

Lorsque des tentatives répétées et prudentes ne conduisent pas au but, on peut se demander s'il n'est pas indiqué, pour le plus grand bien du malade, de se créer un accès vers le corps étranger en *séparant momentanément la portion cartilagineuse de la portion osseuse du conduit*. C'est ce qu'on pourrait réaliser par une incision semi circulaire en arrière de l'oreille, à l'exemple de TULPIUS, ou mieux par une incision pratiquée au-dessus du conduit (TROELTSCH), et au niveau de laquelle on détache la conque et le conduit de la portion écailleuse du temporal.

MALADIES DU COU

I. MALADIES CONGÉNITALES DU COU

Fistules congénitales.

§ 1^{er}. — Les fistules congénitales observées jusqu'ici siégeaient soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales. Les plus fréquentes sont celles qu'on a décrites sous le nom de **fistules branchiales** du cou (HEUSINGER); leur orifice extérieur est situé au niveau de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien et leur trajet suit tantôt le bord interne et tantôt le bord externe de ce muscle. Elles sont tapissées d'une muqueuse et vont dans la direction de la grande corne de l'os hyoïde, au niveau de laquelle elles se terminent en cul-de-sac ou s'ouvrent directement dans le pharynx. L'orifice externe est assez large pour admettre l'extrémité d'une fine sonde, on bien il laisse passer seulement un crin, tandis que le trajet fistuleux, tapissé d'une muqueuse, est en général un peu dilaté.

A part l'écoulement d'un liquide muqueux, ces fistules causent relativement peu de désagrément au malade. Lorsque la fistule communique avec le pharynx, l'introduction d'une sonde provoque souvent des accès de toux, et quelquefois même un enrouement passager. Par suite de l'oblitération de l'orifice externe, le mucus peut s'accumuler dans la fistule et donner lieu à une blennorrhée du conduit, ainsi que je l'ai observé dernièrement. Dans quelques cas on a trouvé dans le trajet fistuleux de petits fragments osseux, que HEUSINGER considère comme des os branchiaux appartenant au troisième ou au quatrième arc viscéral. Il paraît exister aussi des fistules borgnes internes. On a vu se développer, aussitôt après la naissance, des diverticules occupant la partie inférieure du pharynx, et il est très probable qu'ils reconnaissent aussi les causes qui vont être tout à l'heure l'objet de notre étude.

Outre ces fistules latérales, on observe quelquefois, mais rarement, des fistules médianes (fistules trachéales, fistules médianes, LUSCHKA).

Ici l'orifice externe, ainsi que le trajet de la fistule, se trouvent situés sur la ligne médiane. Tantôt la peau est unie au niveau de la fistule, tantôt elle forme un bourrelet médian. Lorsque la fistule est complète, elle paraît s'ouvrir habituellement dans la trachée. Dans un cas j'ai pu explorer une fistule dirigée de bas en haut sur une longueur de 10 centimètres sans réussir à trouver de communication avec les voies respiratoires. A côté de la fistule on sentait un petit corps dur, allongé, mobile sous la peau. Dans le cas de blennorrhée du canal rapporté plus haut, la fistule était située exactement sur la ligne médiane, depuis le troisième anneau cartilagineux de la trachée jusqu'au cartilage thyroïde; l'orifice interne paraissait situé au-dessus du larynx.

Ces fistules sont évidemment en relation avec les phénomènes du développement embryonnaire.

Les quatre arcs branchiaux ou viscéraux se réunissent entre eux et avec ceux du côté opposé pour constituer la face et le cou; ces arcs branchiaux limitent un nombre correspondant de fentes branchiales ou viscérales. Ces organes embryonnaires servent à former peu à peu le cou et les parties inférieures de la face. Le premier arc viscéral ne contribue nullement au développement du cou ni à la production de fistules persistantes, dernier vestige des fentes branchiales; quant au deuxième arc viscéral, il n'y prend qu'une faible part. Le troisième arc, par contre, sert à constituer le corps et la grande corne de l'os hyoïde, et au quatrième arc, limité en bas par la quatrième fente branchiale, se rattache la formation des parties molles de la face antérieure du cou. Habituellement l'évolution complète des fentes et arcs branchiaux a lieu dans le deuxième mois de la vie fœtale; mais si l'oblitération des fentes branchiales reste incomplète, il est évident qu'on verra se former, sur les parties latérales du cou, ces fistules tapissées de muqueuse que nous avons décrites plus haut. Quant aux fistules médianes s'ouvrant dans les voies respiratoires, il est très probable qu'elles reconnaissent comme cause la réunion incomplète sur la ligne médiane des deux arcs viscéraux inférieurs.

L'importance de ces fistules congénitales repose tout entière sur leur étiologie. Le fait scientifiquement démontré de la dépendance des fistules branchiales de processus tératologiques, nous fournit l'explication d'une série d'autres phénomènes pathologiques dans la région du cou. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les **diverticules congénitaux du pharynx** doivent être probablement considérés comme des fistules branchiales borgnes internes. D'autre part, nous sommes convaincu, d'après des recherches anatomiques récentes (voir plus loin §§ 41 et 42) qu'un certain nombre de tumeurs kystiques du cou doivent être considérées comme des vestiges de fentes branchiales ayant subi une dilatation pathologique pendant la vie fœtale, ou devenant plus tard, pendant la vie extra-utérine, le point de départ de kystes et d'épithéliomes. Cette manière de voir actuellement répandue nous explique d'une façon toute naturelle le développement, dans la gaine des vaisseaux

du cou, d'un carcinome ou d'un kyste tapissé d'une couche épithéliale.

§ 2. — Au point de vue pratique, au contraire, ces fistules ont peu d'importance. Elles causent trop peu de symptômes pour que le malade ait l'idée de se soumettre à un traitement. Ce dernier devrait naturellement consister à détruire la muqueuse du trajet fistuleux dans toute son étendue, car l'oblitération partielle de la fistule pourrait être le point de départ de symptômes désagréables, conséquence de la dilatation du trajet fistuleux et de la pression sur les organes voisins. On n'est jamais sûr d'amener l'oblitération complète à l'aide d'injections irritantes; d'autre part, lorsque la fistule est complète, il peut arriver que le liquide caustique pénètre dans le pharynx ou les voies respiratoires; enfin, si l'injection ne produit qu'une occlusion partielle, il en résultera une rétention du liquide sécrété avec toutes ses conséquences. Pour les fistules peu profondes le moyen le plus sûr consisterait dans l'incision du conduit suivie de l'exécision de la muqueuse. Dans les cas de suppuration il faudra inciser l'orifice externe de la fistule pour donner issue au liquide sécrété. La blennorrhée guérit alors spontanément, ou par l'injection de solutions astringentes.

Torticolis (Caput obstipum).

§ 3. — Divers processus pathologiques peuvent produire une rétraction des tissus de la partie antérieure du cou, rétraction qui a comme conséquence une déviation de la tête dans diverses directions. Une cicatrice de la face antérieure du cou intéressant soit la peau seule, soit les tissus profonds, peut entraîner une obliquité de la tête. Mais l'attitude caractéristique de la tête et de la face qui constitue le **torticolis**, reconnaît presque toujours comme cause une *contracture du muscle sterno-mastoïdien*¹.

Nous ne voulons pas nier la possibilité d'une déviation de la tête par le fait de la contracture ou rétraction d'autres muscles du cou (voir plus loin § 40), mais la forme typique de déviation que nous allons décrire est la conséquence d'un raccourcissement du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

La maladie en question peut être congénitale: l'enfant naît avec un torticolis. Dans d'autres cas, on ne constate, immédiatement après la naissance, aucune anomalie dans l'attitude de la tête; mais, au bout d'un certain temps, on voit le torticolis se développer à la suite de certains processus pathologiques ayant leur point de départ dans l'accouchement.

1. Le mot contracture est pris ici naturellement dans son acception la plus large, et comprend à la fois la contracture proprement dite, c'est-à-dire le raccourcissement permanent des fibres musculaires sans lésion histologique notable, et la rétraction qui est l'état d'un muscle constamment raccourci et altéré dans sa structure. L'anesthésiation par l'éther ou le chloroforme fait cesser la contracture, mais laisse subsister la rétraction. (Note du traducteur).