

externes et des poches branchiales internes. L'orifice interne appartient certainement au domaine de la 2^e poche branchiale, prolongée par le canal branchial de Rabl, et ceci nous explique en outre comment à sa partie supérieure le trajet passe au-dessous du facial et au-devant du glosso-pharyngien, entre la carotide interne et la carotide externe, c'est-à-dire, en somme, entre les vaisseaux et les nerfs du 2^e arc en haut et en avant et du 3^e arc en bas et en arrière. Voilà donc pour les fistules borgnes internes et pour la partie supérieure, identique, des fistules complètes. Quant aux fistules borgnes externes, il semble qu'il faille les expliquer par une béance persistante du *sinus præcervicalis*; or, l'on sait combien ce sinus s'approche de la 2^e poche interne, si bien même que certains auteurs admettent là, malgré His, une communication normale entre le pharynx et l'ectoderme. N'est-ce pas là une explication toute naturelle pour la fistule complète? Mais pourquoi, puisque le *sinus præcervicalis* est toujours en cause, le siège si variable de l'orifice externe, presque toujours, il est vrai, latéral et inférieur, comme celui du sinus, mais quelquefois supérieur et même médian sans que rien change à l'orifice supérieur? Peut-être les invaginations thymiques, thyroïdiennes latérales et leurs annexes jouent-elles un rôle. Mais jusqu'à



FIG. 55.

FIG. 55. — Schéma de Cusset. — 1, 2, 3, 4, 1^a, 2^a, 3^a, 4^a fentes. — 5, fente inter-maxillaire. — 6, fente fronto-maxillaire ou fronto-orbitaire. — 7, fente naso-maxillaire.

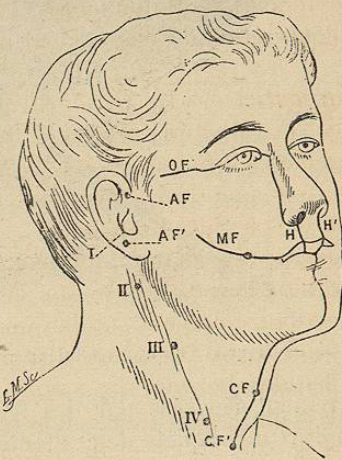


FIG. 56.

FIG. 56. — Schéma de Bland Sutton. — AF, AF', situation des fistules auriculaires congénitales. — I, II, III, IV, orifice cutané des fistules branchiales (I, est le méat auditif). — OF, fente orbitaire. — MF, fissure intermandibulaire. — H, H', ligne du bec-de-lièvre vulgaire. — CF, CF', orifices des fistules cervicales congénitales.

présent rien n'est précis et le mieux est de confesser notre ignorance actuelle, en remarquant toutefois que cet orifice externe n'existe jamais à la région qui dépend du champ méso-branchial.

Dans cette région, il est vrai, non pas au-dessus, mais au-dessous de l'os hyoïde, on observe des fistules médianes. Mais déjà en clinique ces fistules, toujours borgnes externes et presque toujours secondaires, ne sont guère comparables à celles dont je viens de m'occuper, et il est probable qu'il faut dans bien des cas faire intervenir pour les expliquer l'invagination thyroïdienne médiane. C'est un point que je traiterai à propos des kystes dermo-mucoïdes. Peut-être les invaginations thyroïdiennes latérales jouent-elles un rôle, encore inconnu d'ailleurs, dans la genèse de certaines fistules latérales secondaires.

Signes fonctionnels. — Marche. — Pronostic. — Les signes fonctionnels sont nuls ou à peu près. La déglutition est presque toujours normale. Dans le fait de Mayr, il y avait sans doute de la dysphagie, mais il est à noter qu'il existait des diverticules pharyngiens concomitants. Quelquefois les mouvements de déglutition font remonter l'orifice externe, qui se déprime.

On a signalé la rougeur, la sensibilité du trajet, l'exagération de la sécrétion, une sensation prurigineuse au moment des règles. Quelquefois, même en dehors de ce cas particulier, la peau, irritée par le liquide qui s'écoule, rougit quelque peu.

On a vu, mais très exceptionnellement, des liquides alimentaires s'écouler par la fistule (De Santi, Meinel). J'ai déjà mentionné les troubles fonctionnels provoqués par le cathétérisme et les injections.

L'état stationnaire est à peu près constant. Toutefois on a pu voir, comme je l'ai dit plus haut, une fistule complète devenir borgne externe spontanément (Seidel) ou sous l'influence d'injections irritantes (P. Broca et Faucon).

C'est une lésion absolument bénigne, une difformité et non une maladie, et d'après les cas que j'ai observés il me semble que Sarrazin exagère la fréquence des complications pulmonaires. Pourtant Cusset prétend que chez ces sujets il y a volontiers un développement insuffisant du poumon.

Diagnostic. — Le diagnostic, fondé sur les commémoratifs, le siège de l'orifice, le cathétérisme, est d'une évidence telle qu'il serait déplacé d'établir les caractères différentiels des fistules dentaires, ganglionnaires ou osseuses.

Autrefois on a décrit des fistules salivaires congénitales qui sont très probablement des fistules branchiales.

Le diagnostic anatomique exact, pour déterminer si la fistule est complète ou borgne externe, repose sur l'exploration du trajet par le cathétérisme ou les injections colorées, sur l'examen laryngoscopique : mais, en cas de constatations négatives, il est bien difficile d'affirmer que l'orifice interne n'existe pas.

Les fistules borgnes ne seront guère reconnues que lorsqu'elles s'enflammeront et deviendront secondairement des fistules complètes, ou bien lorsqu'elles se dilateront en de véritables diverticules pharyngiens causant de la dysphagie.

Traitement. — Des traitements fort variés ont été mis en œuvre contre les fistules congénitales du cou. Leur principe est toujours le même : on cherche à détruire l'épithélium, sans quoi l'oblitération du trajet est impossible.

On a eu recours tout d'abord aux cautérisations, et surtout aux injections caustiques. Mais ces injections ne sont pas d'une bénignité constante, et Dzondj a vu périr en sept jours une fillette de trois ans à laquelle il avait injecté du nitrate acide de mercure dans une fistule cervicale. Le cautère actuel semble moins dangereux, et on a enfoncé dans ces trajets des stylets rougis, des fils métalliques que l'on a fait rougir galvaniquement. Mais les succès sont fort rares, si même il en est de probants.

Weinlechner a conseillé l'excision de la muqueuse suivie de cautérisation : mais si l'excision est complète, la cautérisation est inutile. Il faut dire, d'ailleurs, que Weinlechner a obtenu un succès (1).

(1) WEINLECHNER, *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1862, t. V, p. 172.

Après la cautérisation viennent les injections simplement irritantes, et en particulier les injections d'iode. Dans une discussion de la Société de chirurgie, Boinet a prétendu que par ce procédé le succès était à peu près constant. Mais ce partisan à outrance de l'iode n'a pas ébranlé le scepticisme de ses collègues, et il semble établi, au contraire, que l'injection iodée échoue presque toujours. La guérison obtenue de la sorte par Serre (d'Alais) ⁽¹⁾ est restée à l'état d'exception; et l'on cite de même comme rareté le demi-succès de P. Broca, qui a pu transformer ainsi une fistule complète en fistule borgne externe. Pour juger l'injection, on n'oubliera pas les accidents qu'elle peut provoquer. L'électrolyse a été prônée par L. Le Fort.

L'extirpation totale est le procédé de choix. Un chirurgien antiseptique et qui sait disséquer finement enlèvera sans peine et sans danger la plupart de ces fistules. Pour mener à bien cette opération, on suivra le manuel indiqué par Sarrazin. On introduira d'abord dans le trajet une sonde qui servira de conducteur et autour de laquelle on fera la dissection. On peut opérer à l'aide d'une petite incision circonscrivant l'orifice de la fistule et assez peu prolongée en haut. La paroi est assez résistante pour qu'on puisse, par traction, abaisser le cul-de-sac supérieur.

Pour les fistules borgnes externes, tout le monde accorde que l'intervention est indiquée, sauf pour les petits orifices à peu près invisibles et à peine suintants, préférables à une cicatrice apparente. Il faut seulement avoir soin de pousser bien au fond du trajet la sonde conductrice et d'extirper complètement le cul-de-sac épidermisé. Si l'extirpation totale est impossible, on se rabattra sur le procédé de Weinlechner.

Il était naguère encore classique de dire que, dans les fistules complètes, il faut s'abstenir de l'intervention sanglante. On s'en tiendra, disait-on, aux injections irritantes, quitte à prendre le bistouri si par hasard on transforme ainsi la fistule complète en borgne externe. Cette opinion est aujourd'hui reconnue erronée. Dès la première édition de ce traité, j'avais avancé que sans doute on n'hésiterait plus, si des troubles fonctionnels la justifiaient, à entreprendre l'opération: ce jugement n'a pas tardé à être ratifié par les succès de Tricomi, de Cavazzoni ⁽²⁾. Ces auteurs ont mené à bien l'extirpation complète, et ce procédé me paraît bien supérieur à celui qu'a préconisé Chalot. Celui-ci consiste à fermer par un point de suture appliqué par les voies naturelles l'orifice pharyngien, puis le lendemain on extirpe la partie inférieure du trajet et on se borne à curetter le tronçon pharyngien.

III

KYSTES BRANCHIAUX

Les kystes branchiaux sont souvent décrits avec bien des confusions. Jusqu'au milieu de ce siècle, on donnait une description d'ensemble pour les kystes congénitaux du cou, et à chaque instant on empiétait d'une variété sur

⁽¹⁾ SERRE (d'Alais), *Gas. des hôp.*, Paris, 1866, n° 11, p. 44.

⁽²⁾ TRICOMI, *Riforma medica*, 28 août 1891, p. 541. — CAVAZZANI, *Riforma medica*, 7 oct. 1891, p. 541. — CHALOT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1892, n. s., t. XVIII, p. 286.

l'autre, on mêlait des faits relatifs aux kystes séreux multiloculaires, aux kystes dermoïdes, aux kystes mucoïdes. Peu à peu la clarté s'est faite dans ce sujet complexe et l'on a isolé le groupe des *kystes branchiaux*, à paroi dermoïde ou mucoïde, liés à une évolution vicieuse de l'appareil branchial ou de ses dépendances. Dans un mémoire récent, Senn range encore les kystes séreux multiloculaires dans les kystes branchiaux. C'est une erreur aujourd'hui jugée.

VOILLEMIER, Des kystes du cou. Thèse de concours de Paris, 1851. — LORAIN, Mémoire sur les kystes congénitaux du col. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, Paris, 1854, p. 154. — VIRLET, Des kystes congénitaux. Thèse de doct. de Paris, 1854, n° 150. — P. BOUCHER, Étude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse de doct. de Paris, 1868, n° 215. — M. SCHEDE, Ueber die tiefen Atherome des Halses. *Archiv für klin. Chir.*, 1872, t. XIV, p. 1. — BIDDER, Zur Casuistik und Behandlung der tiefen Atheromcysten des Halses. *Ibidem*, 1876, t. XX, p. 454. — PILON, Des kystes dermoïdes du cou. Thèse de doct. de Nancy, 1882-1885, n° 170. — N. SENN, On branchial cysts of the neck. *Journal of the Amer. med. Ass.*, 1884, t. III, p. 197. — SEIDMANN, Beitrag zur Casuistik und Kenntniss der Dermoidcysten in der Halsgegend. Inaug. Dissert., Wurtzbourg, 1886. — SAMTER, Ein Beitrag zur Lehre von den Kiemengangsgeschwülsten. *Arch. für pathol. Anat. und Physiol.*, 1888, t. CXII, p. 70. — LANNELONGUE et ACHARD, Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886. — K. V. KOSTANECKI et A. V. MIELICKI, *Arch. für path. Anat. und Physiol.*, 1890, t. CXXI, p. 55.

Anatomie pathologique. — D'après la structure de la paroi, il y a deux ordres de kystes branchiaux: 1° les kystes dermoïdes; 2° les kystes mucoïdes. Cette structure a déjà été indiquée par Quénu ⁽¹⁾, dans ses traits principaux, et je n'ai plus à mentionner que les particularités régionales.

Au pavillon de l'oreille, on ne connaît pas de kystes dermoïdes, mais quelques cas de ces tumeurs ont été observés autour de l'oreille: au-dessus d'elle, par M. Hoffmann, au-devant du tragus par Osborn, et surtout en arrière, à la région mastoïdienne. Gillette, Bryant, Estor, ont trouvé dans ces kystes mastoïdiens un contenu huileux. Ces kystes, comme ceux de la queue du sourcil, ont des connexions intimes avec le temporal sous-jacent.

A la région parotidienne, gagnant vers le cou proprement dit, je rappellerai les kystes observés par Flaubert, par Giraldès, les tératomes complexes décrits par Virchow, de Saussure Ford.

Les kystes dermoïdes et mucoïdes de la langue et du plancher buccal sont l'objet d'une étude spéciale dans ce volume ⁽²⁾ et nous ne parlerons ici que de leur pathogénie.

Les *kystes branchiaux latéraux*, de beaucoup les plus importants, ont pour caractère ordinaire, à la dissection grossière, d'adhérer au squelette. Lücke, Langenbeck ont constaté qu'ils sont quelquefois unis à l'apophyse styloïde; en général ils adhèrent à la grande corne de l'os hyoïde.

Ces connexions osseuses ne sont pas les seules, et pour les kystes latéraux il en existe souvent avec la gaine des vaisseaux carotidiens, avec la jugulaire interne surtout; il en était ainsi chez des opérés de Langenbeck, de Schede. Mais il est à remarquer, disent Volkmann, Max Schede, que ces adhérences sont peut-être secondaires: elles sont en effet inconstantes et ne s'observent guère que lorsque le kyste a été enflammé, à la suite d'une ponction par exemple. De même c'est sans doute par une altération secondaire de la paroi veineuse qu'il faut expliquer le cas où Gluck a vu la jugulaire interne s'ouvrir largement dans un kyste mucoïde.

⁽¹⁾ Voy. t. I, p. 475.

⁽²⁾ Voy. t. V, p. 254.