

mastoïdien. Après la section de l'aponévrose superficielle, du muscle omo-hyoïdien et de l'aponévrose moyenne, on pénètre avec précaution entre le sterno-cléido-mastoïdien et les gros vaisseaux du cou d'un côté, le larynx et la trachée avec l'œsophage de l'autre. L'œsophage peut être rendu apparent par la saillie du corps étranger; il peut l'être encore par une sonde conductrice qu'on aura introduite dans la bouche; même sans conducteur, on peut arriver sûrement à l'œsophage en suivant le conseil de Duplaix: mettre à nu le lobe gauche de la glande thyroïde et le contourner en dehors jusqu'à ce que l'on soit conduit sur la trachée. L'œsophage se trouve alors facilement derrière cette dernière.

L'incision de l'œsophage doit être faite sur le côté du canal, parallèlement à son axe. Elle sera suffisante pour permettre l'introduction du doigt, d'une pince, etc.

Après l'extraction du corps étranger, il faut pratiquer, isolément dans la plaie, la suture de la muqueuse œsophagienne; si l'on comprenait dans les fils toute la paroi du conduit, elle serait coupée par eux pendant les mouvements de déglutition. On laisse la plaie extérieure ouverte et l'on se contente de faire sur elle des applications antiseptiques. Le malade est nourri pendant quelques jours avec la sonde œsophagienne.

Kœnig a rassemblé 55 cas d'œsophagotomie pour corps étranger, sur lesquels la guérison a été obtenue 26 fois; 6 fois la mort est survenue, à la suite de perforations, de gangrène de l'œsophage, de pneumonie, de phlegmon du médiastin; dans un cas le résultat est resté incertain. Une pareille statistique est très favorable, si l'on considère que les corps obtenus par l'œsophagotomie avaient résisté à toutes les tentatives d'extraction par la bouche et de propulsion vers l'estomac, et qu'ils menaçaient par conséquent la vie du malade. Les résultats sont beaucoup plus favorables quand l'opération est pratiquée de bonne heure. Fischer indique que la mortalité varie de 15 à 50 pour 100, suivant qu'elle est faite avant ou après le 5<sup>e</sup> jour.

Enfin la *gastrotomie* reste une dernière ressource pour les corps étrangers bas situés. Elle a déjà procuré plusieurs guérisons.

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES VITALES ET ORGANIQUES

#### I

#### MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

##### a. — *Phlegmon du cou en général.*

**Étiologie.** — A la région cervicale, comme partout ailleurs, le phlegmon a pour point de départ l'introduction dans les mailles du tissu cellulaire d'un produit irritant, souvent septique.

Quelquefois l'agent d'irritation s'infiltré de proche en proche à travers le tissu cellulaire lui-même. C'est ainsi qu'une fracture du larynx dont le foyer suppure, un corps étranger qui ulcère l'œsophage, un ganglion tuberculeux ramolli, une plaie superficielle septique, etc., donnent naissance à des phlegmons par continuité d'inflammation. Il s'agit alors de simples complications dont la description se rattache à celle des affections les plus diverses.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou ont une autre cause. Ils sont liés à des lésions plus ou moins éloignées: carie dentaire, érosion soit du tégument externe, soit des muqueuses de la face et du cou. L'existence de la lésion primitive est quelquefois difficile à prouver. Il faut toujours l'admettre. On ne connaît pas de véritables phlegmons idiopathiques. Du reste, que le point de départ de l'inflammation soit découvert ou non, tout concourt à démontrer que le phlegmon commun de la région cervicale se développe dans le tissu cellulaire qui entoure les ganglions lymphatiques: c'est un adéno-phlegmon. Il débute par l'adénite et se termine par le phlegmon.

La convalescence des fièvres graves, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole et surtout la scarlatine, est marquée souvent par le développement d'abcès du cou. Les manifestations buccales, laryngées, pharyngées, etc., sont communes dans ces diverses affections: d'où l'adénite.

A titre exceptionnel on admet l'existence d'adéno-phlegmons consécutifs à l'action d'un courant d'air froid. Par quel procédé le froid agit-il? Nous ne saurions le dire.

On a trouvé dans les phlegmons du cou, à côté des agents habituels de la suppuration, des microbes très divers et surtout des organismes qui ont la bouche pour habitat ordinaire; spirilles de la salive (Verneuil et Clado), leptothrix buccalis (Kœnig) et aussi le champignon de l'actinomycose.

**Siège anatomique.** — Les phlegmons d'origine ganglionnaire, phlegmons communs du cou, sont tous placés à l'origine au delà de l'aponévrose cervicale superficielle. Ils sont tous plus ou moins profonds. On leur distingue autant de variétés qu'il y a de groupes distincts de glandes lymphatiques: phlegmon sous-mental, sous-maxillaire, sous-sterno-mastoïdien, sus-claviculaire, juxta-laryngien, juxta-pharyngien, sous-occipital. Nous aurons à indiquer les principaux traits de chacune de ces variétés.

Le plus souvent le phlegmon cervical est circonscrit. Il se limite autour des ganglions d'où il dérive, proémine soit vers l'extérieur, ce qui est le plus commun, soit vers les cavités buccale ou pharyngienne, et tend à s'ouvrir dans le point où il rencontre le moins de résistance. Exceptionnellement ces inflammations peuvent prendre une extension inusitée, envahir tout un côté du cou (phlegmon large de Dupuytren), ou même passer d'un côté à l'autre (inflammation diffuse du tissu aréolaire, Gray-Croly).

**Symptômes et marche.** — Comme partout ailleurs, il faut décrire des troubles locaux et des phénomènes généraux. Le gonflement est dur au début, quelquefois ligneux; il prend une forme variable suivant la région affectée; il peut être uniquement intérieur dans les phlegmons très profonds (phlegmon juxta-pharyngien).

La rougeur, souvent aussi marquée que dans les phlegmons du tronc ou des membres, est parfois, au contraire, peu développée. Elle manque presque complètement, à l'extérieur du moins, dans certains abcès qui proéminent du côté du pharynx. La douleur est vive; les mouvements du cou l'augmentent. Aussi les malades conservent-ils une attitude fixe de la tête, maintenue par la contracture réflexe des muscles qui entourent le foyer inflammatoire (torticolis symptomatique). Des troubles spéciaux appartiennent à la région cervicale, ce sont ceux qui résultent de la compression des organes

du voisinage: troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation et de la respiration, troubles nerveux et vasculaires. Ils varient suivant le siège du phlegmon. Nous les décrirons avec soin à propos de chaque variété.

Les phénomènes généraux manquent parfois au début et ne se montrent qu'au moment où la suppuration tend à s'établir; mais ils peuvent être précoces, précéder même l'apparition des troubles locaux. C'est un malaise général, de la fièvre, des frissons, qui, surtout chez les enfants et dans le cas des phlegmons très profondément placés, s'accompagneront d'agitation, même de délire et de convulsions.

Un certain nombre de phlegmons du cou se terminent par résolution. Dans ce cas, après s'être accrus pendant quelques jours, les phénomènes que nous venons d'indiquer s'apaisent et diminuent peu à peu. Le gonflement du tissu cellulaire est déjà disparu que l'on sent encore le groupe de ganglions primitivement atteint.

Le plus souvent nous observons une autre marche. Au bout de cinq à six jours, les phénomènes locaux sont arrivés à leur apogée. Si la fièvre était peu marquée, elle apparaît vive, accompagnée de frissons répétés. Bientôt on peut constater l'existence de la fluctuation et de l'œdème inflammatoire qui annoncent la présence du pus. Le phlegmon s'est terminé par suppuration. Dans certaines conditions particulières la fluctuation n'est perçue qu'avec une extrême difficulté, à cause de la profondeur de la collection. Dans les abcès juxta-pharyngiens, on a recours, pour la découvrir, à des manœuvres spéciales.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou, même abandonnés à eux-mêmes, restent circonscrits et tendent naturellement à s'ouvrir au dehors. Les phlegmons négligés, on en observe encore quelquefois, après avoir été limités un certain temps à l'atmosphère cellulaire des ganglions, usent les plans aponévrotiques qui les recouvrent et envahissent le tissu cellulaire sous-cutané. Là le pus s'étend à son aise, souvent au loin, et il se forme de vastes décollements qui occupent tout un côté du cou et envahissent les régions pectorales et sus-claviculaires. La maladie peut à ce moment affecter une allure tranquille, à moitié chronique, qui retarde beaucoup l'ouverture terminale à travers la peau.

La diffusion du pus, le long de la trachée, de l'œsophage et des

gros vaisseaux, jusque dans la poitrine, a inspiré de tout temps de vives inquiétudes aux chirurgiens. On a calculé avec soin, non sans anxiété, la résistance que pouvaient opposer à la marche de la suppuration les diverses aponévroses du cou. Malgaigne s'est élevé avec raison contre l'abus de ces théories anatomiques. En fait, la pénétration du pus d'un adéno-phlegmon dans le médiastin est infiniment rare, alors même qu'il s'agit d'un adéno-phlegmon développé très profondément. Dans le petit nombre des cas que l'on connaît, la fusion du pus était favorisée par un mauvais état général.

Il faut faire cependant une place à part aux phlegmons juxta-pharyngiens, qui se développent au voisinage de la colonne vertébrale, au-dessous de toutes les parties molles du cou. Ceux-là n'ont aucune tendance à se faire jour à l'extérieur. Ils proéminent uniquement du côté du pharynx, soit dans la partie supérieure de l'œsophage, soit même dans les voies respiratoires. La plupart du temps, l'intervention chirurgicale hâtive peut seule faire cesser les dangers qu'ils provoquent.

Dans des circonstances heureusement exceptionnelles, les phlegmons du cou prennent un caractère tout particulier de gravité. Sous l'influence de mauvaises conditions générales, chez les sujets alcooliques, diabétiques, chez ceux qui relèvent d'une maladie, l'inflammation n'a aucune tendance à se limiter. Le tissu cellulaire se prend sur une grande étendue. Un véritable *phlegmon diffus* s'établit, qui occupe tout un côté du cou, depuis l'oreille et la mâchoire jusqu'à la clavicule. Dupuytren a décrit des faits de ce genre sous le nom de phlegmons larges. Il les avait observés surtout chez des crieurs publics et des marchands ambulants. Ces phlegmons ont une marche lente, ne donnent pas lieu à des collections limitées, et tendent à se terminer par une gangrène du tissu cellulaire qu'annonce la crépitation gazeuse perçue au niveau de la tuméfaction.

Les symptômes que nous avons notés pourraient, lorsqu'ils atteignent un degré considérable, être considérés comme de véritables **complications**; de même les terminaisons par effusion du pus dans les voies respiratoires ou digestives. Nous ne ferons que signaler l'*œdème de la glotte* qui se voit quelquefois dans les phlegmons voisins du larynx. La complication la plus intéressante est l'*ulcération des vaisseaux du cou*. Elle ne se produit d'une façon générale que dans les foyers gangréneux, chez les malades qui ont été atteints

d'un phlegmon dans de mauvaises conditions de santé générale, surtout après la scarlatine.

La veine jugulaire interne est le plus souvent atteinte. Les artères elles-mêmes : carotide interne, carotide primitive et branches secondaires, n'échappent pas à l'ulcération.

Des *phlébites* et des *thromboses* accompagnées d'*infection purulente* menacent naturellement les malades qui se trouvent dans ces conditions particulières.

**Pronostic.** — On comprend que le phlegmon du cou diffère absolument de gravité, suivant qu'il siège au voisinage du pharynx ou bien dans des parties relativement superficielles, suivant qu'il est franc ou bien qu'il a de la tendance à prendre la forme diffuse et gangréneuse; suivant que le malade a été atteint en pleine santé ou à la suite d'une affection générale plus ou moins grave. Les phlegmons rétro-pharyngiens, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, déterminent presque fatalement la mort.

Le **diagnostic** du phlegmon est facile. On ne peut guère méconnaître une infection inflammatoire qui évolue en quelques jours et s'accompagne de gonflement, de rougeur et de douleur. Même l'absence de tel ou tel signe ne crée généralement pas une difficulté insurmontable. L'existence du phlegmon reconnue, un point important reste à déterminer : le pus est-il collecté? La durée de la maladie au delà de cinq à six jours, l'existence de frissons répétés, une certaine détente de l'état général survenue depuis quelques heures, l'œdème du tissu cellulaire, sont des signes de probabilité, mais la constatation de la fluctuation seule indique avec certitude l'existence du pus. Les rapports anatomiques de la collection seront déterminés par l'examen attentif de la région, lequel permettra presque toujours de reconnaître la situation du sterno-cléido-mastoïdien, et par l'interprétation des signes physiques et fonctionnels fournis par le malade.

Le **traitement** n'est autre que celui des phlegmons en général. Nous allons l'examiner dans les différentes variétés des phlegmons du cou.

#### b. — Variétés des phlegmons du cou.

##### 1° Adéno-phlegmon sous-mental.

Près de la ligne médiane, entre le bord inférieur de la mâchoire et l'os hyoïde, deux ganglions lymphatiques reposent sur le muscle

mylo-hyoïdien, au-dessous de l'aponévrose unique de la région. Ils reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton. Des irritations parties de ces deux points donnent lieu à des adéno-phlegmons, toujours assez limités, qui s'ouvrent spontanément du dehors, ou sont incisés sans aucune difficulté.

### 2° Adéno-phlegmon sous-maxillaire.

C'est le plus commun des phlegmons du cou. Il a pour point de départ les ganglions qui entourent la glande sous-maxillaire. La loge de cette glande n'est fermée au dehors que par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle. Profondément elle possède une paroi musculaire constituée par le muscle mylo-hyoïdien, puis par le muscle hyo-glosse; le premier forme une barrière solide entre la bouche et la portion antérieure de la loge sous-maxillaire, mais, au delà de son bord postérieur, cette loge n'est plus fermée en haut; elle est en rapport immédiat avec le plancher de la bouche et la base de la langue.

Les ganglions sous-maxillaires reçoivent les lymphatiques de la langue, de la muqueuse buccale et des gencives inférieures. Leur inflammation se produit le plus souvent à la suite de la périostite alvéolo-dentaire qui accompagne la carie. L'évolution de la dent de sagesse a été incriminée quelquefois (phlegmon sous-angulo-maxillaire, Chassaignac).

L'évolution du phlegmon sous-maxillaire est ordinairement simple. Après une période de gonflement de cinq à six jours, il existe une tuméfaction rouge, arrondie, qui fait disparaître le sillon cervico-maxillaire, s'étend en avant jusqu'à une petite distance du menton, en bas jusqu'à la partie moyenne du cou, et ne dépasse pas en arrière la région sterno-mastoïdienne. On trouve de la constriction des mâchoires; la déglutition est gênée par le mauvais fonctionnement de la langue, dont la base est comprimée; la respiration reste libre. La fluctuation semble toujours un peu profonde. Abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvre, après quelques jours, à l'extérieur.

Quelquefois, sans qu'on puisse dire pourquoi, car ce sont toujours les mêmes ganglions qui sont le point de départ de l'affection, le phlegmon sous-maxillaire tend à se faire jour du côté des parties profondes. Il proémine alors vers le plancher de la bouche, en arrière

du bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, entre ce bord et l'épiglotte. La base de la langue est fortement refoulée en dedans et en haut. La déglutition est sérieusement empêchée. Le larynx lui-même est gêné dans ses mouvements; son orifice supérieur peut se trouver plus ou moins oblitéré par le gonflement des replis aryténo-épiglottiques. De là des troubles de la phonation et de la respiration, quelquefois de véritables accès de suffocation. L'ouverture spontanée se fait au plancher de la bouche, ou vers la base de la langue jusqu'au voisinage de l'épiglotte.

Ces inflammations présentent parfois des complications redoutables. Nous avons signalé déjà la suffocation par œdème de la glotte. Il faut y ajouter des accidents qui tiennent presque toujours au mauvais état général du sujet; d'abord des *fusées purulentes* le long du pharynx et des vaisseaux du cou; les deux faits les plus connus d'invasion de la poitrine par le pus d'un abcès du cou (Malassez, Lucas-Championnière) se rapportaient précisément à des abcès sus-hyoïdiens; puis les *ulcérations des vaisseaux de la région*: carotide externe et ses diverses branches, veine jugulaire. Nous avons déjà dit qu'on les avait observées assez souvent chez des scarlatineux.

**Diagnostic.** — Le phlegmon sous-maxillaire doit être distingué de l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Les deux affections sont la plupart du temps la suite d'une même lésion, la périostite alvéolo-dentaire; mais celle-ci influe à distance sur les ganglions dans le phlegmon proprement dit, tandis qu'elle se propage directement par continuité à l'os et au périoste dans le cas d'ostéo-périostite.

L'ostéo-périostite débute par un gonflement du corps même de l'os, et l'exploration faite avec le doigt introduit dans la cavité buccale permet, à toutes les périodes de la maladie, de reconnaître que le maxillaire est en effet augmenté de volume. Même lorsque la suppuration s'est produite et que tout le tissu cellulaire de la région sous-hyoïdienne prend part à l'inflammation, le gonflement reste, dans l'ostéo-périostite, plus directement en rapport avec le maxillaire. La tuméfaction embrasse l'angle de l'os et recouvre toute sa branche montante jusqu'au voisinage de l'oreille. Dans l'adéno-phlegmon, la face est moins envahie.

**Traitement.** — L'adéno-phlegmon sous-maxillaire doit être ouvert dès que la fluctuation devient appréciable. L'incision sera extérieure. Elle se fera sans danger à 2 ou 3 centimètres au-dessous

du bord inférieur du maxillaire, parallèlement à ce bord, un peu en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. C'est en ce lieu que la fluctuation se sent ordinairement le mieux.

On pourrait chercher à ouvrir du côté de la bouche, vers la base de la langue, les abcès qui proéminent de ce côté; on éviterait ainsi une cicatrice extérieure; mais l'accès de cette région est à peu près impossible, vu l'état de fermeture de la bouche; puis l'expérience a montré que ces ouvertures buccales — du moins lorsqu'elles se produisaient spontanément — se trouvaient parfois insuffisantes. Duplay a dû dans deux cas faire après coup une contre-ouverture du côté de la peau. Il faut donc aller toujours à la recherche de la suppuration en incisant le tégument externe. Du reste l'ouverture n'a pas besoin d'être considérable, et la cicatrice ne court aucun risque de devenir difforme, déprimée ou adhérente, lorsqu'il s'agit d'un simple adéno-phlegmon.

L'ouverture est d'autant plus urgente que l'abcès comprime davantage les parties profondes, et que des accès de suffocation plus violents se produisent. On peut être conduit, dans le cas d'œdème de la glotte, à pratiquer la trachéotomie.

Les ulcérations des vaisseaux comportent la même thérapeutique que les plaies vasculaires ordinaires.

### 3° Phlegmon juxta-laryngien.

Sur les côtés du larynx, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, se trouvent, de chaque côté, un ou deux petits ganglions. Ils reçoivent les lymphatiques de la partie inférieure du larynx. On les a vus, dans plusieurs cas, devenir le point de départ d'un phlegmon parfaitement distinct. Une trachéo-bronchite avait été, chez les malades, le point de départ de l'affection.

### 4° Phlegmon de l'espace thyro-hyoïdien.

Il a été décrit par Vidal, Sestier, et plus récemment par Brousses et Brault. Il prend naissance entre l'épiglotte, la membrane thyro-hyoïdienne et la base de la langue. Il présente tous les symptômes de l'angine laryngée œdémateuse et peut quelquefois être senti avec le doigt au niveau de la base de la langue.

### 5° Phlegmon de la région sterno-cléido-mastoïdienne.

Dumesthé (1864) et Castelain (1869) en ont fait une bonne étude dans leurs thèses inaugurales de la Faculté de Paris. Au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, tout le long du cou, se rencontrent de très nombreux ganglions, placés pour la plupart en avant des vaisseaux; quelques-uns cependant se trouvent directement sur les parties latérales de la trachée, du pharynx et de l'œsophage, ou même derrière les vaisseaux. Ils reçoivent, suivant la hauteur où ils se trouvent, leurs vaisseaux lymphatiques afférents du cuir chevelu, de l'oreille, de la langue, du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage.

La cause d'inflammation la plus commune, c'est l'angine, maladie fréquente et toujours infectieuse à un certain degré. L'angine de la scarlatine détermine des adéno-phlegmons particulièrement sérieux.

**Symptômes, marche, terminaison.** — Le gonflement occupe la partie latérale du cou. Il soulève le sterno-cléido-mastoïdien, que l'on peut généralement reconnaître. La douleur est particulièrement vive, par suite de la compression des nerfs de la région; elle s'irradie souvent dans les branches du plexus cervical. La tête prend la position particulière du *torticolis*, par suite de la contracture du sterno-cléido-mastoïdien. Quelquefois il existe des troubles qui ne peuvent être rapportés qu'à la *compression du grand sympathique* (dilatation pupillaire: Poiteau, thèse de Paris, 1869). La compression du pharynx et de l'œsophage détermine constamment un certain degré de dysphagie. La parole et la respiration peuvent être gênées; elles le sont généralement à un moindre degré que la déglutition. Cependant ici encore il peut survenir de l'œdème de la glotte.

Les phlegmons se terminent quelquefois par résolution.

La plupart du temps ils aboutissent à la suppuration. Le pus, collecté au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien, tend naturellement à se faire jour au niveau du bord antérieur ou du bord postérieur de ce muscle; mais la résistance du plan musculo-aponévrotique qui le recouvre est assez grande pour qu'avant d'arriver à se manifester au dehors il ait le temps de fuser plus ou moins loin vers la partie inférieure de la région. Lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, ces abcès peuvent occuper toute la hauteur du cou; ils finissent sou-

vent par se faire jour en bas, derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dans la région sus-claviculaire; on en a vu gagner l'aisselle en cheminant dans le tissu cellulaire qui enveloppe le plexus brachial. Sans vouloir taxer de chimérique la crainte que ces adéno-phlegmons fusent vers le médiastin, il faut reconnaître que cet accident ne se voit pour ainsi dire jamais.

On connaît quelques rares observations dans lesquelles l'ouverture s'est faite dans le pharynx, l'œsophage ou la trachée.

La véritable **complication** du phlegmon de la région sterno-cléido-mastoïdienne, c'est encore l'ulcération des vaisseaux artériels ou veineux qui avoisinent le foyer (carotide primitive ou ses branches, branches artérielles secondaires, veine jugulaire interne). Schutzenberger a rapporté un cas de phlébite de la veine jugulaire suivi, comme on le pense bien, d'infection purulente. Répétons ici ce que nous disions plus haut : ces complications n'appartiennent guère qu'aux phlegmons développés à la suite de maladies infectieuses graves (diphthérie, scarlatine), et lorsque l'état général est par avance sérieusement affecté.

Le **diagnostic** ne présente aucun point particulier.

Le **traitement** est chirurgical; l'*incision* doit être faite aussitôt que la fluctuation témoigne de l'existence d'un foyer purulent. Nous avons vu qu'il n'y avait pas lieu, dans les circonstances ordinaires, de se presser outre mesure; il ne faut pas non plus différer inutilement l'opération. On incise sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ou sur son bord postérieur, selon que la collection proémine davantage en avant ou en arrière. La double incision, suivie du drainage de la collection, peut être quelquefois utile.

Si le phlegmon présentait un mauvais aspect, s'il avait des tendances à s'étendre sur les parties latérales, à prendre un caractère gangreneux (phlegmons larges du cou), il faudrait de bonne heure, et même sans attendre que la collection purulente fût bien formée, débrider énergiquement en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

#### 6° Adéno-phlegmon de la région de la nuque.

A la région de la nuque se trouvent d'assez nombreux ganglions, dont les uns sont placés à la surface externe de l'aponévrose d'insér-

tion du sterno-cléido-mastoïdien, et les autres, sous ce muscle. On voit, surtout chez les jeunes sujets, un phlegmon se développer dans l'atmosphère celluleuse de ces ganglions, à la suite de lésions eczémateuses et impétigineuses du cuir chevelu. La collection, bridée par la peau épaisse de la région et par les insertions du sterno-cléido-mastoïdien, s'étale au lieu de proéminer. Il n'y a généralement ni œdème, ni rougeur bien marquée de la peau. La fluctuation se sent aisément. L'incision, qui constitue l'unique traitement, est toujours passablement profonde.

#### 7° Phlegmon prévertébral, juxta-pharyngien, rétro-pharyngien.

**Définition. nature.** — Il est infiniment vraisemblable que les phlegmons qui se forment dans la profondeur du cou, au voisinage du pharynx, n'ont pas une autre étiologie que ceux des régions précédentes. Ce sont, pour la plus grande part au moins, des adéno-phlegmons. Cette opinion, déjà soutenue par Verneuil en 1865, est devenue beaucoup plus probable depuis que Gillette a bien décrit (1867) les deux ganglions lymphatiques qui se trouvent à droite et à gauche de l'axis, derrière la partie supérieure du pharynx, plus près de son bord latéral que de la ligne médiane. Ces ganglions, plongés dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, reposent, en arrière, sur le muscle grand droit antérieur de la tête, en avant sur le constricteur supérieur du pharynx. Quelquefois bi- ou trilobés, ils représentent, dit Gillette, deux ou trois petites glandes unies ensemble. Ils reçoivent leurs vaisseaux lymphatiques de la partie supérieure du pharynx, du voile du palais et de la pituitaire.

Les ganglions les plus profonds des parties latérales du cou peuvent devenir le point de départ de phlegmons pharyngiens latéraux. Leurs vaisseaux afférents viennent de la bouche, du pharynx et du larynx.

A côté de l'adéno-phlegmon, peut-on faire place à de simples phlegmons angioloécytiques, c'est-à-dire à des phlegmons développés non plus dans l'atmosphère des ganglions, mais autour des vaisseaux lymphatiques, enflammés, oblitérés et rompus dans le tissu cellulaire? Peut-être. Mais cette forme a beaucoup de ressemblance avec la précédente.

Des angines très aiguës, l'érysipèle, peuvent-ils amener par pro-