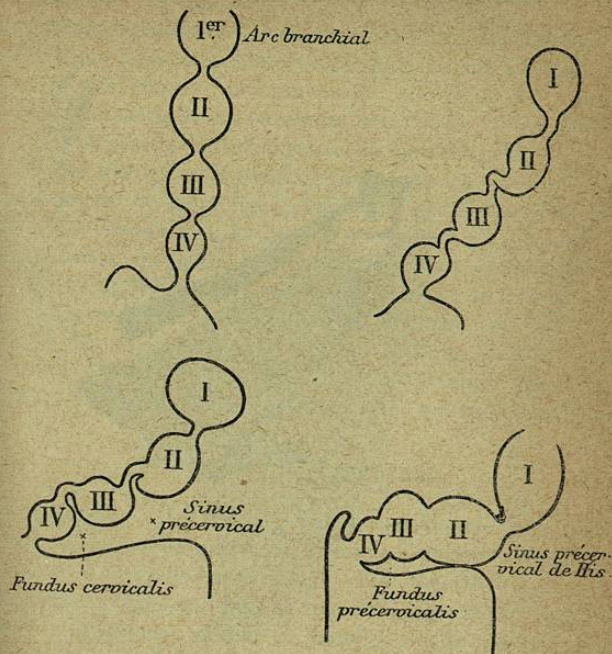


Fig. 93.

Schéma montrant l'inclinaison progressive et l'emboîtement des arcs branchiaux : les quatre arcs sont vus en section transversale.

hyoïdien, par son développement dominant, a enclavé les arcs III et IV : ces derniers sont, par conséquent, annihilés et inclus dans le mésoderme ; l'arc hyoïdien, à l'encontre du schéma de Cusset, forme la totalité des régions sous-hyoïdienne et sus-sternale (fig 94). Il s'ensuit que dans le mésoderme cervical, et au-dessous du second arc, se trouvent inclus, comme le résume VEAU, une série de débris tégumentaires, origine possible de

kystes ou de néoplasmes, à savoir : 1° les téguments des arcs III et IV en totalité ; 2° les téguments de la face inférieure de l'arc stylien ; 3° les téguments de la partie supérieure de la saillie péricardique, futur thorax.

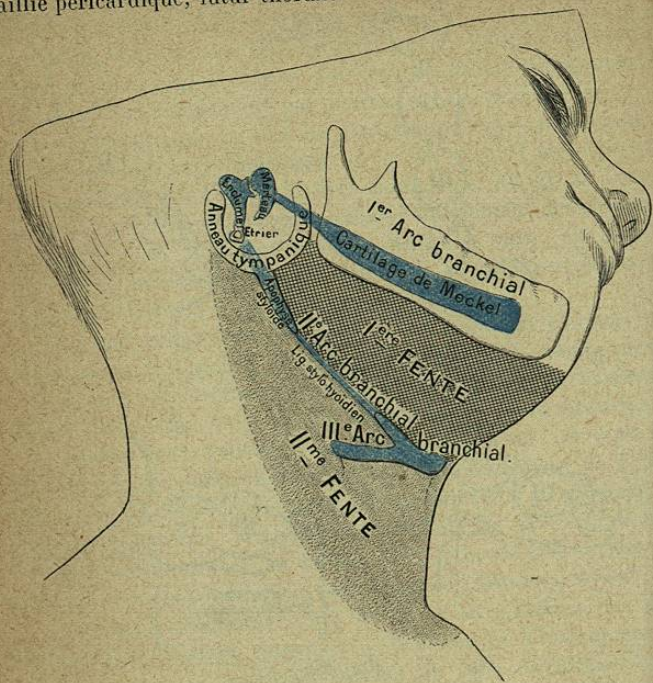


Fig. 94.

Schéma montrant les territoires des arcs et fentes branchiaux.

Kystes, fistules et néoplasmes, ont une même pathogénie : ils dérivent d'un accident d'évolution des fentes branchiales.

Supposons qu'un arc supérieur se soude prématurément à l'arc sous-jacent : voilà un pli ectodermique ou endodermique enclavé entre les deux arcs. Si cet enclavement porte sur la poche externe, de structure cutanée, que tapisse un épithélium

pavimenteux, il se produit un kyste dermoïde. Si la partie enclavée est la poche interne, que revêt un épithélium vibratile, il se forme un kyste mucoïde.

Les fistules branchiales dérivent aussi d'une incomplète occlusion d'une fente branchiale, restée ouverte sur une plus ou moins grande étendue de son trajet ; il en est un certain nombre qui succèdent à l'ouverture d'un kyste, ce qui établit une forme de passage entre le kyste et la fente branchiale.

Enfin, les résidus embryonnaires de ces fentes ou de ces arcs peuvent servir de point de départ à des néoplasies diverses : 1° des fibro-chondromes de la face ou du cou qui répondent à la persistance anormale de certaines portions cartilagineuses de ces arcs ; 2° des tumeurs mixtes composées à la fois de tissu épithélial provenant des fentes et de cartilage provenant du squelette des arcs ; enfin des tumeurs malignes, *épithéliomas branchiaux*, provenant de l'évolution néoplasique des débris épithéliaux enclavés dans les fentes ecto- ou endodermiques.

### I. — KYSTES DERMOÏDES

**Pathogénie.** — La cavité dermoïde n'est autre qu'un petit sac de peau enclavé au milieu des tissus de l'embryon. VERNEUIL, le premier, a formulé, avant REMAK, cette théorie de l'enclavement. C'est le tégument externe tout entier qui se trouve ainsi enclavé : épiderme, derme et glandes. Cette invagination ectodermique, peut rester inaperçue ou stationnaire pendant des années. Puis, à la puberté surtout, ce petit sac de peau se développe : les poils y poussent ; la poche s'accroît en surface parce que la cavité s'y distend par l'accumulation des produits de desquamation et de sécrétion sébacée.

Les connexions de ces tumeurs avec les parties osseuses sont particulièrement intéressantes. Elles sont constantes, mais offrent des types divers : tantôt elles adhèrent à la surface osseuse par un simple tractus fibreux ; tantôt par un véritable pédicule enchâssé dans une petite empreinte conique en forme d'entonnoir, comme c'est le cas des kystes péri-orbitaires : tantôt elles traversent l'os en pleine épaisseur ; parfois elles

présentent un prolongement sous-jacent à l'os, comme c'est le cas des kystes intracraniens de l'inion ; parfois enfin elles sont tout entières incluses au-dessous de la surface osseuse.

Toutes ces variétés s'expliquent aisément : elles dépendent de l'époque à laquelle s'est faite l'inclusion ectodermique. Si cet enclavement précède notablement la fusion des lames ou bourgeons osseux, et si le noyau ectodermique a pris des adhérences avec les parties profondes, il peut arriver, ou bien qu'il reste caché sous ces lames, ou bien qu'il soit pincé entre elles par un prolongement perforant plus ou moins large, ou bien enfin qu'il leur soit rattaché par un pédicule plus ou moins pénétrant.

**Formes cliniques.** — 1° KYSTES DERMOÏDES DU CRANE. — Au crâne, on observe surtout des kystes dermoïdes et c'est ordinairement sur la ligne médiane qu'on les rencontre. Ils ont trois lieux d'élection : 1° le dos du nez et la glabelle ; 2° le bregma ou fontanelle antérieure ; 3° l'inion ou protubérance occipitale externe.

Ces kystes, contrairement à ce qu'on observe pour les dermoïdes péri-orbitaires dont le développement est tardif, apparaissent dès les premières années de la vie. La tumeur est sphérique ou ovoïde, à surfaces lisses sans bosselures, de consistance molle, irréductible, paraissant par sa base être aplatie sur le crâne ou enchassée dans son épaisseur. Elle ne bat pas, elle ne se gonfle point sous l'influence des efforts, elle n'occasionne pas par sa compression des troubles cérébraux : ce sont là des caractères qui différencient le kyste dermoïde des fontanelles, d'une méningocèle ou d'une encéphalocèle.

Au niveau de la protubérance occipitale externe, une particularité est à retenir : on y trouve, plus souvent qu'ailleurs, des kystes intracraniens et cela s'explique bien. A une phase du développement, la dure-mère de l'embryon est immédiatement recouverte par l'ectoderme. Donc, l'ilot ectodermique, point de départ du kyste futur, est primitivement en rapport direct avec l'enveloppe fibreuse de l'encéphale. Or, à ce moment, le crâne osseux n'est point formé : quand ces lames vont se développer, elles auront pour résultat de s'interposer entre le

kyste et la dure-mère. Ordinairement, il ne se fait qu'un pincement superficiel du kyste qui se traduit sous la forme d'un pédicule inséré à la surface de l'os ou pénétrant dans son épaisseur : c'est le cas de tous les kystes extracraniens. Mais il peut arriver que le travail d'ossification ne se soit produit qu'après l'enclavement du noyau ectodermique et que ce dernier, resté en rapport avec la dure-mère, s'enfouisse sous les lames osseuses : c'est le cas des kystes dermoïdes à prolongement intracraniens.

2° KYSTES DERMOÏDES DE LA FACE. — A la face, le pourtour de l'orbite et surtout la queue du sourcil constituent un lieu d'élection pour les kystes dermoïdes (fig. 93). Leur volume est ordinairement peu considérable, une noisette, une noix, une prune. La tumeur est rarement adhérente à la peau ; en revanche, elle a des connexions intimes avec le frontal : elle adhère à la surface osseuse tantôt par un simple tractus fibreux, plus souvent par un véritable pédicule enchassé dans une petite empreinte conique osseuse, en forme d'entonnoir. La tumeur s'observe quelquefois dès la naissance. Mais, en général, elle ne devient apparente que dans la seconde enfance, dans l'adolescence, à l'occasion de la puberté ou d'un traumatisme. La tumeur est indolente ; la peau non altérée glisse sur sa surface ; au contraire, il y a toujours une certaine fixité profonde, due aux connexions osseuses de la tumeur. Les petits kystes sont quelquefois très durs ; les volumineux sont mous et malléables sous la pression. Le kyste dermoïde se distingue : du lipome, par l'absence de lobulations ; du kyste sébacé, parce que ce dernier tient à la peau.

Au niveau du grand angle de l'œil, on a rencontré quelques kystes dermoïdes à contenu huileux. A la face, on en a signalé : sur le trajet de la fente intermaxillaire ; derrière le pavillon de l'oreille ; dans la région mastoïdienne ou dans le creux parotidien. — Une variété intéressante est représentée par les kystes dermoïdes de la langue : ces tumeurs, du volume d'une amande ou d'une noix, d'une consistance molle font saillie sur le plancher de la bouche et gênent les mouvements de la langue. Leur production s'explique par l'enclavement d'un pli de l'ecto-

derme, pincé au niveau de la symphyse du menton, entre les moitiés latérales du cartilage de Meckel; ce cartilage précédant l'apparition du maxillaire, il en résulte que ces kystes se trouvent situés en arrière de la symphyse.

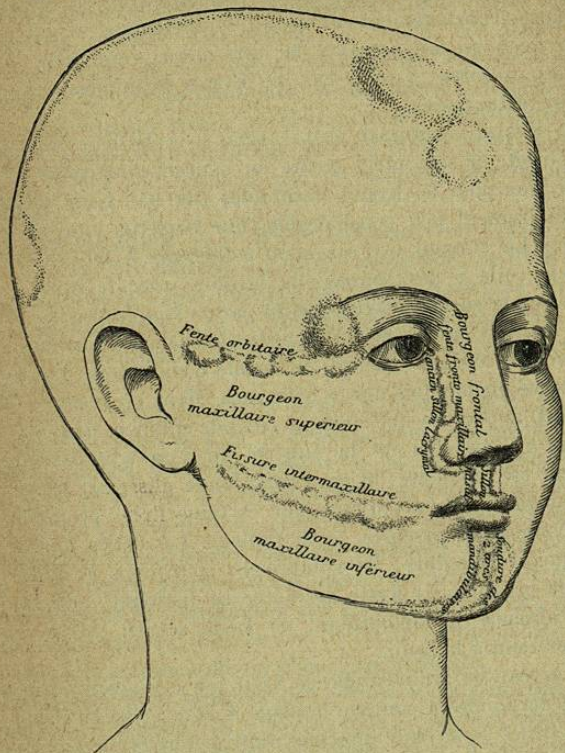


Fig. 95.

Schéma montrant la topographie des kystes congénitaux de la face.

Les kystes dermoïdes du cou se rencontrent : sur tous les points du plan médian depuis le plancher buccal jusqu'au sternum et même jusque dans le médiastin, le long du bord interne

du sterno-cléido-mastoïdien, dans le territoire de la deuxième fente brachiale.

## II. — KYSTES MUÇOÏDES

A côté des kystes dermoïdes que tapisse un épithélium pavimenteux, il existe d'autres kystes branchiaux, que revêt un épithélium vibratile : ces kystes se développent par un enclavement de muqueuse au niveau d'une poche endodermique.

### KYSTES THYRO-HYOÏDIENS

La variété la plus intéressante est constituée par les kystes muçoïdes de la région thyro-hyoïdienne.

Au niveau de l'espace thyro-hyoïdien on les rencontre, sous la forme d'une tumeur lisse arrondie, rénitente, indolente, solidaire des mouvements du larynx. Ils offrent une particularité signalée par BOYER : si on les incise ou s'ils s'ouvrent spontanément, ils sont suivis d'une fistule interminable, donnant issue à une matière visqueuse jaunâtre. Autre point intéressant : la paroi kystique adhère constamment à l'os hyoïde, ordinairement au niveau de son bord inférieur.

Ces kystes se développent dans le canal de Bochdaleck, c'est-à-dire dans le canal muqueux qui s'étend du foramen cæcum vers le larynx et le corps thyroïde.

On sait que la langue provient de deux rudiments embryonnaires : 1° l'un antérieur, formant le corps de l'organe qui est le tubercule lingual, occupant le

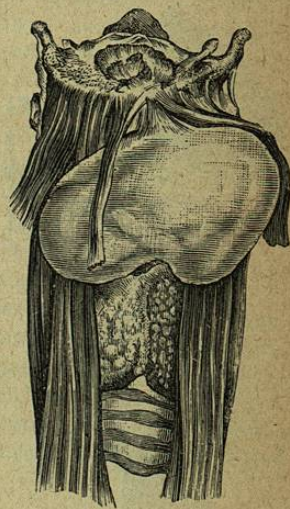


Fig. 96.

Kyste antéthyroïdien  
(d'après VENZEL-GRAUBER).

sommet de l'espace triangulaire à base inférieure (champ mésobranchial de His) qui répond à l'écartement persistant des moitiés antérieures des deuxième, troisième et quatrième arcs; 2° l'autre, postérieur, constituant la base de la langue, ayant la forme d'un V ouvert en avant qui emboîte l'antérieur et qui répond au V lingual des papilles caliciformes de l'adulte. Entre ces deux portions de la langue, et par invagination d'un bourgeon médian de l'épithélium buccal prend naissance le canal thyro-lingual de Bochdaleck et de His: c'est d'abord un petit cul-de-sac tapissé d'épithélium; puis, ce bourgeon pousse de haut en bas, s'allonge, et fournit par son extrémité inférieure renflée et bilobée l'ébauche de la thyroïde médiane.

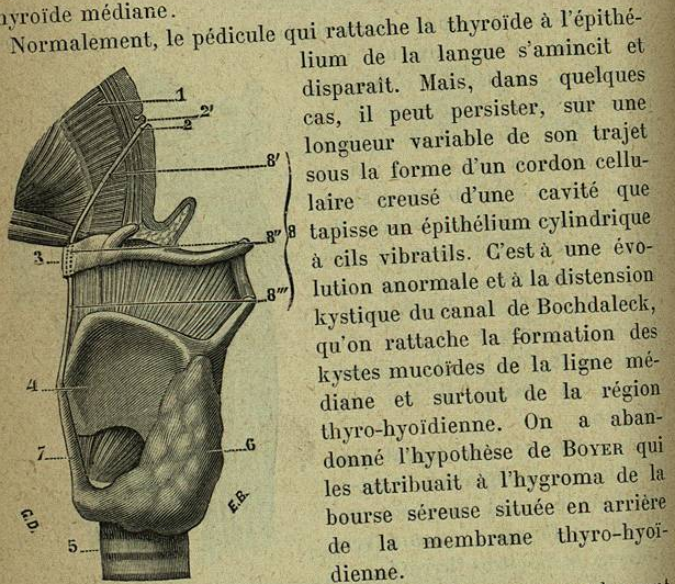


Fig. 97.  
Tractus thyro-glosse chez l'adulte  
(d'après TESTUT).

Normalement, le pédicule qui rattache la thyroïde à l'épithélium de la langue s'amincit et disparaît. Mais, dans quelques cas, il peut persister, sur une longueur variable de son trajet sous la forme d'un cordon cellulaire creusé d'une cavité que tapisse un épithélium cylindrique à cils vibratils. C'est à une évolution anormale et à la distension kystique du canal de Bochdaleck, qu'on rattache la formation des kystes mucoïdes de la ligne médiane et surtout de la région thyro-hyoïdienne. On a abandonné l'hypothèse de BOYER qui les attribuait à l'hygroma de la bourse séreuse située en arrière de la membrane thyro-hyoïdienne.

Donc, ces kystes mucoïdes sont en rapport pathogénique avec la thyroïde embryonnaire, soit qu'il s'agisse d'une rétention dans le canal thyro-glosse, soit

qu'ils résultent de la transformation kystique d'une glande thyroïde accessoire, ce qui est le cas des kystes mucoïdes latéraux de la région thyroïdienne.

### III. — FISTULES CONGÉNITALES

Les fistules embryonnaires résultent d'un défaut d'oblitération des fentes. On les rencontre autour du pavillon de l'oreille, au niveau de la fente fronto-maxillaire. Mais leur lieu d'élection se trouve dans les régions sus- et sous-hyoïdienne latérales. L'orifice externe est situé ordinairement le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien: c'est un pertuis punctiforme au sommet d'un petit mamelon, une étroite fente à deux lèvres. Le trajet n'admet ordinairement qu'un stylet, et ses irrégularités empêchent qu'on ne le cathétérise sur toute sa longueur. La fistule est ordinairement borgne externe; mais dans quelques cas, elle est complète: le trajet fistuleux obliquement ascendant en haut et en arrière vient s'ouvrir alors sur un point du pharynx répondant habituellement au bord supérieur du larynx. Le plus souvent, on reste dans le doute sur l'existence et le siège de l'orifice interne, à cause de l'impossibilité de l'exploration du trajet. Il est assez fréquent de noter, dans la paroi de ces fistules, des rudiments cartilagineux ou osseux dérivés des arcs branchiaux. Les fistules procédant d'une occlusion imparfaite des fentes, leur surface garde le revêtement épithélial pavimenteux de ces sillons ectodermiques: leur paroi sécrète un liquide transparent, filant et collant, dont le résidu se concrète en une petite croûte.

La plupart de ces fistules n'occasionnent aucun trouble fonctionnel; si la quantité d'écoulement devient une indication à opérer, il faut extirper le trajet.

### IV. — FIBRO-CHONDROMES BRANCHIAUX

Dans le territoire de l'appareil branchial, surtout au-devant du tragus, dans quelques cas, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien au voisinage de l'articulation sterno-clavi-

culaire, on peut rencontrer de petits appendices fibro-cartilagineux, revêtus de peau ou de muqueuse, parfois multiples, se présentant sous l'aspect de petits prolongements conoïdes, quelquefois étroitement pédiculés. Ces productions ostéo-cartilagineuses sont les fibro-chondromes branchiaux. Ils



Fig. 98.

Fibro-chondrome branchial du cou  
(KIRMISSON).

derivent des arcs branchiaux, comme le dit LANNELONGUE, à la manière des cartillages normaux auxquels ceux-ci donnent naissance, tels que les cartillages de l'oreille, le cartilage de Meckel, le cartilage de Reichert. Ils constituent soit des végétations de ces cartillages normaux, soit des formations aberrantes.

V. — EPITHÉLIOMAS BRACHIAUX

Chez un sujet d'un certain âge, on observe une tumeur de la région carotidienne, qui d'abord arrondie et mobile au-dessous de l'angle de la mâchoire, tend à se fixer et à se développer en bas et en dedans. La tumeur est profonde, recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien. D'abord d'une dureté ligneuse, elle tend à se ramollir et tardivement à s'ulcérer; la douleur est fréquente avec irradiation vers la tempe ou le bras. Quand on l'opère, on constate une particularité remarquable : la tumeur adhère presque constamment à la veine jugulaire interne; ces adhérences sont précoces et la plupart du temps l'ablation de la tumeur nécessite la résection de la veine. Tel est l'épithélioma branchial du cou décrit par VOLKMANN dès 1882, bien étudié en France par BRINET et VEAU. Ces tumeurs se développent aux dépens des résidus embryonnaires, des reliquats branchiaux inclus, sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'arc hyoïdien.

## ARTICLE II

## TORTICOLIS

**Définition.** — Le torticolis est une difformité, le plus souvent congénitale, quelquefois acquise, caractérisée par une inclinaison latérale permanente de la tête et du cou.

**Étiologie.** — Les muscles cervicaux, surtout les sterno-cléido-mastoïdiens et les scalènes, sont les agents de la statique normale de la tête sur le cou. Aussi le torticolis, est-il ordinairement sous la dépendance de lésions musculaires, soit qu'il s'agisse d'une *contracture*, soit que des *rétractions* aient eu le temps de se produire.

Deux variétés étiologiques sont à distinguer : 1° le torticolis *congénital*; 2° le torticolis *acquis*.

Deux hypothèses sont en débat dans l'étiologie du torticolis *congénital* : succède-t-il à des lésions obstétricales ou se rattache-t-il à des altérations intra-utérines? — Les tiraillements et ruptures des muscles jouent, dans certains cas, un rôle vraisemblable : à la suite d'accouchements difficiles, de présentation du siège, d'application de forceps, on observe parfois une lésion intéressante, l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien, conséquence de la distension ou de la contusion du muscle; il est possible que l'organisation fibreuse de ces foyers de contusion entraîne la rétraction musculaire. Mais cette hypothèse n'est point valable pour tous les cas : un grand nombre de torticolis congénitaux sont produits dès la vie intra-utérine et résultent probablement d'une position inclinée anormale de la tête du fœtus.

Le *torticolis acquis*, surtout observé dans l'enfance, résulte parfois d'une contracture rhumatismale des muscles du cou; plus souvent, il s'observe, comme symptôme pouvant égarer le diagnostic au cours d'un mal de Pott cervical, et est produit par le spasme réflexe des muscles, immobilisant la colonne, de la même façon que les muscles péri-articulaires de la hanche fixent la jointure coxo-fémorale dans une coxalgie. — Il est une