

vant la base de la langue permettrait également d'arriver à reconnaître la présence du pus. On a même conseillé d'ouvrir l'abcès par cette voie en déchirant avec l'ongle la muqueuse qui le limite.

Lorsque le foyer est nettement perçu, ouvrez-le directement par la peau. La blessure d'aucun organe important n'est à redouter.

Les *abcès diffus du cou*, ceux qui succèdent en particulier à l'affection que Dupuytren avait appelée le *phlegmon large du cou*,

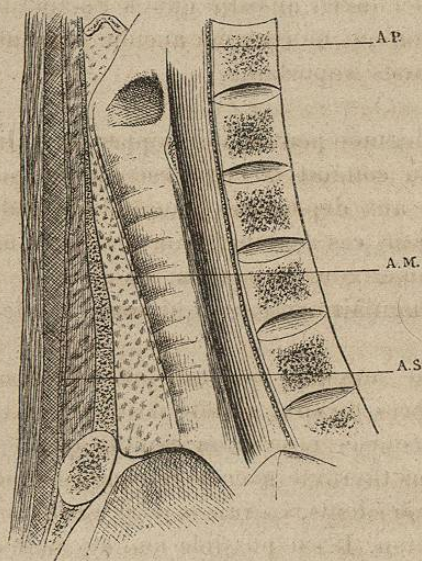


Fig. 44. — Coupe verticale antéro-postérieure du cou (schématique) destinée à faire comprendre le siège et la marche des abcès diffus du cou.

A.M, aponévrose moyenne du cou.
A.P, aponévrose profonde.

A.S, aponévrose superficielle.

ne peuvent être bien compris que si l'on se rappelle la disposition des aponévroses du cou et en particulier de l'aponévrose moyenne, du feuillet que j'ai appelé sterno-claviculaire, en raison de ses attaches inférieures à ces deux os. Mince en haut, ce feuillet est suffisamment résistant en bas pour brider le pus et en déterminer la marche. Il divise le cou en deux espaces, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le premier est limité en dehors par la peau, en dedans par l'aponévrose; le second a pour limites : en dehors

l'aponévrose, et en arrière la colonne vertébrale. L'espace antérieur, très étroit en haut au niveau de l'os hyoïde, s'élargit à mesure que l'on se rapproche de la base du cou et présente en ce point une profondeur égale à l'épaisseur du sternum et de la clavicule, puisque l'aponévrose s'attache au bord postérieur de ces deux os. Il contient surtout une masse abondante de tissu cellulaire lâche et lamelleux. L'espace postérieur est irrégulier et n'a d'autre forme que celle des organes qu'il contient, c'est-à-dire tous les organes importants du cou. On y trouve en effet le larynx et la trachée, l'œsophage, les gros vaisseaux et les nerfs qui constituent le plexus brachial. Cet espace communique donc largement en bas avec le thorax derrière le sternum, avec l'aisselle derrière la clavicule.

Le pus se comportera très différemment suivant qu'il occupera l'un ou l'autre de ces espaces. L'abcès de l'espace antérieur, celui qui succède au phlegmon large, est étalé et mal circonscrit. Il peut gagner les deux côtés du cou et en occuper à peu près toute la hauteur. Il tend à se porter vers la peau. S'il fuse en bas, le pus se dirige soit au devant du sternum, soit au devant de la clavicule, suivant qu'il passe en avant ou en arrière du sterno-mastoidien. L'aponévrose superficielle ne lui oppose qu'une faible résistance, aussi finit-il par devenir sous-cutané et s'ouvrir à l'extérieur.

Cet abcès est accompagné de l'appareil symptomatique ordinaire, mais, circonstance importante déjà signalée par Dupuytren, il ne produit pas de dyspnée; on le comprend aisément, puisque la trachée est protégée contre toute compression par le plan fortement tendu et solidement fixé du feuillet moyen de l'aponévrose cervicale.

L'ouverture de cet abcès est simple, ne demande pas de précautions spéciales et n'expose à la blessure d'aucun organe important.

Il n'en est pas de même de l'abcès de l'espace postérieur.

On doit faire rentrer dans cette variété l'abcès qui a été décrit sous le nom de *rétro-pharyngien* et dont le point de départ est sans doute un ganglion lymphatique siégeant entre le pharynx et la colonne vertébrale. L'abcès peut dans ce dernier cas être circonscrit et venir faire saillie sur les côtés du cou dans le point désigné en anatomie sous le nom d'espace maxillo-pharyngien.

Il occupe parfois directement la ligne médiane, fait alors relief dans l'arrière-bouche jusqu'au point d'oblitérer l'isthme du gosier

et de provoquer des phénomènes d'asphyxie. Il faut toutefois reconnaître que cette variété d'abcès du cou est extrêmement rare. On y recherche la fluctuation comme on le fait pour les abcès de l'amygdale, c'est-à-dire à l'aide de la pûlpe de l'indicateur, et on doit les ouvrir le plus tôt possible.

Je reviens à l'abcès diffus profond du cou, qui mérite surtout d'attirer notre attention.

Quel que soit son mode d'origine, il détermine dès le début, avant même que le pus soit collecté, un ensemble de phénomènes qui peuvent atteindre une gravité extrême : la compression déterminée sur la trachée et l'œsophage, sur le récurrent, sur le pneumo-gastrique et le grand sympathique, sur les gros vaisseaux et en particulier sur la jugulaire interne, en rendent suffisamment compte. La dyspnée peut devenir telle qu'une intervention rapide s'impose : débridement profond ou trachéotomie.

Que devient cet abcès, une fois formé? Bridé en dehors par l'aponévrose, il n'a aucune tendance à se porter vers la peau; il tend au contraire à gagner la racine du cou en suivant les lâches traînées celluleuses qui séparent les divers organes. Lorsqu'il est parvenu à ce niveau, deux routes se présentent : le thorax et l'aisselle; suivant le siège qu'il occupe, le pus pénètre dans le thorax, dans trois points, par le médiastin antérieur, par le médiastin postérieur, ou par le cul-de-sac des plèvres. Il pénètre dans l'aisselle en suivant le plexus brachial, soit dans le creux de l'aisselle proprement dit, soit dans l'une des parois. J'ai vu dernièrement avec le D^r Reynier un de ces abcès qui avait suivi le nerf du grand dentelé et fut ouvert sur la paroi thoracique.

Le diagnostic d'un abcès du cou est facile en général, mais il faut de plus en reconnaître la variété. Or l'abcès sous-aponévrotique présente au début une grande obscurité jusqu'à ce que le pus soit collecté, et encore lorsque le foyer est profondément situé près de la colonne vertébrale la fluctuation est-elle très difficile à percevoir. On a pu confondre ces abcès avec des tumeurs, des anévrysmes, et c'est alors qu'il faut surtout tenir un très grand compte de la marche de la maladie, car lorsqu'il s'agit d'un abcès, l'affection est nécessairement d'origine récente.

Le traitement est aussi très embarrassant, non pas qu'il y ait doute sur la conduite à tenir, car l'indication est de donner issue au pus le plus tôt possible pour s'opposer aux fusées dont j'ai parlé : mais cette région est remplie d'organes si importants, qu'il faut

être certain de la présence d'un foyer avant d'aller à sa recherche. Ce ne serait qu'en présence d'accidents de suffocation imminente qu'il faudrait passer outre et pratiquer une incision profonde, au risque de ne pas trouver de pus et d'opérer un simple débridement, ainsi qu'on le fait, par exemple, dans certains phlegmons diffus des membres.

Lors donc que l'on aura bien exactement fixé le point sur lequel doit porter l'incision, il faudra diviser les parties molles avec une grande précaution et couche par couche, comme s'il s'agissait d'une ligature d'artère.

C. Abcès froids du cou. — Les abcès froids du cou reconnaissent presque toujours pour cause la fonte d'un ganglion lymphatique tuberculeux et siègent le plus ordinairement dans la région sus-hyoïdienne. On les rencontre d'ailleurs partout où l'anatomie signale la présence de ganglions normaux.

Un cartilage du larynx nécrosé, la carie de l'une des vertèbres cervicales, peuvent également donner naissance à un abcès froid du cou qui se rattache aux abcès par congestion, mais ils sont presque négligeables dans la pratique, en raison de leur rareté.

Il est à peine utile d'insister sur le diagnostic de ces abcès, tant il est simple : une tumeur lisse, régulière, fluctuante, sans changement de couleur à la peau et à peu près indolente, tels sont les caractères qui les font reconnaître.

La thérapeutique des abcès froids s'est modifiée du tout au tout dans ces dernières années, en raison des idées théoriques dominantes sur lesquelles je reviendrai plus loin en étudiant le lymphome du cou. Jadis, c'est à peine si l'on osait toucher à un abcès froid; ce n'est que lorsqu'il menaçait de s'ouvrir spontanément qu'on l'évacuait à l'aide d'une ponction aspiratrice. Voici la pratique actuelle généralement employée.

L'abcès est ouvert au bistouri, la paroi en est grattée avec la cuiller tranchante, de façon à bien enlever toute la membrane pyogénique; la cavité est ensuite touchée avec un tampon de ouate imbibée de solution phéniquée forte. On applique quelques points de suture, si c'est nécessaire, un drain et un pansement antiseptique. On peut ainsi guérir un abcès froid en quelques jours, mais il est possible aussi qu'il continue à suppurer et reste fistuleux.

D'autres chirurgiens se sont bien trouvés d'injecter dans l'abcès un mélange d'éther et d'iodoforme. C'est un moyen à employer.

Lorsque l'abcès est assez volumineux et qu'il s'agit surtout d'une jeune fille, je commence par faire une évacuation simple avec l'appareil Dieulafoy, afin d'éviter toute cicatrice, et ce n'est qu'en cas de récurrence que je conseille l'ouverture et le grattage. Il faut d'ailleurs savoir qu'un abcès froid du cou traité chirurgicalement laisse à la suite des cicatrices beaucoup moins désagréables que lorsqu'il est abandonné à lui-même.

Arthrite occipito-cervicale. — Mal sous-occipital.

Le mal sous-occipital est, comme le mal de Pott, une affection propre à l'enfance et à l'adolescence. Ces deux maladies sont d'ailleurs de la même nature, c'est-à-dire presque toujours, sinon toujours, d'origine tuberculeuse. Si j'ai cru devoir cependant faire un chapitre à part de la tumeur blanche des articulations de la tête avec le cou, c'est qu'elle présente quelques caractères spéciaux en rapport surtout avec le voisinage du bulbe rachidien.

La profondeur où siègent les parties malades en rend l'exploration directe fort difficile, mais l'attitude d'un sujet atteint du mal sous-occipital est tout à fait caractéristique : il tient sa tête droite ou inclinée latéralement, mais fixe, absolument immobile. S'il veut regarder à droite ou à gauche, il meut le tronc tout d'une pièce ou bien tourne les yeux. Lorsqu'étant couché il veut changer sa tête de place, il la saisit instinctivement entre ses deux mains pour éviter le moindre mouvement. C'est qu'en effet tout mouvement, spontané ou provoqué, est extrêmement douloureux. Le malade est pâle et amaigri.

La douleur au niveau de la fossette de la nuque et l'immobilisation de la tête sont donc les deux principaux signes qui permettent de soupçonner l'existence d'un mal sous-occipital, surtout au début. Plus tard, l'existence d'un abcès de voisinage et la débilité générale du malade rendraient le diagnostic certain.

Le praticien peut, au début, se demander s'il ne s'agirait pas d'un torticolis par contracture musculaire, qui, lui aussi, détermine de la douleur et immobilise la tête. L'erreur est certes possible, surtout s'il s'agit d'un torticolis postérieur dans lequel les sterno-mastoïdiens sont intacts.

Voici, je pense, les éléments du diagnostic différentiel.

Le mouvement de rotation de la tête est beaucoup moins prononcé dans le mal sous-occipital que dans le torticolis musculaire;

souvent même il n'existe pas ou bien existe du côté malade, contrairement à ce qui a lieu dans le torticolis. La douleur dans le torticolis siège de préférence sur les parties latérales, au niveau des apophyses transverses et du côté opposé à celui où la tête est inclinée; je la crois due à la distension des ligaments. Dans le mal sous-occipital, la douleur est diffuse, occupe toute la région, rayonne même dans les régions voisines, et on la provoque en pressant sur la ligne médiane au niveau de la fossette de la nuque.

L'immobilisation de la tête existe bien dans ces deux affections, mais elle n'est pas la même et c'est à l'analyse des mouvements qui n'a peut-être pas jusqu'ici attiré suffisamment l'attention des praticiens que j'attache le plus d'importance dans l'établissement du diagnostic.

D'abord l'immobilisation n'est pas aussi absolue dans le torticolis que dans le mal sous-occipital, mais, de plus, rappelez-vous les détails suivants. Cette dernière affection a pour siège les articulations de l'occipital avec l'atlas et de l'atlas avec l'axis : or, quels sont les mouvements physiologiques propres à ces deux articulations? Les condyles de l'occipital exécutent sur l'atlas un très léger mouvement dans le sens vertical et il se produit lorsque, par exemple, nous inclinons la tête pour dire : *oui*. L'atlas pivote sur l'axis, et le mouvement se produit lorsque, par exemple, nous faisons un très léger signe de tête pour dire : *non*. Recherchez donc avec soin l'existence de ces deux mouvements : dans le torticolis musculaire, quel que soit le degré de contracture des muscles, ils sont toujours possibles, même faciles et non douloureux. Dans le mal sous-occipital, au contraire, même au début, ils sont difficiles ou impossibles et douloureux.

Le mal sous-occipital entraîne presque toujours la mort. Aux causes habituelles s'ajoute ici une cause particulière de mort subite, la compression du bulbe par l'apophyse odontoïde lorsque le ligament transverse se rompt ; j'ai vu un jeune homme mourir instantanément en descendant de son lit. Prévenez la famille de la possibilité de cet accident.

La principale indication à remplir dans le traitement de cette affection est de maintenir la tête le mieux possible, et j'ai l'habitude à l'hôpital d'appliquer un appareil plâtré qui prend la tête, le cou et les épaules. Des révulsifs locaux, des pointes de feu répétées sur la nuque et la meilleure hygiène possible, compléteront le traitement.