

étendue du conduit pharyngo-œsophagien. Le pharynx et l'œsophage se terminent par des culs-de-sac qui se rapprochent ou s'éloignent plus ou moins l'un de l'autre. La séparation des culs-de-sac peut n'être constituée que par une simple membrane qui aurait au point de vue embryologique la signification de la membrane de Rathke, ou bien elle peut être encore représentée par un cordon fibreux ou musculeux. Le cul-de-sac de l'œsophage se trouve ordinairement au voisinage de la bifurcation de la trachée, au niveau de laquelle il se termine soit en cæcum, soit par une ouverture qui conduit dans la trachée elle-même ou dans une des bronches. On conçoit aisément dans ces cas que le cathétérisme soit impossible et que la vie du fœtus ne dépasse pas une durée de trois à huit jours.

Varnier, qui avait émis l'idée de pratiquer la *gastrostomie* dans ces cas, a constaté expérimentalement que cette opération était impossible chez l'enfant de cet âge tant à cause de la petitesse de l'estomac que du volume énorme du foie.

Toutes ces difformités qui sont incompatibles avec la vie n'intéressent guère le chirurgien. Les dilatations et le rétrécissement au contraire appellent plus particulièrement son attention.

1° Dilatations.

L'augmentation de calibre du conduit pharyngien peut être totale, c'est-à-dire porter sur toute sa circonférence, ou partielle, c'est-à-dire porter sur un point seulement de sa paroi : de là la division des dilatations en : 1° dilatations *totales* ou *fusiformes*; 2° dilatations *partielles* ou *diverticules*.

La dilatation fusiforme atteint quelquefois des dimensions énormes, elle s'observe surtout lorsqu'au-dessous de celle-ci il existe un rétrécissement. Les tuniques sont tantôt épaissies, tantôt amincies; la muqueuse est généralement altérée.

Les dilatations partielles ou diverticules sont rares au pharynx; elles s'observent plutôt du côté de l'œsophage sur ses parois postérieures et latérales, au niveau de la bifurcation de la trachée. La forme de la poche est très variable et son orifice est large ou étroit. La paroi de ces diverticules est formée en allant de dedans en dehors par une muqueuse altérée, et un tissu conjonctif épaissi et tassé. C'est une véritable hernie de la muqueuse à travers les fibres musculaires.

Aucun signe ne révèle très souvent, pendant la vie, l'existence des dilatations pharyngiennes. C'est tout au plus si dans quelques cas on observe des troubles de la déglutition constitués surtout par du mérycisme ou rumination et des mouvements anormaux pendant l'accomplissement de cette fonction. L'accumulation des aliments dans la poche lui donne l'aspect et la consistance d'une tumeur molle, pâteuse,

susceptible de se vider par la pression, manœuvre que le malade exécute lui-même spontanément. L'altération des aliments peut aussi communiquer à l'haleine une odeur fétide et désagréable.

Il est évident que les difficultés du diagnostic sont grandes et que la dilatation pourra être facilement confondue avec le rétrécissement. On s'aidera du cathétérisme et de l'œsophagoscope.

Le cathétérisme donnera des renseignements différents dans l'un et l'autre cas. Dans le rétrécissement l'obstacle sera toujours le même, et si une sonde entre difficilement, elle n'arrivera à mieux pénétrer qu'au fur et à mesure des progrès de la dilatation, tandis que dans les diverticules le passage de la sonde œsophagienne subit des vicissitudes tout opposées : tantôt elle passera librement sans rencontrer d'obstacle, tantôt, au contraire, si elle s'engage dans la poche diverticulaire, elle se trouvera arrêtée. Hamburger prétend avoir entendu à l'auscultation et pendant la déglutition du malade un véritable glou-glou, suivi d'un sifflement aigu : ce serait pour lui un signe caractéristique.

Le malade, quoique très rarement, peut mourir d'inanition ou par perforation de la poche.

La pathogénie des dilatations pharyngiennes est des plus obscures; elles sont cependant considérées comme congénitales et attribuées à un trouble de développement; toutefois on aurait vu dans quelques cas le traumatisme intervenir comme cause de la dilatation.

Traitement. — Le traitement sera purement palliatif et l'on se contentera de faciliter l'évacuation de la poche, ainsi que l'alimentation du malade. Quant à l'excision de la poche préconisée par Kluger, elle n'a été faite encore par personne.

Les rétrécissements siégeant plus particulièrement du côté de l'œsophage, c'est avec les lésions de ce dernier conduit qu'ils seront étudiés. Nous signalerons cependant quelques rétrécissements rares siégeant au niveau de la partie inférieure du pharynx. Ces rétrécissements, qui sont la conséquence éloignée de l'ingestion de liquides trop chauds, caustiques, ou même encore d'ulcérations pharyngées syphilitiques ou tuberculeuses cicatrisées, donnent lieu aux mêmes signes que les autres rétrécissements. Le cathétérisme fera préciser leur siège.

2° Fistules congénitales du cou.

On observe quelquefois sur les parties latérales et antérieures du cou des orifices fistuleux communiquant avec des trajets plus ou moins longs et contournés. Ces trajets qui viennent se perdre dans l'épaisseur des tissus, ou communiquer avec la cavité pharyngienne, sont le plus ordinairement d'origine congénitale, et c'est pour cela qu'Ascherson leur a donné le nom de *fistules congénitales*, dénomination qui ne préjuge rien sur leur formation. Dzondi, qui le premier et quelques années

avant Ascherson les avait observées, les dénommait improprement *fistules trachéales*. Plus tard Heusinger leur a donné le nom de *fistules branchiales*, indiquant par là l'origine qu'il leur attribuait.

Les fistules pharyngiennes dont la fréquence relative semble très grande en Allemagne, peut-être parce qu'elles y ont été mieux observées, sont divisées par les auteurs en trois groupes : 1° les fistules complètes; 2° les fistules borgnes externes; 3° les fistules borgnes internes.

L'orifice externe des fistules branchiales se rencontre à des hauteurs diverses dans le cou et plus ou moins près de la ligne médiane. Leur siège est variable entre la fourchette du sternum et la partie moyenne du cartilage thyroïde; mais le plus ordinairement c'est immédiatement au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire qu'on l'observe tantôt en dedans, tantôt en dehors du chef sternal du sterno-cleido-mastôïdien (1). La forme de cet orifice est représentée soit par un petit tubercule au centre duquel se trouve l'entrée du trajet, soit par deux petits replis cutanés formant valvule et situés à fleur de peau, soit encore par une légère dépression au fond de laquelle on ne peut introduire qu'un stylet très fin, ou au contraire le bout du petit doigt.

Le trajet de la fistule, ordinairement rétréci dans le point qui fait suite à l'orifice externe, monte plus ou moins obliquement vers la grande corne de l'os hyoïde et se termine par un cul-de-sac plus ou moins large lorsque la fistule est borgne externe, par une ouverture située au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde tantôt en avant, tantôt en arrière du muscle pharyngo-staphylin, lorsque la fistule est complète.

Les fistules branchiales s'accompagnent quelquefois de vices de conformation de l'oreille externe et de dureté de l'ouïe.

Les renseignements et l'examen extérieur des fistules branchiales suffiront pour faire reconnaître leur nature; mais le cathétérisme, les injections de substances sapides ou colorées dans le trajet et le pharyngoscope compléteront les notions qu'il sera nécessaire d'acquérir.

Le cathétérisme, très difficile à pratiquer à cause de l'étroitesse et des sinuosités du canal, pourra faire reconnaître une fistule borgne externe. L'injection de substances sapides ou colorées, pénétrant dans la cavité pharyngienne, indiquera l'existence d'une fistule complète, et le pharyngoscope pourra servir à préciser le siège de l'orifice interne. Un fait à signaler c'est la production d'une toux courte et sèche dès qu'un corps étranger, stylet ou autre, est en contact avec la muqueuse qui tapisse le trajet de la fistule. Cette sensibilité spéciale avait fait supposer et croire aux premiers observateurs qu'il existait une communication avec la trachée, de là les fistules trachéales congénitales, dont l'existence est à peu près universellement contestée aujourd'hui.

(1) Quand la fistule est bilatérale, ce qui arrive quelquefois, les deux orifices sont situés à la même hauteur.

Les fistules branchiales donnent issue, pendant le repas surtout, à un liquide analogue au mucus buccal mélangé de salive; voilà pourquoi à première vue elles pouvaient être confondues avec les fistules salivaires. Mais les commémoratifs et le siège de la fistule éloigneront le chirurgien de cette idée. Quant aux fistules trachéales congénitales, nous avons vu déjà combien leur existence était problématique et, d'après les quelques observations douteuses de ce genre de fistules, elles seraient toujours situées sur la ligne médiane et viendraient s'ouvrir manifestement dans le conduit laryngo-trachéal.

Le pronostic des fistules congénitales est sans gravité, cependant on a vu sur cinquante sujets qui en étaient atteints, dix d'entre eux présenter des lésions pulmonaires graves telles qu'asthme, emphysème, catarrhe et tubercules. Mayr aurait vu, dans un cas de fistule borgne interne, la dysphagie provoquer des accidents dangereux à la suite de la réplétion du trajet par les aliments.

Traitement. — Le traitement des fistules congénitales se borne à très peu de chose. Ce ne sera que dans le cas de fistules borgnes externes de peu d'étendue que l'on pourrait essayer de la cautérisation ou de l'excision. On pourrait aussi dans ces derniers cas utiliser le procédé de Pozzi pour la dissection et l'extirpation des trajets fistuleux.

Nous n'avons fait que mentionner et à dessein les fistules branchiales borgnes internes; de nouvelles recherches nous semblent en effet nécessaires pour éclairer leur histoire, et beaucoup d'auteurs ne voient d'ailleurs en elles que des états pathologiques analogues à ceux que nous avons décrits sous la rubrique *dilatation*. Ces prétendues fistules ne seraient autre chose que des hernies de la muqueuse à travers la tunique musculaire.

3° Kystes congénitaux du cou.

Ce n'est guère que dans la première moitié de ce siècle et vers la fin de cette première moitié que l'étude des kystes congénitaux a été faite d'une façon à peu près complète.

Les kystes congénitaux sont divisés en deux grandes catégories : 1° les kystes séreux; 2° les kystes dermoïdes. Nous allons voir quelles différences séparent ces deux ordres de kystes.

A. *Kystes séreux.* — Les kystes séreux sont eux-mêmes simples ou composés.

a. Les kystes séreux simples sont ordinairement uniloculaires ou incomplètement cloisonnés, leur volume est très variable; ils sont souvent placés à gauche, entre le peaucier et l'aponévrose superficielle.

Leur paroi est constituée par une membrane connective supportant un revêtement épithélial et contenant un liquide tantôt clair, tantôt

jaunâtre, de saveur salée. Ce liquide contient une petite quantité d'albumine et quelquefois un peu de sang.

b. Les kystes composés sont constitués par une agglomération de kystes dont la grosseur varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Ces kystes s'observent sur tous les points du cou, ils sont sous-cutanés ou profonds, à tel point qu'ils s'enfoncent quelquefois derrière l'œsophage et le pharynx et remontent jusqu'à l'apophyse basilaire. Leur volume ainsi que leur nombre sont éminemment variables. Leur paroi est formée d'une matière d'apparence sarcomateuse et cérébriforme supportant des cellules épithéliales sur sa face intrakystique. Cette paroi, qui peut subir diverses transformations, cartilagineuse, osseuse, ou calcaire, peut aussi subir la dégénérescence colloïde ou sarcomateuse. Le liquide inclus dans ces kystes est tantôt clair, tantôt brun chocolat, en passant par toutes les teintes intermédiaires, il contient quelquefois des proportions notables de sang. Tout autour de la tumeur les muscles ont subi une certaine atrophie. Le volume de ces kystes peut atteindre des dimensions énormes. L'on en voit remonter en haut jusqu'à la mâchoire inférieure, en arrière jusqu'à la ligne courbe occipitale inférieure et descendre en bas jusqu'à la clavicule. Ils peuvent même dépasser cet os et descendre au-devant du sternum et jusqu'au mamelon lui-même. C'est ainsi que se comportent les kystes latéraux; mais les kystes antérieurs se portent plutôt en haut dans la région sus-hyoïdienne, où ils viennent faire saillie du côté du plancher de la bouche, refoulant la langue elle-même tout comme les grenouillettes. Les kystes composés s'observent souvent chez les enfants nés avant terme, et s'accompagnent quelquefois d'autres vices de conformation tels que bec-de-lièvre, etc. Ils n'exercent pas ordinairement une mauvaise influence sur la vie de l'individu, mais il est bon cependant de savoir que par leur insinuation et leur développement vers les parties profondes du cou ils peuvent déterminer des symptômes de compression et d'asphyxie lente.

B. Les *kystes dermoïdes* sont constitués par des tumeurs molles, fluctuantes et absolument indolentes. Ces tumeurs peuvent rester indéfiniment stationnaires, à moins qu'un traumatisme ne vienne provoquer leur inflammation. Dans ces cas l'ouverture se fait spontanément, mais le kyste se reforme.

Nous signalerons en terminant une variété de kystes appelés kystes canaliculés à cause de leur disposition anatomique. Ils se composent en effet d'une poche principale analogue aux précédentes, poche dont part un prolongement canaliculé qui pénètre plus ou moins profondément dans les parties molles du cou.

Le diagnostic des différents kystes congénitaux du cou est quelquefois difficile. Cependant on éliminera facilement toutes les tumeurs solides qui ne sont pas fluctuantes. Les kystes du corps thyroïde, les

grenouillettes, les kystes glandulaires développés aux dépens des glandes salivaires, peuvent prêter à confusion; toutefois le siège, le point d'origine, les connexions de ces tumeurs et enfin la ponction exploratrice, lèveront les doutes. Bien que les tumeurs kystiques du cou, surtout lorsqu'elles sont volumineuses, donnent naissance à des bruits de souffle du côté des vaisseaux, il faut remarquer néanmoins qu'elles n'ont point, comme les anévrysmes, des battements ni des mouvements d'expansion. Différents traitements ont été préconisés pour les kystes séreux: les applications de collodion, l'iode en badigeonnage à la surface et en injection à l'intérieur du kyste, le séton, le drainage, les ponctions multiples avec aiguille capillaire et aspiration.

B. *Kystes dermoïdes*. — Les kystes dermoïdes, encore appelés kystes hétérotopiques ou branchiaux, ont leur lieu d'élection dans la région sterno-mastoïdienne. Ces kystes sont remarquables par la structure de leur paroi, dans laquelle on retrouve tous les éléments de la peau, et par leur contenu, dans lequel on rencontre quelques productions d'origine épidermique: poils et dents. Toujours uniloculaires, ils contiennent une substance athéromateuse, mélicérique, du sein de laquelle on retire quelquefois des cartilages, des os et plus souvent des poils et des dents. La paroi est constituée par un tissu fibrillaire très fin et disposé en couches concentriques qui supporte un épithélium pavimenteux stratifié. Dans quelques kystes on trouve même des glandes sébacées et sudoripares.

La plupart des symptômes offerts par les kystes congénitaux du cou sont objectifs.

En effet, les kystes simples sont constitués par une tumeur fluctuante, située sur les parties latérales du cou. Cette tumeur au-dessous de laquelle la peau glisse très facilement est plus ou moins volumineuse et ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé.

Les kystes composés sont fluctuants, comme les précédents, mais ils sont bosselés et offrent des inégalités de consistance, ce signe très caractéristique est en rapport avec leur volume.

L'incision antiseptique, l'ablation comptent des succès. On réservera l'ablation pour les kystes qui deviennent dangereux par la compression qu'ils exercent. Encore faut-il savoir que cette opération est entourée de difficultés à cause du voisinage de gros vaisseaux.

Quant aux kystes dermoïdes, il est facile de comprendre qu'il ne faut rien faire du tout, ou bien pratiquer une ablation complète.

En général il ne faut pas se hâter d'intervenir chez les enfants, à moins d'y être forcé par les accidents de compression.

Pathogénie des kystes congénitaux du cou. — Nous ne ferons que mentionner les opinions qui attribuent l'influence prépondérante à l'hérédité, car elle n'explique absolument rien.

Quant à celles qui font des kystes congénitaux une affection patholo-

gique d'une bourse séreuse, d'un ganglion, ou même de la glande inter-carotidienne de Luschka, elles-mêmes ne méritent pas plus de créance. Il n'est nullement prouvé non plus qu'un groupe de vaisseaux dont les communications se sont oblitérées puisse, en se dilatant, produire des kystes semblables à ceux que nous venons d'étudier.

Nous ne parlerons pas de la théorie de la génération spontanée, invoquée pour expliquer la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire, non plus que de la théorie de l'inclusion fœtale. Nous insisterons plus particulièrement sur une théorie qui a eu une fortune plus grande que les précédentes, et qui a subi des vicissitudes et des modifications diverses pour arriver jusqu'à nous avec l'autorité qu'on lui accorde de nos jours. Rubini avait supposé qu'une portion d'un embryon pourrait bien se déplacer, se transporter dans un autre point du corps de ce même embryon et s'y greffer : c'est de cette théorie que Lebert fit son hétérotopie plastique, mais sans expliquer si la production nouvelle était la conséquence du transport en ce point d'une partie embryonnaire éloignée, ou si elle prenait naissance à l'endroit même où on la trouvait. Cependant, comme pour la face et le cou, il existe des conditions d'anatomie embryonnaire qui rendent plus facile à comprendre le processus de formation des kystes de cette région. Roser, et après lui Heusinger, Virchow, Verneuil et Broca, ont bien vu par quels liens se trouve rattachée la formation de ces kystes à l'évolution des fentes branchiales. Roser et Heusinger considéraient tous les kystes du cou comme produits par la rétention des sécrétions d'une partie des fentes pharyngiennes non oblitérées. Verneuil croyait à une anomalie dans la réunion des téguments branchiaux avec invagination des éléments de la peau.

Quant à Virchow, il pensait qu'il s'agissait d'une altération morbide des bords de la fente branchiale. C'est en quelque sorte l'opinion qui a été reprise par Cusset. Cet auteur parle en effet d'une résorption épithéliale, précédant et préparant la soudure des arcs branchiaux, de telle sorte que si la résorption est incomplète, « l'oblitération sera vicieuse, puisqu'il y aura du tissu épithélial enclavé, lequel tissu pourra devenir le point de départ des kystes cutanés ou muqueux, superficiels ou profonds suivant la nature du feuillet interposé. » Le même auteur étudiant le mode d'oblitération des fentes branchiales prétend que c'est sur les côtés du cou que la soudure s'effectue le plus tardivement suivant une ligne qui partirait de la petite corne de l'os hyoïde pour aller aboutir à l'articulation sterno-claviculaire : de là la plus grande fréquence des fistules branchiales sur les parties latérales du cou. Malheureusement il faut dire que toutes ces considérations, qui paraissent très concluantes, sont contredites par les observations rigoureuses de His. Voir *Thèse de Quénut* (agrégation d'anatomie, 1886).

Des recherches récentes qui attribuent au corps thyroïde et au thy-

mus une origine branchiale pourraient permettre aussi de considérer les vices de développement de ces organes comme la cause des kystes congénitaux et des fistules.

17° MALADIES CHIRURGICALES DU CORPS THYROÏDE.

A. — Lésions traumatiques.

Les plaies du corps thyroïde sont peu fréquentes en raison de la situation profonde qu'il occupe et du refoulement que lui fait subir la pression des divers muscles en rapport avec lui.

Plaies par instruments piquants, tranchants, peuvent toutes se présenter avec leurs variétés et leur importance diverses ; mais des rapports de la glande que nous décrirons plus loin, il résulte que les plaies larges, à cause des désordres qu'elles produisent du côté des organes vasculaires, nerveux, respiratoires, offrent quelquefois une gravité exceptionnelle. L'hémorrhagie est surtout à craindre dans un organe comme celui-ci, où les artères et les veines acquièrent un développement si considérable.

En elles-mêmes, les plaies de la thyroïde, quand elles n'atteignent pas des parties majeures, quand, en un mot, elles ne sont pas compliquées, ont peu de gravité. Elles se cicatrisent bien, et il n'en résulte plus tard aucun trouble fonctionnel sérieux. De plein droit elles rentrent dans le chapitre général des plaies du cou (voir plus loin).

Autrement graves seraient les plaies qui atteindraient un corps thyroïde malade, déjà goitreux. Soit par hémorrhagie, soit par inflammation d'un tissu creusé de cavités kystiques prêtes à donner à la suppuration un vaste terrain, elles seraient rapidement compliquées. Mais développer ici cette partie de la question serait nous répéter, puisque plus bas, à propos du traitement des tumeurs, il nous faudra insister sur les accidents qui surviennent à la suite des plaies chirurgicales.

B. — Lésions nutritives.

Thyroidite. — L'inflammation du corps thyroïde expose aux mêmes accidents que les tumeurs de cet organe avec cette différence qu'ils peuvent être plus rapides et surprendre par leur intensité (v. plus loin).

Par elles-mêmes, les tumeurs sont une prédisposition à l'état inflammatoire, soit qu'elles développent autour d'elles de la congestion, de l'irritation qui ira jusqu'à l'état phlegmoneux, soit qu'elles rendent nécessaires des opérations partielles qui quelquefois déterminent un phlegmon localisé ou diffus. Le sexe féminin serait, dit-on, plus prédisposé à la thyroidite pendant la grossesse. Les travaux pénibles, les efforts réitérés et toutes les circonstances qui gênent la circulation de