

Le blessé présente en général l'attitude d'un sujet qui a subi un grand traumatisme : il est couché immobile sur le dos et dans une sorte de résolution. Il est atteint de dyspnée plus ou moins intense ; il est aphone. La région laryngée est tuméfiée, ecchymosée, et offre des traces de contusion. Au toucher on constate de l'emphysème du cou et, si l'on saisit le larynx entre le pouce et l'index, on perçoit de la crépitation. Le diagnostic est donc facile.

Surveillez attentivement votre blessé, car il est probable que la dyspnée augmentera et la trachéotomie deviendra indispensable : tenez donc tout prêts les instruments nécessaires. Si même vous n'étiez pas certain d'être présent et de pouvoir lui prêter secours au moment opportun, il serait préférable de pratiquer la trachéotomie préventive, dans la crainte d'arriver trop tard. C'est à cela que se borne le traitement de la fracture du larynx, qui par elle-même n'est pas grave. S'il n'existe pas d'autre traumatisme, les blessés guérissent en général rapidement et peuvent même recouvrer la voix, ce qui fut le cas de mon malade.

2° INFLAMMATIONS DU COU.

Les affections inflammatoires du cou portent sur les parties molles ou sur le squelette. Sur les parties molles, ce sont : le phlegmon et les abcès ; sur le squelette : l'arthrite cervicale et spécialement l'arthrite occipito-cervicale appelée encore *mal sous-occipital*.

On y trouve encore les affections propres à toutes les régions, des furoncles, des anthrax, qui ne présentent en général rien de spécial. Il convient cependant de faire une exception pour l'anthrax de la nuque que le praticien rencontre fréquemment et sur lequel je dois m'arrêter un instant.

L'*anthrax de la nuque* emprunte une gravité particulière à son voisinage avec la cavité crânienne. Des veines émissaires font communiquer à ce niveau les deux circulations veineuses extra et intra-crâniennes, d'où la production possible de phlébite susceptible de se propager aux sinus de la dure-mère, de produire une thrombose et la mort. Réservez donc toujours le pronostic en présence d'un anthrax de la nuque. Lorsque le sujet est en même temps diabétique, ce dont il faut toujours s'assurer immédiatement, le pronostic en est encore aggravé.

L'anthrax de la nuque présente deux formes cliniques : la forme circonscrite et la forme diffuse. Je donne ce dernier nom à l'anthrax qui suit une marche envahissante. Il s'étend souvent alors de la ligne courbe occipitale supérieure à la septième vertèbre dans le sens vertical et d'une oreille à l'autre dans le sens transversal. L'anthrax circonscrit est celui qui, siégeant en général sur la ligne médiane, ne s'étend pas sur les côtés et conserve le volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. On a pu croire et j'ai cru moi-même jadis qu'en intervenant activement au début du mal, en pratiquant de larges et profondes incisions, on arrêtait la marche de la maladie, mais c'est une erreur : l'anthrax, s'il appartient à la variété diffuse, n'en continue pas moins son développement jusqu'à ce qu'il ait atteint les limites que je viens d'indiquer et qu'il ne franchit pas. Notre thérapeutique n'exerce aucune influence sur la marche de l'affection qui se limite d'elle-même. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Il semble qu'une certaine portion de territoire ait été occupée par une invasion de microbes, comme lorsqu'une artère, par exemple, a été oblitérée et que la gangrène poursuit fatalement son chemin jusqu'à une limite que l'on pourrait fixer à l'avance.

Il en résulte que les incisions précoces, abortives, du début, n'ont qu'un seul résultat, diminuer la douleur quand elle est excessive, et encore ce but n'est-il atteint que lorsqu'il s'agit d'un anthrax de la variété circonscrite. Voici en effet ce qui se passe : l'anthrax, je suppose, est médian et mesure 4 à 5 centimètres carrés ; vous pratiquez une incision cruciale en ayant bien soin de dépasser en tous sens les limites du mal, mais dès le lendemain la rougeur et le gonflement débordent les incisions, d'un côté d'abord, puis de l'autre côté. Nouvelles incisions aussi peu efficaces que les premières, et le malade, qui avait espéré un grand soulagement, éprouve un énervement facile à comprendre à la suite de ces opérations successives.

J'en conclus que dans l'anthrax diffus de la nuque les grandes incisions préventives ne sont pas utiles, sont même nuisibles tant que l'affection n'est pas limitée. A ce moment, il est nécessaire de débrider largement pour faciliter la sortie du pus et des produits sphacélés, et de faire des lavages antiseptiques.

L'anthrax circonscrit m'a paru en général peu douloureux, et l'élimination se fait souvent assez bien d'elle-même pour qu'il n'y ait pas lieu de recourir aux incisions à aucune période de son évolution.

Abcès du cou.

Les abcès du cou empruntent aux dispositions anatomiques de la région des caractères propres qui obligent à en faire une étude spéciale.

Tantôt ils succèdent à un phlegmon : ce sont les *abcès chauds* ; d'autres fois ils se développent sans aucune réaction locale ou générale : ce sont les *abcès froids*, distinction qui s'impose, d'autant qu'il n'est aucune partie du corps où on les observe plus fréquemment les uns et les autres.

Après avoir établi la nature de l'abcès, il en faut déterminer le siège (je ne m'occupe que des abcès de la région antéro-latérale du cou, ceux de la région postérieure n'offrant rien de particulier à noter). Nous devons suivre à cet égard les divisions anatomiques : l'abcès occupe-t-il la région sus-hyoïdienne ou la région sous-hyoïdienne ? Dans le premier cas, est-il situé sur le côté ou sur la ligne médiane ? Siège-t-il dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien ? Est-il développé sur la ligne médiane au voisinage du larynx ou dans l'espace thyro-hyoïdien ? Ce sont autant de questions qu'il importe de résoudre pour bien comprendre l'évolution de l'abcès, sa marche et le traitement qu'il faut employer.

Quant à l'abcès froid, indépendamment de son siège, qui est également sus et sous-hyoïdien, il convient d'en établir le point de départ : est-il d'origine ganglionnaire ? résulte-t-il d'une altération des cartilages du larynx ? d'une lésion du squelette ?

Je crois devoir résumer ces données dans le tableau synoptique suivant :

Abcès de la région antéro- latérale du cou..	Chaud.	De la région sus-hyoïdienne..	{ latéral. médian.
		De la région sous-hyoïdienne.	{ sus-aponévrotique. sous-aponévrotique. rétro-pharyngien. de la gaine du sterno-mastoïdien. pré-laryngien. de l'espace thyro-hyoïdien. d'origine ganglionnaire. d'origine laryngienne. d'origine osseuse.
	Froid.....		

Passons successivement en revue les caractères cliniques que présente chacun de ces abcès.

A. Abcès chauds de la région sus-hyoïdienne. — Cet abcès est très commun. Tantôt il occupe l'angle de la mâchoire inférieure, il est *latéral* ; tantôt il apparaît au-dessous du menton, il est *médian*. Le premier est beaucoup plus fréquent que le second et présente aussi à tous égards un plus grand intérêt.

L'*abcès sus-hyoïdien latéral* reconnaît presque toujours, sinon toujours, pour origine l'inflammation d'un ganglion lymphatique ; c'est au début une *adénite cervicale*. L'atmosphère celluleuse péri-ganglionnaire ne tarde pas à être envahie et il en résulte la production d'un *adéno-phlegmon*.

Le point de départ ordinaire est une dent malade ; d'autres fois c'est une écorchure, une plaie partant du territoire lymphatique de ces ganglions ; mais ces abcès peuvent aussi succéder à une maladie générale, à une fièvre éruptive, en particulier à la scarlatine, et prennent alors une gravité particulière.

L'inflammation se limite parfois au ganglion et peut se terminer par résolution, mais le tissu cellulaire est ordinairement envahi et il survient un abcès.

Vous observez donc au niveau de l'angle de la mâchoire une tuméfaction considérable recouvrant la glande sous-maxillaire, comblant d'abord la dépression normale de la région sus-hyoïdienne et finissant par se porter au dehors. La peau est tendue, rouge, luisante et chaude. Très dure au début, la tumeur se ramollit après cinq ou six jours, devient pâteuse ; on y trouve de l'œdème, ce qui vous indique qu'un foyer ne tardera pas à se former. En effet, dans les jours suivants, du huitième au dixième jour en général, la peau est de nouveau fortement tendue et dans un point vous sentez nettement la fluctuation.

Pendant ce temps, le malade est en proie à des douleurs violentes, il ne peut écarter les mâchoires et la température s'élève. Un léger calme survient lorsque l'abcès est formé.

Le diagnostic de phlegmon et d'abcès chaud s'impose en raison des caractères qui précèdent. Peut-être pourriez-vous songer à une inflammation de la glande sous-maxillaire, car ganglions et glande occupent une loge celluleuse commune, mais la glande s'enflamme si rarement que je n'ai pas souvenir d'en avoir vu un seul cas dans ma pratique, et les observations en sont si rares qu'on peut négliger cette cause d'erreur.

Il n'en est pas de même de l'ostéo-périostite de la mâchoire inférieure, affection fréquente et très souvent confondue avec l'adéno-

phlegmon du cou. Il y a cependant un réel intérêt à établir le diagnostic entre ces deux affections, car la marche et le pronostic en sont différents. Dans l'ostéo-périostite, l'os étant dénudé, il survient quelquefois à la suite un point de nécrose, et une fistule persiste jusqu'à ce que le séquestre soit éliminé, d'où la production d'une cicatrice adhérente. Lorsque l'adéno-phlegmon est ouvert au contraire, la cicatrisation se fait en quelques jours et l'incision ne laisse que peu de traces.

Je pense que la figure 42, en permettant au lecteur de bien saisir la différence de siège entre ces deux affections, lui permettra en même temps de mieux apprécier les signes qui les différencient.

Cette figure représente une coupe verticale et transversale de la région sus-hyoïdienne, comprenant le maxillaire inférieur et passant par la glande sous-maxillaire. On voit que le périoste qui tapisse le corps de la mâchoire pénètre dans l'alvéole et va se fixer sur la racine de la dent; c'est en ce point que siège et que prend origine la périostite alvéolo-dentaire. Souvent bornée à l'alvéole et au rebord gingival, la périostite franchit parfois cette limite et se propage au corps de l'os. Il en résulte la formation d'un foyer dont le siège anatomique est représenté dans la figure 43.

L'adéno-phlegmon du cou siège au contraire dans la loge de la glande sous-maxillaire en F (fig. 42) ou bien à son voisinage, c'est-à-dire au-dessous de la mâchoire inférieure.

De cette différence de siège on peut facilement déduire les signes propres à distinguer ces deux affections : la tuméfaction dans l'ostéo-périostite répond au corps et au bord inférieur de la mâchoire ; elle siège au-dessous de cet os dans l'adéno-phlegmon. La tuméfaction n'étant pas nettement limitée empiète sans doute sur les deux régions, mais dans le premier cas son

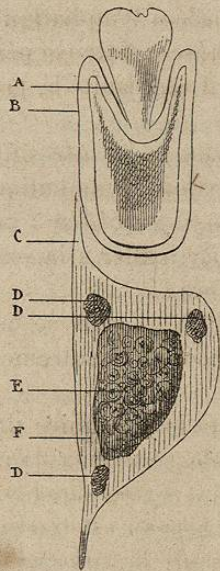


Fig. 42. — Coupe verticale et transversale de la région sus-hyoïdienne, comprenant le maxillaire inférieur et passant par la glande sous-maxillaire (schématique).

A, périoste alvéolo-dentaire.
B, périoste du maxillaire inférieur.
C, aponévrose du cou.
DDD, ganglions lymphatiques.
E, glande sous-maxillaire.
F, loge de la glande sous-maxillaire.

maximum est à la face et se porte vers la portion massétérine de la joue ; — dans le second, le maximum répond au cou. Dans l'adéno-phlegmon, le vestibule de la bouche est libre ; — dans l'ostéo-périostite, il est douloureux au toucher ; de plus, il est tuméfié et quelquefois présente de la fluctuation. Ces caractères sont pathognomoniques.

Instituez le traitement suivant : au début, tentez les résolutifs, faites des frictions d'onguent napolitain, employez les applications calmantes : cataplasmes laudanisés, compresses imbibées d'huile phéniquée laudanisée, etc.

Lorsque vous avez acquis la certitude de ne pas obtenir la résolution, faut-il pratiquer une incision prématurée avant d'avoir perçu la fluctuation ? Ce n'est pas ma pratique ; j'attends en général pour ouvrir que le foyer soit formé et se révèle par une fluctuation manifeste. On ne devrait, à mon sens, pratiquer d'incision préventive que s'il survenait des phénomènes généraux graves, ou bien des accidents de compression mettant obstacle à la déglutition et à la respiration, ce qui est tout à fait rare. Une incision précoce serait encore indiquée, si le phlegmon avait une tendance à gagner les parties voisines, mais ce n'est pas le cas ici : l'adéno-phlegmon sus-hyoïdien reste limité à la région et ne gagne, je dirais volontiers jamais, les régions voisines, en particulier la région sous-hyoïdienne.

S'il n'est pas utile de faire une incision prématurée, il est par contre nécessaire de donner issue au pus aussitôt qu'il est collecté. Or le pus est d'abord situé très profondément à 3 et 4 centimètres de la peau et la fluctuation n'est alors perçue que par des doigts exercés. N'attendez donc pas pour ouvrir que le foyer soit arrivé sous la peau. D'ailleurs, y a-t-il danger à pénétrer à cette profondeur avec le bistouri ? Non, car des deux vaisseaux sérieux de la région l'artère faciale est refoulée en haut et en arrière, et l'artère linguale est tout à fait en arrière et profondément. Vous ne ren-

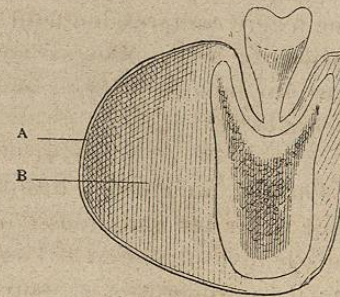


Fig. 43. — Schéma représentant le siège d'un foyer purulent succédant à une ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

A, périoste soulevé.
B, foyer de l'abcès entre l'os et le périoste.

contrez ni veines ni nerfs importants. L'incision doit être faite au bistouri, couches par couches, et vous pouvez ensuite pénétrer dans le foyer avec une sonde cannelée. Introduisez alors le doigt pour agrandir l'ouverture profonde, mettez un drain et recouvrez d'un pansement antiseptique.

L'incision devra être faite parallèlement au bord inférieur de la mâchoire, afin que la cicatrice puisse se dissimuler plus tard dans les plis du cou.

Si le foyer était très superficiel et immédiatement sous la peau, on pourrait appliquer le traitement moderne, c'est-à-dire faire une simple ponction, l'évacuation, le lavage complet avec la solution phéniquée forte à l'aide d'une sonde en gomme, le drainage et une légère compression pour obtenir un recollement immédiat des parois du foyer. Mais ce mode de traitement ne me paraît pas convenir lorsque le foyer est encore très profond et difficilement accessible.

J'ai peu de chose à dire de l'*abcès sus-hyoïdien médian*. Il a pour foyer les ganglions qui reposent sur la face inférieure du muscle mylo-hyoïdien et l'ouverture peut en être faite facilement, car il est superficiel et sans connexion avec aucun organe important.

B. Abscès chauds de la région sous-hyoïdienne. — Les abcès chauds de la région sous-hyoïdienne se rencontrent moins fréquemment que ceux de la région sus-hyoïdienne. Une première division clinique importante consiste à les classer en circonscrits et diffus. Ainsi, par exemple, l'abcès peut être circonscrit dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans un ganglion lymphatique, que ce ganglion occupe la ligne médiane ou le creux sus-claviculaire, dans le corps thyroïde, dans l'espace thyro-hyoïdien.

L'abcès est diffus lorsqu'il occupe les diverses parties de la région sous-hyoïdienne, dont il franchit souvent les limites pour gagner les régions voisines, soit le thorax, soit la racine du membre supérieur. Cette variété est beaucoup plus grave que la précédente et mérite de fixer l'attention du praticien.

Je dirai d'abord quelques mots des abcès circonscrits, qui évoluent d'ailleurs comme ceux de la région sus-hyoïdienne et succèdent à un phlegmon.

L'*abcès de la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien* reconnaît vraisemblablement pour point de départ un ganglion lymphatique occupant la partie supérieure de cette gaine, et cependant il n'est pas démontré qu'il ne puisse succéder à l'inflammation du muscle lui-même. Comme caractère particulier, le pus peut descendre en suivant la gaine du muscle qui le limite très exactement, et parvenir jusqu'à ses attaches inférieures. L'aponévrose s'amincit en ce point et n'est plus guère qu'une couche celluleuse : aussi le foyer, qui était d'abord profond, devient-il très superficiel, et s'étale sous la peau.

Il convient de l'ouvrir aussitôt que la fluctuation est nettement perçue, opération qui ne réclame aucune précaution spéciale, vu l'absence d'organes importants.

Un adéno-phlegmon peut se développer sur la ligne médiane du cou en avant du conduit laryngo-trachéal ou bien dans le creux sus-claviculaire aux dépens des ganglions lymphatiques qui siègent toujours dans ces régions. L'ouverture en est généralement simple ; préoccupez-vous seulement de la veine jugulaire antérieure et de la jugulaire externe, qui sont refoulées vers la peau.

Une thyroïdite suppurée est susceptible de donner naissance à une variété d'abcès du cou, variété d'ailleurs extrêmement rare, que je n'ai rencontrée pour mon compte qu'une seule fois. Les rapports du corps thyroïde avec la trachée rendent cet abcès plus grave que les précédents, en raison de la gêne qu'il peut apporter dans la respiration. Il est possible que des indications spéciales naissent de ce fait et obligent à faire un débridement hâtif ou la trachéotomie.

Reportez-vous à la figure 40. Entre la membrane thyro-hyoïdienne et l'épiglotte existe un espace assez large renfermant un peloton adipeux et des follicules lymphatiques. Un abcès peut se développer en ce point à la suite, par exemple, d'une laryngite. On conçoit la gêne qu'il est susceptible d'apporter dans la respiration en déprimant l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx. Cet abcès se manifeste par un gonflement siégeant au-dessous de l'os hyoïde, entre cet os et le bord supérieur du cartilage thyroïde, et c'est en ce point que l'on perçoit la fluctuation à travers la membrane thyro-hyoïdienne. Le doigt introduit dans la bouche en sui-