

VIII

FISTULES DU COU.

Les fistules du cou sont acquises ou congénitales. Nous avons suffisamment décrit les premières, qui apparaissent dans le courant de la vie sous l'influence de lésions variées des divers organes : fistules du larynx et de la trachée, de l'œsophage, ganglionnaires, etc. A propos des kystes du cou, nous en signalerons encore plus loin quelques variétés intéressantes.

Nous étudierons ici d'une façon spéciale les fistules congénitales; elles tiennent toutes à un arrêt dans le développement de l'embryon. Presque toutes font communiquer, lorsqu'elles sont complètes, le pharynx avec la surface de la peau, et portent, à raison de leur origine, le nom de *fistules branchiales*. A côté de celles-ci se placent quelques rares *fistules trachéales* d'origine également congénitale.

Développement de la région cervicale antérieure. — Peu de jours après la fécondation de l'ovule, l'embryon apparaît, sous la forme d'une petite nacelle pontée à l'avant et à l'arrière dont la quille épaissie correspond aux rudiments de la colonne vertébrale et de la région postérieure du corps. L'espace ponté antérieur ou céphalique nous est connu sous le nom de cavité pharyngienne. Ses parois ont été formées tout entières par les lames viscérales de l'embryon.

A peine la cavité pharyngienne est-elle constituée, que dans l'épaisseur de ses parois se montrent des traînées grisâtres, transversalement dirigées par rapport à l'axe de l'embryon, parallèles les unes aux autres, et séparées par un intervalle dans lequel les lames latérales conservent leurs aspect primitif : ce sont les arcs branchiaux. Bientôt la substance interposée aux arcs branchiaux se résorbe, et la région cervicale future apparaît constituée par une sorte de grillage qui comprend 4 arcs et 4 fentes.

Le premier arc branchial donne naissance aux diverses parties de la face, nous avons vu ailleurs comment (voy. *Bec-de-lièvre*).

La première fente branchiale qui sépare le premier arc du second, disparaît en grande partie par le développement en largeur des arcs qui la bordent. L'oreille externe, le conduit auditif, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache sont des vestiges de cette fente.

Dans le deuxième arc branchial se forment l'étrier, le muscle de l'étrier, l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et la petite corne de l'os hyoïde.

La deuxième fente branchiale s'oblitère complètement.

Le troisième arc branchial donne naissance au corps de l'hyoïde, à sa grande corne et à l'épiglotte.

La troisième fente comme la seconde disparaît complètement.

Le quatrième arc fournit le larynx, sauf l'épiglotté et toutes les parties molles du cou.

La quatrième fente se comporte comme les deux précédentes.

Les vices de conformation de la face ont leur principale origine dans un arrêt de développement du premier arc branchial portant le plus souvent sur un des bourgeons de cet arc.

Au cou, l'arrêt de développement frappe presque toujours sur les fentes branchiales. L'oblitération incomplète de ces fentes entraîne la production d'une fistule. Les arcs branchiaux ne fournissent guère d'anomalies. On a cependant rapporté à leur défaut de réunion sur la ligne médiane les fistules trachéales congénitales. Enfin on doit considérer comme des vestiges de ces arcs certains petits corps cartilagineux, parfois symétriques, qui se développent dans l'épaisseur du cou, soit isolément, soit à côté des fistules branchiales.

1° FISTULES BRANCHIALES.

L'histoire de cette affection a été faite en Allemagne. S'il est vrai de dire avec Georges Fischer (*Deutsche Chirurgie*, Lief 54, Seite 44) que Hunczovsky a le premier constaté l'existence de la fistule congénitale du cou, il est certain que nous devons à Dzonfli (*de Fistulis Trachææ congenitis*, Halæ, 1829) la première description vraiment importante. Mais Dzonfli ne connaissait pas l'existence des fentes branchiales que Rathke avait pourtant déjà signalées en 1825. Il croyait avoir affaire à des fistules trachéales. Ascherson (*de Fistulis colli congenitis*, Berlin, 1852) donna la véritable signification de la fistule congénitale du cou et montra qu'elle s'ouvrait dans le pharynx. Heusinger créa le mot de fistule branchiale (*Halskiemenfistel*), pour l'opposer à celui de fistule trachéale; il reconnaissait l'existence de cette dernière affection, mais à l'état de rareté grande (Heusinger, *Halskiemenfisteln von noch nicht beobacht. Form.*

Virchow's Archiv, XXIX, p. 558, 1864). De nombreux travaux paraissent sur cette question en Allemagne, tandis qu'en France les premières observations, celles de Serres, d'Alais, ne se sont produites qu'en 1866. Le premier travail d'ensemble sur la question est celui de Sarrazin, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Cou, en 1869. On consultera avec fruit la thèse de Cusset, Paris 1877 : *Étude sur l'appareil branchial des vertébrés*.

On a observé une centaine de fistules branchiales environ. C'est à ce chiffre qu'arrive Fischer (100 cas sur 82 individus). Les animaux et en particulier les chevaux et les porcs sont sujets à ce vice de conformation.

Description anatomique. — Les fistules branchiales sont complètes ou incomplètes. Ces dernières sont les plus communes : deux incomplètes pour une complète environ ; mais il n'est pas toujours facile d'explorer une fistule au point d'affirmer si elle est complète ou non.

Les fistules incomplètes sont borgnes externes, ou borgnes internes ; ces dernières sont beaucoup plus rares que les précédentes, et mêmes certaines observations d'Heusinger ont été quelque peu contestées.

On peut avec Duplay décrire, à côté des fistules dont nous venons de parler, des fistules secondaires, consécutives à l'ouverture des kystes branchiaux. Nous en dirons quelques mots à propos de ces derniers.

Les fistules branchiales peuvent être bilatérales ou unilatérales. Ce dernier cas est le plus fréquent ; elles siègent plutôt à droite.

L'*orifice externe* est situé d'une façon à peu près constante en dehors de la ligne médiane, au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire. On le trouve cependant sur toute la hauteur du cou, toujours en dedans du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien et même d'autant plus rapproché de la trachée qu'il se trouve plus élevé (Sarrazin). Les cas où il occupait la ligne médiane sont fort rares. Absolument exceptionnelle est la présence de plusieurs petits orifices portés sur un tissu d'aspect cicatriciel.

Lorsque la fistule est bilatérale, les orifices sont au même niveau de chaque côté, ou peu s'en faut.

On signale comme un cas unique l'existence de deux fistules dont

l'une était latérale et dont l'autre s'ouvrait sur la ligne médiane à la même hauteur que la première.

L'*orifice externe* est généralement rond ; il affleure la peau ou se trouve au sommet d'une élévation rosée. Quelquefois il a la forme d'une petite fente. Il peut être caché sous un repli cutané. Son calibre est généralement fin ; mais il existe des variations nombreuses, admettant depuis une soie de sanglier jusqu'au bout du doigt.

L'*orifice interne* s'ouvre dans le pharynx, sur sa paroi latérale, derrière la grande corne de l'os hyoïde, au voisinage du muscle pharyngo-staphylin et de l'amygdale, ou sur un point plus rapproché de la trompe d'Eustache. Il a été quelquefois découvert au moyen de l'examen pharyngoscopique, ou par l'injection de liquides colorés, ou bien encore par le cathétérisme au moyen de sondes fines. On l'a observé sur le cadavre un petit nombre de fois. Il s'ouvre souvent au sommet d'un petit tubercule, et sa finesse le fait ressembler à un point lacrymal ; parfois, il est au contraire si large qu'il admet sans peine la première phalange de l'index.

Le *trajet fistuleux* est ordinairement un peu plus large que l'orifice externe. Il n'est jamais absolument rectiligne, mais s'infléchit et se coude plus ou moins. Sa direction générale est de haut en bas et d'avant en arrière, à moins qu'il ne s'agisse d'une de ces rares fistules qui se montrent au voisinage du larynx ou même plus haut. Celles-ci tendent à se rapprocher de l'horizontale. On voit le trajet traverser le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier et les aponévroses du cou, cheminer sur les côtés de la trachée et du larynx, entre les aponévroses superficielle et moyenne, se mettre très souvent en rapport intime avec la gaine des vaisseaux ; enfin, après avoir passé en dessous du digastrique et au-dessus du nerf grand hypoglosse, déboucher dans le pharynx.

Dans son trajet sous le tégument du cou, la fistule peut être sentie comme un cordon résistant de la grosseur d'une plume de corbeau, tantôt mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt fixé par de solides adhérences ou par des expansions fibreuses fournies par les aponévroses voisines.

S'il s'agit d'une fistule borgne externe, le canal s'interrompt et se termine en cul-de-sac à une hauteur très variable. On a pu, au moins dans un cas, acquérir la certitude qu'une fistule jadis complète était devenue borgne externe par l'oblitération de son orifice

interne et la transformation en un cordon fibreux de toute sa partie supérieure.

Les fistules borgnes internes connues consistaient toutes dans un cul-de-sac assez large situé, soit à la partie inférieure du pharynx, soit dans le lieu où s'abouchent d'ordinaire les fistules complètes.

La paroi est solidement constituée à la façon d'un organe durable. Dans la portion externe de la fistule, c'est une membrane fibreuse, élastique, analogue à la peau et recouverte d'un épithélium pavimenteux; profondément, c'est une vraie muqueuse richement vasculaire tapissée d'un épithélium à cils vibratiles. Les fistules borgnes externes qui s'avancent profondément possèdent les deux ordres d'épithélium.

La fistule fournit d'une façon intermittente un liquide ténu, filant, jaunâtre, toujours en faible quantité, contenant à la fois les débris de l'épithélium pavimenteux et de l'épithélium à cils vibratiles signalés dans la paroi.

Complications. — En dehors de quelques malformations peu importantes de l'oreille (petites dépressions, saillies anormales, bandes cicatricielles) et d'une surdité plus ou moins prononcée, les complications voisines ou éloignées sont rares. Le bec-de-lièvre lui-même ne se voit pour ainsi dire point. On n'a constaté de malformations sérieuses que chez un enfant mort-né dont Virchow fit l'examen et qui présentait, entre autres monstruosité, une absence à peu près complète de l'oreille, un arrêt de développement des poumons, etc. A peine peut-on signaler comme complication la présence d'un noyau cartilagineux au voisinage des fistules. Il n'en existe qu'une seule observation (Heusinger). Dans deux autres cas, on a vu des corps semblables, qui étaient, sans aucun doute, des vestiges des arcs branchiaux; mais il n'existait aucune fistule (Manz, Duplay).

L'organisation parfaite de ces fistules, leur siège constant, leur ouverture du côté du pharynx, ne peuvent laisser aucun doute sur leur origine branchiale. Celles dont l'orifice cutané est placé près du sternum, les plus communes, résultent d'un trouble apporté dans l'évolution de la quatrième fente; les plus élevées peuvent être rattachées à la troisième, à la deuxième et même à la première fente branchiale. En même temps que ces dernières, surtout, il est bien naturel que l'on puisse trouver des lésions du côté de l'oreille, puis-

que le conduit auriculaire est lui-même formé aux dépens de la première fente branchiale.

Symptômes. — La fistule branchiale n'entraîne presque aucun inconvénient. L'écoulement du liquide est fort léger; il peut pourtant entretenir autour de l'ouverture extérieure un état d'humidité constant; il augmente sous certaines influences: boissons chaudes, froid extérieur, fièvre, catarrhe pharyngien, émotions morales, menstruation, cessation des lochies ou fin de l'allaitement.

Parfois une croûte bouche l'orifice extérieur; le liquide s'accumule derrière elle, distend le trajet et forme une poche qui peut contenir une cuillerée à café de liquide et même davantage. Cette gêne dans l'excrétion cause souvent un malaise notable; elle peut se reproduire de temps en temps avec une certaine régularité.

En dehors de cet accident, point de douleur; à peine des démangeaisons au niveau de l'orifice externe.

Des phénomènes tout à fait particuliers, et qui contrastent avec la tranquillité habituelle de la fistule, se produisent dès que l'on essaye d'en explorer le trajet au moyen d'une sonde. Alors se montrent une toux quinteuse, des grattements dans la gorge et une altération de la voix, qui subitement devient grave ou s'éteint. Tous ces phénomènes cessent dès que l'on retire le stylet. C'est là ce qui avait donné le change aux premiers observateurs et fait croire à tort qu'il s'agissait ici de fistules trachéales. Ces phénomènes se produisent d'ailleurs dans des fistules borgnes externes aussi bien que dans les fistules complètes. Leur mécanisme est inconnu jusqu'ici. Peut-être se lient-ils à une innervation, non démontrée encore du trajet, par le nerf pneumogastrique (Cusset).

Les fistules borgnes internes forment, comme nous l'avons dit, des poches ou diverticules plus ou moins développés. Les aliments peuvent s'y accumuler et occasionner ensuite des régurgitations, ou bien causer, en s'y entassant toujours davantage, une dysphagie dangereuse.

On a vu quelquefois des fistules complètes laisser passer quelques parcelles de pain, et surtout quelques gouttes des liquides déglutis.

Diagnostic. — Le siège de la fistule, la forme de son orifice externe, l'écoulement qu'elle fournit et surtout le fait qu'elle est congénitale ne permettent guère de la confondre avec les autres fistules du cou. Les fistules ganglionnaires, les fistules salivaires, celles qui

succèdent à l'inflammation d'une bourse séreuse du cou, en seraient donc facilement distinguées. Les fistules trachéales congénitales sont très rares, toujours médianes.

Par le cathétérisme et au moyen d'injections colorées ou sapides faites dans la fistule, on s'efforcera de déterminer si elle est complète ou borgne externe. Il faut reconnaître que ces recherches ne conduisent pas toujours à un résultat certain.

La pharyngoscopie sera utilisée pour la recherche de l'orifice interne. Elle seule permettrait de reconnaître sûrement une fistule borgne interne dont l'existence aurait été soupçonnée.

Par une interrogation soigneuse des malades on pourra arriver à la conviction soit qu'une fistule actuellement complète était incomplète à l'origine, ou inversement qu'une fistule actuellement borgne l'est devenue par l'oblitération de l'une de ses ouvertures, le plus souvent de l'ouverture interne.

Le pronostic quoad vitam est absolument favorable. Cependant quelques malades sont signalés comme atteints de catarrhe, d'emphysème, d'asthme, voire même de tuberculose pulmonaire. Les fistules borgnes internes, par la dysphagie qui peut les accompagner, sont celles qui offrent le plus de dangers.

On ne peut pas compter sur une guérison spontanée. Cette heureuse terminaison ne s'est produite qu'une fois; le traitement ne laisse pas d'être difficile.

Traitement. — Plus d'une fois le traitement de ces fistules a produit de mauvais résultats. Dans un cas, Dzondi a vu la mort survenir après l'injection d'une solution de nitrate acide de mercure, mais il est probable que le liquide avait pénétré dans l'estomac; ce fait témoigne non de l'utilité de s'abstenir de tout traitement, mais de l'importance qu'il y a à ne pas employer de substances toxiques ou trop caustiques. D'autres fois, la fermeture rapide de l'ouverture extérieure et l'accumulation de liquides dans le trajet ont entraîné des douleurs vives dans le cou et dans la tête, des troubles de la déglutition, des convulsions épileptiformes, etc., etc. Mais rien n'empêche de veiller avec soin à ce que l'orifice extérieur ne se bouche pas trop vite, et à ce que l'oblitération se fasse du fond vers la surface.

Il y a, en définitive, intérêt à débarrasser le malade d'une infirmité gênante, et parfois quelque peu répugnante.

Trois méthodes sont en présence :

Les injections irritantes;

Les cautérisations;

L'extirpation du trajet.

Les injections se font surtout avec la teinture d'iode. Elles ont donné de bons résultats, mais en bien petit nombre.

La galvanocaustique ou, de préférence, l'électrolyse, seront probablement utilisées dans l'avenir; on n'en a point fait usage jusqu'ici.

L'extirpation du trajet n'est possible que dans le cas de fistule borgne externe; elle a été faite quelquefois. Il faut s'attendre, quand on l'entreprend, à une dissection un peu laborieuse et à un écoulement sanguin assez marqué. Si la fistule remontait très haut, le voisinage des vaisseaux du cou et particulièrement de la veine jugulaire, pourrait créer là de sérieux dangers. On facilite l'extirpation en introduisant un stylet dans le trajet et en disséquant autour de lui les parois de la fistule (Sarrazin).

2° FISTULES TRACHÉALES.

Nous ne ferons que les signaler. Leur existence est à peine démontrée.

Elles ont été décrites d'après un petit nombre d'observations (G. Fischer).

Il s'agissait dans tous les cas de fistules à ouverture médiane extérieure, que l'on pouvait suivre jusque sur la trachée. Mais jamais la communication de ces fistules avec le canal aérien n'a été absolument prouvée, et même dans deux cas (Jenny, Fischer) l'origine congénitale du canal fut douteuse.

S'agit-il vraiment là d'une fistule trachéale tenant au défaut de réunion sur la ligne médiane du quatrième arc branchial? Avons-nous affaire à des lésions qui ne tiennent pas à un vice de développement, mais à un travail inflammatoire et ulcératif survenu au cours de la vie intra-utérine? Faut-il au contraire nier absolument l'existence de ces malformations en tant que fistules trachéales, et voir là de simples fistules branchiales à orifice médian? Ce sont autant de points qui restent encore incertains.

IX

TUMEURS DU COU.

Nous avons déjà étudié un certain nombre de tumeurs du cou, en faisant l'histoire pathologique des diverses parties constituant de la région. C'est ainsi que nous avons successivement examiné : les tumeurs des ganglions lymphatiques, celles des muscles, les anévrysmes et enfin les tumeurs du corps thyroïde.

Nous devons décrire maintenant celles qui n'ont pas pu trouver leur place dans ces divers chapitres. Elles ont généralement leur siège dans le tissu cellulaire : quelques-unes sont congénitales.

Les tumeurs du cou sont : liquides ou solides.

A. TUMEURS LIQUIDES OU KYSTES DU COU.

Laissant de côté les *kystes salivaires*, ou grenouillettes, dont l'histoire a été faite ailleurs et qui, par extension, peuvent gagner le cou, les *kystes sébacés*, qui n'offrent ici rien de spécial, les *kystes hydatiques*, dont quelques exemples ont été vus dans le tissu cellulaire du cou, et particulièrement sous le sterno-cléido-mastoïdien, au voisinage des gros vaisseaux, nous devons distinguer parmi les kystes du cou trois grandes classes :

- 1° Les kystes dermoïdes;
- 2° Les kystes séreux;
- 3° Les kystes sanguins.

1° KYSTES DERMOÏDES OU BRANCHIAUX

Il faut rattacher résolument à un trouble dans l'évolution des fentes branchiales les kystes du cou et de la face, dont la paroi présente la structure du derme ou d'une muqueuse parfaite, dont le contenu est riche en matière grasse ou même huileuse, et qui adhèrent profondément au squelette.

A la face on a déjà signalé les kystes dermoïdes du pourtour de l'orbite, et ceux qui, placés dans l'épaisseur du plancher de la bouche, sont souvent décrits parmi les grenouillettes. Au cou, des kystes

semblables peuvent occuper tous les points correspondant aux diverses fentes branchiales.

On signale des kystes branchiaux depuis la région auriculaire jusqu'àuprès de la clavicule, dans tous les points où se montrent les fistules branchiales; mais de plus on en décrit un bon nombre sur la ligne médiane, et particulièrement au-dessous de l'os hyoïde et au-dessus du larynx, dans cette petite région thyro-hyoïdienne où peuvent se rencontrer des kystes d'une espèce bien différente, ceux qui sont développés aux dépens des bourses séreuses normales.

Les kystes branchiaux n'adhèrent pas à la peau; ils sont logés dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond. Souvent ils pénètrent sous les muscles; ceux des parties latérales se mettent parfois en contact intime avec la gaine des vaisseaux. Ils sont unis d'une façon presque constante au squelette : sternum, os hyoïde, apophyse styloïde, apophyse mastoïde, maxillaire inférieur.

Leur forme est variable : arrondie, ovale, en amande, souvent très allongée de façon à constituer une sorte de cordon (kyste canaliculé, *Larrey*.) On peut trouver sur ce cordon des parties renflées et des parties plus étroites; la pression de quelques parties osseuses ou tendineuses ou de quelque muscle détermine des étranglements sur certains points. Cette particularité appartient surtout aux kystes développés sur les parties latérales du cou.

Le contenu est généralement graisseux; aussi les a-t-on désignés jadis sous le nom d'athéromes profonds du cou; il peut être huileux (*Malherbe*, 1878); des poils s'y rencontrent assez souvent. On a noté des épaissements cartilagineux dans quelques cas. Si l'on a trouvé, chose bien rare, des fragments osseux bien développés, des dents, des kystes secondaires, c'est toujours au voisinage du maxillaire inférieur. Il s'agirait dans ce cas d'une malformation un peu spéciale : une bifurcation anormale de l'arc maxillaire primitif aboutirait à la fois à la formation d'un kyste branchial et d'un os maxillaire supplémentaire incomplet. Les kystes secondaires ne seraient autres que des kystes dentaires folliculaires.

Les parois de ces kystes sont en tout semblables à celles des fistules branchiales, et *Robin* notait, dès 1886, dans la *Thèse de Demoulin*, la coexistence à leur surface interne des deux épithéliums pavimenteux et cylindrique que nous avons déjà fait connaître dans les fistules.