

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. 134. — 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. 434. — 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.

À 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.

Les kystes dermoïdes du cou sont presque toujours le type des kystes dermoïdes simples, ne contenant que de la matière sébacée et des poils, et même peu de poils. Sur des pièces examinées par Robin, Neumann, Baumgarten il y avait association de la paroi dermoïde et de la paroi mucoïde. D'autre part, certains histologistes ont quelquefois trouvé dans la paroi du tissu lymphoïde, autour de la membrane dermoïde, et de là Lücke, J. Bœckel, M. Schede, J. Albarran (1) ont conclu à la participation des ganglions lymphatiques. Mais Pilliet fait remarquer que, vu l'abondance du tissu lymphoïde autour du pharynx, dans la zone branchiale par conséquent, cette participation n'est nullement nécessaire. Peut-être donc les kystes ganglionnaires du cou, sur lesquels on a beaucoup discuté autrefois, sont-ils une variété des kystes branchiaux. C'est la conclusion de Darier, après examen d'une pièce que je lui ai remise et dont la description a été publiée dans la thèse de mon élève Mlle Sulicka.

Weiss, Gillette et Malherbe (de Nantes) (2) ont observé au cou des kystes à contenu huileux. On a parfois attribué une origine traumatique à ces kystes, rencontrés chez l'adulte. Mais si l'on s'en rapporte à ce que nous savons sur les divers kystes huileux étudiés histologiquement (3), il est probable qu'il s'agit de kystes dermoïdes pendant longtemps latents.

Virchow, de Saussure Ford ont décrit des kystes dermoïdes complexes, contenant des masses ostéo-cartilagineuses. Mais nous nous rapprochons alors des tératomes au moins autant que des kystes par simple enclavement. S'agit-il d'un processus néoplasique ayant envahi secondairement un de ces kystes? Le fait est possible, car il existe certainement des épithéliomas qui ont pour point de départ un kyste dermoïde pendant plus ou moins longtemps inconnu et Volkmann nous a fait connaître ces *carcinomes branchiogènes*, vérifiés depuis par Bruns, Quarrey Silcock, Regnault, Reverdin et Mayor (4).

Les *kystes médians* ont eux aussi, la plupart du temps, des connexions avec le squelette. Il faut les diviser en plusieurs groupes.

Ceux de la région sus-hyoïdienne appartiennent cliniquement au plancher de la bouche. Ils se fixent, souvent par un prolongement plein ou canaliculé, soit à la symphyse du menton, soit au corps de l'os hyoïde. Ils sont de structure dermoïde.

Ceux de la région thyro-hyoïdienne constituent la grande majorité des kystes mucoïdes du cou, revêtus d'un épithélium cylindrique, souvent vibratile. Il faut d'ailleurs ajouter qu'en cette même région il y a des kystes dermoïdes. On a d'abord cru qu'ils étaient la règle, mais depuis que les recherches sont mieux faites, ils sont devenus plus rares.

Tachard a vu un kyste dermoïde médian inférieur adhérer à la trachée; Desprès au sternum. On peut en rapprocher les kystes dermoïdes ou mucoïdes médians vus *au-devant du sternum* par divers auteurs. Ces faits, dont j'ai observé un exemple, ont été récemment réunis par Waitz dans sa thèse (5).

Certains kystes médians inférieurs plongent dans le médiastin. J'en ai opéré

(1) ALBARRAN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 298.

(2) MALHERBE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, nouv. série, t. IV, p. 257.

(3) VOY. A. BROCA et VASSAUX, *Arch. d'opt.*, juillet-août 1885.

(4) VOLKMANN, *Centralblatt für Chir.*, 1882, n° 4, p. 49. — REGNAULT, *Arch. für klin. Chir.*, 1887, t. XXXV, p. 50. — RICHARD, *Brun's Beiträge zur klin. Chir.*, Tubingen, 1887, t. III, p. 165. — REVERDIN et MAYOR, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1888, p. 162.

(5) WAITZ, Thèse de doct. de Paris, 1896-1897, n° 601.

un dont la poche descendait devant la trachée jusqu'à la crosse de l'aorte, et dont le pôle inférieur adhérait intimement à la gaine du thymus, qui fut ouverte au cours de l'opération. Ce fait nous conduit aux kystes du médiastin, auxquels Marfan, puis Dardignac ont consacré des monographies. Marfan a fait voir que leur siège, presque constant, est la partie supérieure du médiastin antérieur (1).

Pathogénie. — Les kystes dermoïdes et mucoïdes, quoique souvent ils ne soient reconnus que tardivement ne peuvent guère s'expliquer que si l'on admet l'existence d'une poche à paroi épithéliale, liée à une soudure incomplète du système branchial ou de ses dépendances. C'est la théorie de l'enclavement, émise pour la première fois par Verneuil en 1852, appliquée aux kystes dermoïdes du cou en particulier par W. Roser en 1859. Cette théorie ne doit sans doute pas être généralisée pour tous les kystes dermoïdes, mais pour ceux du cou elle semble solidement établie.

Les kystes latéraux dermoïdes sont probablement dus au pincement, dans la profondeur, d'une des rainures branchiales au niveau du *sinus præcervicalis*. Les kystes mucoïdes latéraux, plus rares, sont sans doute dus à l'enclavement du cul-de-sac du conduit branchial de Rabl, au niveau de la deuxième poche branchiale; et ce que j'ai dit des connexions de ce conduit avec le *sinus præcervicalis* explique la possibilité des kystes à paroi mixte. Peut-être certains kystes mucoïdes latéraux sont-ils en relation avec l'évolution vicieuse d'une des invaginations thymique, thyroïdiennes latérales et de leurs dépendances, nées d'ailleurs elles aussi dans le *fundus branchialis*. On le voit, l'analogie pathogénique est grande avec les fistules congénitales, et d'autres faits encore parlent en faveur de cette assimilation. Max Schede a noté l'existence d'un kyste dermoïde chez un garçon dont la sœur portait une fistule; souvent les fistules borgnes se terminent dans une véritable ampoule, et par contre les faits de Larrey (2), S. Duplay, Neumann, Baumgarten prouvent que les kystes dermoïdes du cou ont volontiers une forme canaliculée.

Pour les kystes médians, on ne saurait invoquer les rainures et poches branchiales, le *sinus præcervicalis*, toutes formations qui n'existent pas au niveau du champ méso-branchial.

Les kystes du plancher buccal, toutefois, s'expliquent encore assez bien si l'on admet un enclavement produit entre les arcs mandibulaires et au-dessous d'eux, à une période très précoce, avant la formation du *tuberculum impar*.

Quant aux kystes thyro-hyoïdiens, je crois pouvoir passer complètement sous silence la théorie de Boyer, théorie dite de l'hygroma (3). Quoiqu'on en ait dit, il n'y a pas très longtemps encore, le revêtement épithélial implique une origine congénitale. Or ici nous rencontrons l'invagination thyroïdienne médiane, celle qui passe entre la base et la pointe de la langue et va traverser la membrane thyro-hyoïdienne, et sur tout son trajet nous trouvons des canalicules persistants sur une longueur plus ou moins grande à partir

(1) MARFAN, *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1891, p. 594. — DARDIGNAC, *Revue de chirurgie*, 1894, p. 776.

(2) LARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1852-1855, t. III, p. 489, 505, 507.

(3) DUPUYTREN, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 101. — VERNEUIL, *Archives gén. de méd.*, 1855, t. I, p. 185 et 450. — LUSCHKA, *Arch. für path. Anat. und Physiol.*, 1864, t. XXX, p. 254. — AFFRE, Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 575. — ULLIAC, Thèse de doct. de Paris, 1878, n° 201.

du *foramèn cæcum* (canal de Bochdalek) (1); nous trouvons des kystes mucoïdes ciliés dans la base de la langue et devant la membrane thyro-hyoïdienne, et ces derniers se prolongent quelquefois en un canal qui traverse la membrane et remonte plus ou moins haut dans la base de la langue. Mais les kystes *dermoïdes* de cette même région sont difficiles à interpréter. Il est vrai qu'ils sont rares.

Les kystes médians inférieurs (2) restent aussi obscurs dans leur interprétation que les fistules médianes inférieures. Peut-être faut-il faire intervenir quelquefois dans leur genèse les involutions épithéliales, encore discutées, d'où provient le thymus. Ces kystes, souvent canaliculés, peuvent plonger derrière le sternum, ainsi que je l'ai dit précédemment.

Étude clinique. — Ces kystes sont congénitaux au sens pathogénique du mot, et quelquefois aussi ils le sont cliniquement. Mais il est fréquent qu'ils ne se manifestent que plus tard, comme tous les kystes dermoïdes d'ailleurs, après ce que Verneuil a appelé une phase de stagnation plus ou moins longue. Souvent alors c'est vers la puberté qu'ils se mettent à croître. Je n'insisterai pas davantage sur ces faits, qui ne sont pas spéciaux à la région.

Ces kystes constituent au cou une masse indolente, molle et fluctuante, en général peu volumineuse, mais susceptible d'acquies de grandes dimensions. La peau est mobile sur eux; ils sont assez peu mobiles sur les parties profondes.

Les latéraux occupent ordinairement la région sterno-mastoïdienne, en haut (Virchow, Bryant), au milieu (M. Schede), en bas (Baumgarten). Quain, Esmarch, en ont vu à la région sous-maxillaire, où j'ai également eu l'occasion d'en extirper un. Ils peuvent être bilobés quand ils sont bridés par une aponeurose ou par un muscle. Souvent ils ont une forme allongée parallèlement au sterno-mastoïdien, avec un pédicule qui, en haut, se perd dans la profondeur. Dans certains cas, ils peuvent transmettre les pulsations de la carotide. Une poche observée par Langenbeck faisait saillie dans le pharynx.

Les kystes médians sus-hyoïdiens seront étudiés cliniquement avec les tumeurs du plancher buccal.

Les kystes médians sus-sternaux n'ont rien de bien spécial: le chirurgien doit seulement se souvenir que quelquefois ils descendent dans le médiastin.

Les kystes médians thyro-hyoïdiens (3) sont surtout remarquables par leur évolution. Sur un sujet en général jeune, quelquefois chez une femme à la suite d'une couche, il se forme une collection fluctuante, globuleuse, tantôt indolente, tantôt légèrement inflammatoire. On diagnostique volontiers soit une adénite, soit un abcès froid, erreur qu'on ne commettra pas si l'on se souvient qu'il peut exister là un kyste congénital et si l'on songe à constater que la tumeur suit dans la déglutition l'ascension de l'os hyoïde. On incise et il s'écoule quelquefois du pus, le plus souvent un mucus visqueux. Après quoi il reste une fistule intarissable, où le stylet ne rencontre aucun os dénudé.

(1) BOCHDALEK, *Oesterr. Zeitschrift für Heilk.*, Vienne, 1866, t. VII, n° 56, 57, 42, 43, 44 et 45. Reichert und Dubois *Raymond's Arch.*, Leipzig, 1867, p. 775. Voy. la bibliographie des *Kystes de la langue*.

(2) DESPRÉS, *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 595.

(3) FAUVEL (J.), Thèse de doct. de Paris, 1886-1887, n° 241. — MARTIN, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 84. — CHEMIN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1896. — DURHAM, *Med. chir. Transact.*, London, 1894, t. LXXVII, p. 199. — HÆCKEL, *Arch. für klin. Chir.*, 1894, t. XLI, p. 607.

Nous avons donc là une de ces *fistules secondaires* dont, spontanément, les divers kystes branchiaux du cou sont coutumiers, et des kystes latéraux peuvent ainsi devenir secondairement fistuleux. Mais il est un point sur lequel j'ai déjà attiré l'attention et sur lequel je veux insister à nouveau. Parmi les fistules latérales secondaires, il en est certainement qui, à la suture superficielle près, sont pathogéniquement identiques aux fistules primitives, borgnes ou complètes. Mais les fistules médianes secondaires sus-hyoïdiennes et thyro-hyoïdiennes ne peuvent pas être primitives, pas plus qu'elles ne peuvent être pharyngiennes, et tout ce qu'on peut admettre *théoriquement*, comme fistule complète, c'est une fistule sous-hyoïdienne secondaire située au-dessus de l'isthme du corps thyroïde et allant jusqu'au canal de Bochdalek et au *foramen cæcum*. Le canal de Bochdalek représente ici la fistule borgne interne.

Cette fistulisation secondaire est le résultat de phénomènes inflammatoires aboutissant à la suppuration du kyste, et dans ce cas on a trouvé, ce qui est naturel, des microbes pyogènes dans le pus (4).

Le *diagnostic*, en dehors de la notion de congénitalité, n'est possible que par exclusion et sera fondé surtout sur les caractères négatifs de la tumeur. Pour les kystes thyro-hyoïdiens, si l'on connaît leur possibilité, on ne se trompera jamais. Pour les kystes latéraux, l'indolence, la forme souvent cylindroïde, la lenteur de la marche sont des caractères importants. Dans un cas comme dans l'autre, on examinera par le toucher et au laryngoscope la région glosso-épiglottique et la base de la langue, parfois soulevées par un prolongement kystique (5).

La *marche* est essentiellement chronique, et le *pronostic* est bénin, toutes réserves faites pour les rares carcinomes branchiogènes précédemment signalés.

Traitement. — On a obtenu quelques succès, pour les kystes à structure simple, par les injections irritantes, à la teinture d'iode surtout, faites dans la poche complètement évacuée. Mais c'est une méthode presque toujours inefficace. Comme pour les fistules et pour les mêmes motifs, le seul traitement rationnel est l'extirpation totale de la poche toutes les fois qu'elle est possible.

L'extirpation complète des kystes médians et fistules est assez aléatoire, en raison des diverticules plus ou moins irréguliers que présente le revêtement épithélial. En fait, même quand on croit avoir bien ruginé l'os hyoïde, à la face postérieure duquel la paroi adhère, les récidives sont fréquentes. Tous les chirurgiens les signalent; aussi ai-je coutume de réséquer franchement tout le corps de l'os hyoïde.

Pour les kystes latéraux, l'extirpation totale est quelquefois rendue difficile

(4) On consultera sur ce sujet un chapitre du livre de Lannelongue et Ménard, p. 208.

(5) Dans certains cas, observés depuis qu'on est éclairé sur la pathogénie de ces kystes, on a en effet songé à examiner la base de la langue. Ainsi, Lichtwitz a vu la région glosso-épiglottique soulevée par une tumeur rosée, dont on renvoyait, par le palper bi-manuel, la fluctuation jusqu'à la poche préthyroïdienne; il existait un peu de gêne respiratoire et de raucité de la voix. La tumeur n'ayant pas été enlevée mais ayant guéri par injection irritante iodée, l'examen histologique n'a pas été pratiqué; d'autre part la tumeur n'était pas médiane, mais latérale droite. On doit donc rester dans le doute sur la nature exacte du kyste, qui n'est probablement pas thyro-hyoïdien (*Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 1896, p. 569).

par les adhérences vasculaires, et certains opérateurs ont dû réséquer la jugulaire interne entre deux ligatures. Mais, avec l'innocuité conférée aux plaies veineuses par la méthode antiseptique, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure. C'est seulement lorsque, le bistouri en main, on aura reconnu l'impossibilité de l'extirpation totale, qu'on se contentera, comme pis aller, de la résection partielle de la poche avec grattage et cautérisation de la partie restante, suturée à la peau⁽¹⁾. Par ce procédé de nécessité, la cure est beaucoup plus longue et la cicatrice est beaucoup plus difforme. Avec un peu d'adresse, en disséquant aux ciseaux courbes, je crois qu'on peut toujours l'éviter.

CHAPITRE III

VICES DE CONFORMATION PAR EXCÈS DE COALESCENCE

ATRÉSIE CONGÉNITALE DE L'ORIFICE BUCCAL

L'atrésie buccale⁽²⁾ est le résultat d'une coalescence exagérée des bourgeons maxillaires, en sorte que l'orifice buccal est rétréci ou nul. Dans le premier cas, l'atrésie est dite incomplète, dans le second elle est complète et s'appelle encore imperforation. L'imperforation diffère de l'astomie en ce que, derrière les lèvres, il y a un vestibule buccal et une cavité buccale.

L'atrésie incomplète, ou phimosis labial, est nettement établie par des observations de de Marque, d'Ammon; les faits de Buchner, de Conrad Lycosthènes sont plus douteux.

L'imperforation a été vue par Alix sur un fœtus monstrueux. Mais elle peut avoir un intérêt chirurgical réel, et Percy a opéré avec succès un enfant porteur de cette infirmité.

Dans certains cas, l'excès de coalescence en un point s'associe à un défaut de coalescence en un autre point. Tel ce fait de Borrichius où, la bouche normale étant oblitérée, un orifice buccal latéral résultait d'une fissure génienne. Cette malformation a été vue par Otto sur plusieurs animaux.

Quelquefois, et il y a à cet égard un fait d'Adam de Lebenwaldt, l'amnios adhère à l'orifice buccal et l'oblitére. C'est, en pathogénie tout au moins, différent de l'anomalie typique par excès de coalescence.

Le traitement ne diffère pas de celui de l'atrésie acquise. L'atrésie congénitale est généralement exempte d'adhérences vestibulaires et la simple suture cutanéomuqueuse en ourlet après incision de la membrane anormale donnera un bon résultat. Pour les détails opératoires, je renvoie à l'atrésie acquise.

⁽¹⁾ S.-C. KEETLY, *Ann. of surg.*, 1888, t. VIII, p. 586.

⁽²⁾ VERDUC, *Les opérations de la chirurgie*, Paris, 1694, t. I, p. 129. — GRESSY, Thèse de doct. de Paris, 1857, n° 154.

CHAPITRE IV

FIBRO-CHONDROMES BRANCHIAUX

Certains enfants portent depuis leur naissance de petits appendices insérés sur la peau de la région cervico-faciale. Ces petits appendices, signalés par Sue, Colson, Reissmann, Rynd, Morgan, Southam, Van Duyse, ont fait l'objet des études de Lannelongue, puis de Buttersack, de Poirier et de Retterer⁽¹⁾.

Ils constituent de petits prolongements conoïdes, longs au plus de 1 centimètre, à corps parfois un peu renflé, quelquefois portés par un pédicule légèrement rétréci. Sur eux, les téguments sont normaux. Leur consistance souvent est ferme et, à la palpation, on sent une petite tige centrale plus résistante.

Ces appendices congénitaux ont pour siège de prédilection la région préauriculaire, près du tragus, puis, avec une fréquence moindre, la région faciale inférieure, au-dessous d'une ligne allant du tragus à la commissure. Ils peuvent, mais le fait est rare, faire saillie sous la muqueuse de la lèvre inférieure. Souvent les appendices pré-auriculaires sont multiples, et alors volontiers disposés par paires sur une ligne verticale; ils peuvent être symétriques. On observe des appendices analogues sur les autres régions de la face, par exemple sur la ligne médiane du nez, mais le fait est rare.

Au cou, ils occupent presque toujours le siège de l'orifice externe des fistules congénitales, un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Nous avons vu d'ailleurs que des excroissances analogues s'élèvent parfois à l'orifice cutané de ces fistules. Ici encore la bilatéralité est fréquente.

Quand on excise ces appendices, on leur trouve la structure suivante: sous un épiderme et un derme normaux, existe une petite tige fibro-cartilagineuse entourée d'un mince périchondre et se continuant avec un pédicule fibreux. Il semble, pour les appendices pré-auriculaires, que ce pédicule se continue quelquefois avec le tragus; quelquefois il se dirigerait vers le maxillaire inférieur, mais sans s'y insérer d'une façon nette.

Cette tige fibro-cartilagineuse n'est d'ailleurs pas constante et, par exemple, elle ferait défaut dans les appendices de la région faciale supérieure, sur le territoire du bourgeon frontal en particulier.

L'interprétation pathogénique de ces petites productions n'est pas encore fixée, et peut-être y a-t-il plusieurs variétés. Lannelongue, Trélat, Magitot, se sont demandé si les appendices de la région faciale inférieure ne proviendraient pas d'un bourgeonnement vicieux du cartilage de Meckel. Mais cette explication, à laquelle Lannelongue a renoncé, ne s'applique qu'à cette région. Il est vrai que pour les appendices cervicaux, avec ou sans fistule, on peut invoquer une persistance anormale, avec excroissance, du squelette cartilagineux primitif des arcs branchiaux. Ce qui est certain, c'est que ces petites tumeurs

⁽¹⁾ LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 171. — REVERDIN et MAYOR, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, p. 458. — POIRIER et RETTERER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 558, et *Journal de l'anat.*, 1890, p. 49. — A. BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 385. — KOSTANECKI et MIELICKI, *Arch. de Virchow*, 1890, t. CXXI, p. 75 (bibliographie). — Consultez en outre la bibliographie de la *Macrostomie*, p. 22.