

sation. Il est rare qu'au moment où on l'observe il ne se soit pas déjà propagé du côté des organes intrathoraciques. Par les voies lymphatiques et veineuses, le carcinome et le sarcome viennent former des foyers secondaires dans les ganglions du médiastin et les poumons (ce sont les cas les plus fréquents), dans les parois du cœur ou des gros vaisseaux, etc. Les propagations lointaines à d'autres organes et au squelette sont encore très communes.

On comprend que, dans ces conditions, la cachexie cancéreuse ne se fasse pas attendre.

Inutile d'insister sur la gravité du **pronostic**. La mort se produit la plupart du temps dans l'espace de cinq à six mois, à partir du début de la tumeur, soit par asphyxie, soit beaucoup plus rarement par hémorrhagie (dans le cas de sarcome ulcéré), soit par inanition à la suite de la dysphagie ou par affaiblissement graduel.

Le **traitement** n'offre malheureusement pas le moyen d'améliorer beaucoup le pronostic. Le seul traitement curatif consisterait dans l'*extirpation du cancer*. Or les adhérences prises par la tumeur primitive avec les parties voisines, le développement rapide des ganglions cervicaux et leur étroite union avec les vaisseaux et les nerfs cervicaux font de cette extirpation une opération particulièrement grave. On a été conduit pour la terminer à entamer la trachée, et même à en réséquer plusieurs cerceaux, à ouvrir l'œsophage, à enlever, après les avoir compris entre deux ligatures, les vaisseaux du cou sur toute leur longueur. Lorsque la trachée n'est pas directement envahie, elle est si aplatie que souvent la trachéotomie doit être pratiquée au début de l'opération si elle n'est pas déjà faite auparavant. On comprend que, dans ces conditions, l'opération soit d'une part immédiatement grave, et que, d'autre part, faute surtout de pouvoir assurer l'antisepsie après l'ouverture de la trachée et quelquefois de l'œsophage, ses suites prochaines laissent beaucoup à désirer. Braun, sur 54 opérations, a noté 22 morts, dont 4 survenues dans les vingt-quatre heures, 7 entre deux et quatre jours, 5 entre quatre et neuf jours. Les 6 autres opérés ne survécurent pas beaucoup plus.

Alors même que le malade échappe aux dangers de l'opération, à la septicémie, aux hémorrhagies, aux accidents bronchiques et pulmonaires qui surviennent si souvent, surtout après la trachéotomie, on doit craindre de le voir succomber à de rapides récidives. Sur les

12 malades déclarés guéris de la statistique de Braun, 6 se trouvent dans ce cas et les 6 autres eux-mêmes ne semblent pas avoir survécu bien longtemps.

On comprend que dans ces conditions un grand nombre de chirurgiens refusent d'entreprendre l'extirpation de tout cancer de la glande thyroïde. De là à une interdiction formelle il y a pourtant loin.

Les excommunications ne sont plus de notre temps, et l'on ne peut blâmer *a priori* une tentative bien conduite dans des cas désespérés.

Si d'ailleurs l'extirpation donne d'assez mauvais résultats, l'opération palliative, la trachéotomie, d'après Braun, en donne de pires encore. Les opérés ont tous succombé en moins de quinze jours.

On a quelquefois évité l'inanition et prolongé la vie en nourrissant les malades au moyen de la sonde œsophagienne.

## VIII

### FISTULES CONGÉNITALES 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 nous bornerons donc ici à l'étude des *fistules congénitales*. Celles-ci sont divisées en fistules branchiales, de beaucoup les plus intéressantes, et en fistules trachéales, dont la réalité même est contestée.

#### 1<sup>o</sup> 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 Dzondi (*de Fistulis tracheæ congenitis*, Halæ, 1829) la première description vraiment importante. Mais Dzondi 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. 358, 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 1866. On consultera avec fruit la thèse de Cusset, Paris 1877 : *Étude sur l'appareil branchial des vertébrés*, le travail de K. v. Kostanecki et A. v. Mielicki dans *Arch. für path. Anat. und Phys.*, de 1890, et les articles de A. Broca dans le *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus.

Les tableaux de Kostanecki et Mielicki portent le nombre des observations publiées à 125.

**Étiologie.** — Les causes des fistules congénitales du cou nous sont peu connues. On a remarqué l'importance de l'hérédité. Le fait le plus curieux est celui d'Ascherson, où, dans une famille, il y eut 8 de ces fistules en trois générations.

La coexistence de malformations faciales est rare. Le bec-de-lièvre est exceptionnel. Heusinger a constaté une malformation de l'oreille externe. Virchow, chez un enfant mort-né, rencontra entre autres monstruosité coïncidant avec la fistule branchiale une absence à peu près complète de l'oreille, un arrêt de développement des poumons, etc.

D'après Kostanecki et Mielicki, la malformation serait plus commune dans le sexe masculin.

**Pathogénie.** — Le développement du cou nous permet de comprendre la production de ces fistules.

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 est connu sous le nom de cavité pharyngienne. Ses

parois ont été formées tout entières par les lames viscérales de l'embryon.

La cavité buccale s'indique de très bonne heure sous la forme d'une invagination du feuillet épidermique. Pendant que ce phénomène se produit on voit se développer sur les parois latérales de la cavité pharyngienne des évaginations profondes de l'épithélium qui revêt cette cavité. Suivant des lignes superposées, dirigées de haut en bas parallèlement à l'arc maxillaire, l'épithélium de l'intestin céphalique refoule le feuillet moyen et tend à se rapprocher de l'épiderme. Celui-ci se comporte de la même façon et marche en sens inverse vers l'épithélium pharyngien. De là résultent deux ordres de sillons : les uns branchiaux externes d'origine ectodermique, les autres branchiaux internes d'origine endodermique. Au bout de quelque temps les deux sillons ne sont plus fermés que par une membrane mince formée par l'accolement des deux couches épithéliales ectodermique et endodermique. Entre les sillons subsistent des arcs dits arcs branchiaux formés par le feuillet moyen et le mésenchyme, et pourvus d'un double revêtement épithélial endodermique et ectodermique.

Le nombre des arcs est variable suivant les espèces. On en compte quatre chez l'homme.

Le premier arc branchial est l'arc maxillaire qui donne naissance aux diverses parties de la face; nous avons vu ailleurs comment.

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

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

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

La membrane d'occlusion qui sépare les arcs branchiaux les uns des autres ne tarde pas à se résorber chez tous les animaux qui respirent au moyen de branchies. Il en résulte la formation de fentes branchiales par lesquelles l'eau peut pénétrer dans la cavité de l'intestin céphalique.

Chez les vertébrés supérieurs et l'homme en particulier, on n'est pas encore fixé sur la persistance ou la disparition des membranes d'occlusion. La disparition était généralement admise avant que His, Born et Koelliker soient venu la nier.

His a insisté sur la disposition que prennent les arcs branchiaux les uns par rapport aux autres. A partir de la quatrième semaine de la gestation, par suite de leur développement inégal, ces arcs cessent d'être parallèles; ils s'emboîtent comme les tubes d'un télescope (His), le 4<sup>e</sup> passant en dedans, puis au-dessus du 5<sup>e</sup>, et celui-ci se comportant de même par rapport au second. De cet enfoncement des deux arcs inférieurs résulte, à la limite postérieure de la région, une dépression externe, profonde, que His appelle *sinus précervical*, dont l'orifice est limité en haut par le bord inférieur du 2<sup>e</sup> arc. Le sinus cervical se ferme bientôt après au moyen d'un prolongement operculaire qui part de ce bord inférieur du 2<sup>e</sup> arc pour aller se souder à la paroi latérale du corps. Par sa partie profonde, le sinus cervical est en rapport avec les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sillons branchiaux internes qui sont assez développés pour mériter le nom de *poches branchiales* (His).

Quelques auteurs admettent, malgré His, une communication entre le sinus précervical et la 2<sup>e</sup> poche branchiale.

Dans cette hypothèse, les fistules complètes sont dues à une béance persistante du sinus précervical par défaut de développement du prolongement operculaire et à la persistance de la communication entre le sinus précervical et la 2<sup>e</sup> poche branchiale. Les vestiges de celle-ci forment l'orifice interne de la fistule.

Il est facile de comprendre comment se produiront les fistules borgnes externes et borgnes internes.

Si l'on admet qu'à l'état normal la cavité pharyngée ne s'ouvre jamais dans le sinus précervical, la pathogénie des fistules complètes est plus difficile à concevoir. Il faut admettre dans ces cas un trouble nouveau et difficile à expliquer dans l'évolution des fentes branchiales.

**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 même 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 peut 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 peucier 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'épithéliums.

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.

**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 du malade 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 l'électrolyse ont été employées sans grand succès.

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 fistule 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 constituantes de la région. C'est ainsi que nous avons successivement examiné : les