

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*<sup>1</sup>.

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).



Dans les cas où l'enfant naît avec un torticolis, quelle est la cause qui, dans l'utérus, a pu produire le raccourcissement de l'un des deux sterno-mastoïdiens ? Je me garderai bien de hasarder une hypothèse dans l'idée de résoudre cette question, alors même que la statistique nous apprend que le torticolis est plus fréquent du côté droit. Ce qui me paraît le plus vraisemblable, c'est que le raccourcissement du muscle est dû à une obliquité habituelle de la tête dans le cours de la vie intra-utérine. Par contre, nous devons à STROMEYER l'explication de la forme de contracture du sterno-mastoïdien survenant au moment de l'accouchement. Voici ce qu'on observe dans ces cas : immédiatement après la naissance on ne constate aucune obliquité de la tête, mais on sent une tuméfaction totale ou partielle du sterno-mastoïdien. Dans certains cas même on observe une infiltration sanguine s'étendant jusque dans la peau. Au bout de quinze jours environ le muscle tuméfié devient dur et se raccourcit. Il s'agit là d'un **traumatisme**, d'une **rupture du muscle**. STROMEYER a le premier appelé l'attention sur la fréquence du torticolis dans les accouchements par le siège. Les tractions faites par l'intermédiaire du tronc sur la tête arrêtée dans le petit bassin, produisent une distension et une rupture du sterno-mastoïdien <sup>1</sup>.

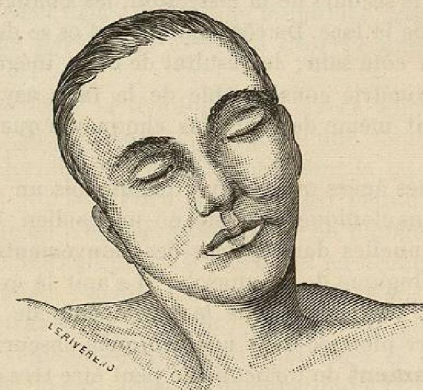
La doctrine que nous venons d'exposer concernant l'étiologie du torticolis, a été combattue dernièrement par PETERSEN (Kiel), dans une revue critique des travaux publiés sur cette question. Il arrive à la conclusion que l'on n'a pas encore pu fournir la preuve directe que le torticolis soit la conséquence d'une déchirure du sterno-mastoïdien dans le cours de l'accouchement, que le raccourcissement ultérieur d'un muscle normal déchiré est peu vraisemblable, et qu'enfin le torticolis persistant à la suite d'un hématome du sterno-mastoïdien s'explique tout naturellement comme l'effet d'une cause entièrement différente. Aussi est-il d'avis de rayer de l'étiologie du torticolis la rupture du sterno-mastoïdien. Si j'ai cru devoir faire connaître cette opinion de PETERSEN, c'est qu'elle me paraît très vraisemblable.

§ 4. — Les phénomènes qui produisent une obliquité persistante de la tête par contracture ou rétraction du muscle sterno-mastoïdien, doivent être divisés en deux groupes. Les phénomènes primitifs consistent dans la déviation de la tête en relation avec la fonction physiologique du muscle. Le sterno-mastoïdien produit une rotation et une inclinaison de la face, et le centre de ces mouvements se trouve dans les articula-

1. POULET et BOUSQUET, dans leur *Traité de pathologie externe*, distinguent : 1<sup>o</sup> le torticolis cutané dû à des cicatrices de la région latérale du cou ; 2<sup>o</sup> le torticolis musculaire, le plus fréquent ; 3<sup>o</sup> le torticolis osseux et articulaire. Le torticolis musculaire est dû le plus souvent à un état pathologique du sterno-mastoïdien ; mais il peut également provenir du peaucier, du splénius, de l'angulaire de l'omoplate, du trapèze, etc. Enfin, la faiblesse relative ou la paralysie d'un des deux muscles symétriques peut déterminer le torticolis en permettant à l'autre muscle de se rétracter (torticolis paralytique). (Note du traducteur)

tions des premières vertèbres. Le muscle du côté droit fait tourner la tête avec l'atlas sur la surface articulaire de l'axis, de façon que la face regarde du côté gauche, et en même temps il produit une inclinaison de la tête à droite. Le muscle du côté gauche produit les mêmes mouvements, mais dans une direction opposée.

Lorsque la tête se trouve ainsi fixée dans une position extrême par le fait de la contracture de l'un des deux sterno-mastoïdiens, les mouvements de rotation et d'inclinaison latérale sont tellement restreints qu'ils ne sont plus, suivant l'expression de HENKE, qu'une véritable caricature des mouvements normaux. Cette fixation de la tête nous explique tous les autres phénomènes observés, le raccourcissement du cou du côté



\* Fig. 97. — Torticolis par contracture ou rétraction du sterno-déido-mastoïdien droit (DUBRUEIL, éléments d'orthopédie).

du muscle rétracté, et son allongement du côté opposé. Lorsqu'on cherche à ramener la tête dans sa position normale, on n'y parvient pas, et l'on sent aussitôt la tension du muscle raccourci, dont la portion sternale surtout se dessine sous la peau comme une corde inextensible ; la portion claviculaire présente rarement une rétraction aussi considérable.

D'après les lois de la statique on comprend que les phénomènes secondaires, tendant à rétablir l'équilibre rompu, ne manqueront pas d'apparaître au bout d'un certain temps. En première ligne nous devons citer la **scoliose compensatrice**, qui ne tarde pas à se montrer. La colonne cervicale présente alors une convexité tournée du côté opposé au muscle raccourci, tandis que la colonne dorsale est le siège d'une incurvation en sens contraire ; souvent on observe, en outre, une scoliose lombaire dans le même sens que la courbure cervicale.

Il est très vraisemblable, surtout si la contracture remonte à la pre-