

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-

pagation l'inflammation du tissu cellulaire péri-pharyngien? Par le mécanisme de l'angioleucyte ou de l'adénite, oui sans doute, mais pas autrement. Les plaies superficielles, les ulcères du pharynx et de l'œsophage, les irritations produites par l'introduction de la sonde œsophagienne, chez les aliénés, agissent de la même façon.

Nous ne donnerons pas place dans notre description aux suppurations que font naître autour du pharynx les divers traumatismes de ce conduit : plaies, corps étrangers, brûlure et perforation par poisons corrosifs, ni à celles qui succèdent aux rétrécissements de la partie supérieure du conduit alimentaire, etc. Ce n'est pas à dire que, dans quelques cas, l'angioleucyte et l'adénite ne jouent ici leur rôle. Mais souvent il y a eu effusion directe de produits septiques dans le tissu cellulaire à travers une brèche faite au pharynx. Nous étudierons ces suppurations à titre de complication d'affections diverses dans les chapitres suivants.

Les phlegmons juxta-pharyngiens étaient connus d'Ambroise Paré. Jean-Louis Petit inventa pour les ouvrir un instrument spécial, le pharyngotome à lame cachée. Mondière (de Loudun) en a le premier donné une bonne description (1841).

Étiologie. — Les phlegmons juxta-pharyngiens sont heureusement beaucoup plus rares que ceux des régions sous-maxillaire et sterno-cléido-mastoiïdienne. Il est difficile de donner une idée de leur fréquence, le nombre des cas publiés ne répondant certainement pas au nombre des cas réels. Ils ne sont, en somme, ni communs, ni très rares.

Les enfants y sont particulièrement sujets et surtout les très jeunes enfants. Sur 46 malades, 55 avaient de zéro à deux ans, et 26 n'avaient pas dépassé la première année (Gautier, Genève, 1869).

Il est bien vraisemblable que leur point de départ est dans une lésion superficielle du pharynx, du voile du palais, de la pituitaire ou du larynx; mais on comprend que, chez les enfants surtout, une constatation directe soit impossible; dans quelques cas peu nombreux, on avait noté à l'avance une angine, une adénite subaiguë, la coqueluche. Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, des commémoratifs de ce genre sont beaucoup plus communs sans être absolument constants : une angine tonsillaire et pharyngée, laryngite, simple carie dentaire. Assez souvent le phlegmon se développe dans le cours ou pendant la convalescence d'une fièvre grave : érysipèle,

scarlatine, variole, rougeole. Les déterminations de ces diverses maladies sur la muqueuse buccale, pharyngée, laryngée, etc., créent des lésions locales, souvent passagères, d'où sortent la lymphangite et bientôt l'adéno-phlegmon, dans la fièvre typhoïde, le catarrhe laryngien et pharygien du début, l'altération des liquides buccaux, etc., fournissent aussi les conditions locales favorables au développement d'un adéno-phlegmon.

La scrofule, la tuberculose, la syphilis elle-même (Verneuil) ont été incriminées. Elles peuvent agir comme causes indirectes, les lésions des muqueuses qui leur sont propres devenant le point de départ des lymphangites et d'adéno-phlegmons ordinaires.

Anatomie pathologique. — L'affection passe par deux périodes distinctes : l'une de gonflement et d'infiltration, l'autre de suppuration. Cette dernière a été seule observée directement à l'autopsie.

La collection purulente occupe le tissu cellulaire péri-pharyngien. Quelquefois elle est étalée, diffuse, gangreneuse; le plus souvent elle est bien circonscrite.

Selon les cas, l'abcès proémine directement en avant, de façon à refouler vers le larynx la paroi postérieure du pharynx (abcès rétro-pharyngien), ou bien, au contraire, il appuie surtout sur la face latérale de ce conduit (abcès latéro-pharyngien). Quelques auteurs admettent une troisième espèce (abcès antéro-pharyngien) dans laquelle le phlegmon serait développé en avant du pharynx, entre lui et le larynx. Rien ne démontre la réalité de ces phlegmons antérieurs; des phlegmons rétro-pharyngiens ou même latéro-pharyngiens peuvent parfaitement amener la saillie exagérée du larynx sur laquelle on s'appuyait surtout pour les admettre. Gillette décrit, d'après la hauteur qu'ils occupent, des abcès rétro-pharyngiens supérieurs, moyens et inférieurs.

Jamais à l'origine ces abcès n'occupent la ligne médiane : ils sont alors latéraux. Mais, peu à peu, ils arrivent jusqu'au milieu de la face postérieure du pharynx. Ils dépassent même ce point.

Leur volume est extrêmement variable. Quelques-uns ne sont pas plus gros qu'une noix, d'autres atteignent le volume du poing. Ils peuvent, tout en restant circonscrits, s'étendre plus ou moins loin, et, par exemple, partis de la face postérieure du pharynx, descendre sur les parties latérales de ce conduit, et venir faire une saillie vers

l'angle de la mâchoire, sur les côtés du larynx, ou même plus bas, sur l'un des bords du sterno-cléido-mastoïdien.

Le pus est souvent épais, bien lié, louable; presque toujours il est fétide, à raison de son voisinage du tube digestif. Il peut être sanieux, mêlé de sang. Dans le cas où le phlegmon prend le caractère gangreneux, ces derniers caractères ne manquent jamais.

L'apophyse basilaire, les corps des vertèbres cervicales, ont été trouvés, dans quelques observations, dénudés par un travail d'ulcération consécutif à la formation de la collection purulente.

Nous n'avons rien de spécial à indiquer, au point de vue anatomique, touchant les fusées purulentes le long de la colonne vertébrale, les pleurésies, les pneumonies, les ulcérations des vaisseaux qui compliquent certains phlegmons.

Symptômes. — Si l'on observe la maladie dès son début, on voit qu'elle présente deux périodes : l'une dans laquelle dominent les phénomènes d'angine pharyngée (période angineuse de Gautier); l'autre dans laquelle existe une tumeur pharyngienne.

1^{re} Période : période angineuse.

a. *Phénomènes locaux.* — Chez les très jeunes enfants, qui fournissent la majeure partie des cas, l'attention est appelée par les difficultés de la déglutition. L'enfant, dès qu'il a pris le sein et pratiqué quelques efforts de succion, se rejette en arrière, rend par la bouche et par le nez le lait accumulé dans la cavité buccale, et pleure. Bientôt il refuse de se livrer à de nouveaux essais de déglutition.

Ce sont là les seules manifestations subjectives que fournissent les jeunes enfants. A un âge plus avancé, le malade se plaint de la douleur qu'il éprouve du côté du pharynx. Il a une sensation de sécheresse ou de brûlure, des élancements; il lui est impossible d'avaler même les liquides. Ceux-ci refluent largement dans les narines, d'une part, et d'autre part pénètrent souvent dans les voies respiratoires, ce qui provoque une toux pénible. La voix est enrouée. Des douleurs névralgiques se produisent sur divers points du crâne et de la face. Le cou est raide.

Nous trouvons à cette période, en tant que phénomènes objectifs : de la rougeur, un peu de gonflement au niveau de la muqueuse pharyngée; quelquefois, dès le début, un léger gonflement du cou.

b. *Phénomènes généraux.* — Chez l'adulte ils sont généralement peu marqués; fièvre modérée, état saburral; mais chez les enfants,

la fièvre, les vomissements, le délire, les convulsions, peuvent apparaître dès la première période.

Disons pourtant que tout ce cortège de symptômes peut manquer au début du phlegmon juxta-pharyngien. Dans un grand nombre de cas, la maladie n'est découverte qu'au bout d'un temps assez long, alors qu'elle est entrée franchement dans sa deuxième période. Les phénomènes subjectifs et généraux du début étaient donc bien légers. L'examen direct même ne fournit aucun renseignement au début de certains abcès pharyngiens placés un peu bas.

2^e Période : période de tumeur pharyngienne.

A la place de la rougeur pharyngienne se voit une tuméfaction rouge aussi, qui occupe d'abord un des côtés de la face postérieure du pharynx, mais peut s'étendre jusqu'à la ligne médiane et la dépasser, ou qui siège sur une des faces latérales de l'organe. Le plus souvent c'est une tuméfaction large, par laquelle toute une moitié du pharynx semble oblitérée; quelquefois une saillie limitée présentant par exemple la forme d'un marron, d'une noix, d'une noisette, se surajoute au gonflement général.

Avec un doigt porté au fond de la gorge, avec deux doigts surtout, et Gillette recommande de se placer pour cet examen derrière le malade, on constate sans peine l'existence de la fluctuation au niveau des parties tuméfiées.

Dans un certain nombre de cas le larynx est repoussé en avant; la saillie du cartilage thyroïde est augmentée; ce phénomène se voit dans les abcès latéro-pharyngiens ou rétro-pharyngiens qui occupent la partie inférieure de la région.

Les symptômes fonctionnels sont ceux que nous avons indiqués plus haut; mais ils atteignent un haut degré. La déglutition non seulement des parties solides, mais des liquides et même de la salive, devient impossible. Le malade, la bouche entr'ouverte, laisse couler celle-ci au dehors, et favorise de temps en temps sa sortie par un effort expiratoire. — La respiration est bruyante, fréquente. Elle est gênée, par suite de l'obstruction partielle du larynx au niveau de son entrée, ou par l'œdème des replis aryéno-épiglottiques et de l'épiglotte. Elle l'est à tous les degrés, depuis une dyspnée légère jusqu'à l'asphyxie complète. La plainte de l'enfant rappelle le *cri du canard*. La voix est basse, rauque, parfois complètement éteinte. Le cou est raide, immobile. Le malade se meut d'une seule pièce.

Les phénomènes généraux, s'ils n'existaient pas d'abord, apparaissent au début de cette deuxième période. Ce sont les symptômes qui caractérisent l'existence de la suppuration : frissons répétés, élévation de la température, nausées, vomissements. Comme phénomènes plus rares, il faut signaler le hoquet, le trismus, le délire, les convulsions. Ces derniers symptômes appartiennent presque exclusivement aux enfants.

La variété latérale du phlegmon juxta-pharyngien expose plus que la variété rétro-pharyngienne aux troubles cérébraux (Jacquemart).

Marche et terminaison. — Il peut y avoir des cas très aigus, mais ils sont exceptionnels. Souvent la maladie évolue avec une demi-lenteur. Dès que le pus est formé, il se fait une certaine détente dans l'état général, et si des complications graves ne surviennent pas, l'affection peut prendre une marche chronique.

L'abcès, comme sa position peut le faire penser, n'a presque aucune tendance à s'ouvrir spontanément. Le pus fuse facilement dans différentes directions : angle de la mâchoire, bord antérieur du sterno-cléido-mastoiïdien, fourchette sternale, région sus-claviculaire. Il peut aussi, surtout dans les abcès rétro-pharyngiens, gagner en suivant le tissu cellulaire prévertébral, le médiastin postérieur, se mettre en contact avec la plèvre et même la perforer. Dans un cas rapporté par Bécлар, il avait envahi le canal rachidien.

La mort est la terminaison ordinaire de la maladie abandonnée à elle-même. Elle arrive le plus souvent par une asphyxie progressive, à la suite de la compression du larynx ou de l'œdème de la glotte, et par l'inanition suite de la dysphagie. Les phénomènes septiques prennent beaucoup de gravité lorsqu'il s'agit d'inflammations diffuses à caractères gangreneux.

De *sérieuses complications* viennent rendre la terminaison fatale plus fréquente. Ce sont, dans certains cas heureusement fort rares, des hémorragies par ulcération de la carotide interne, des bronchites et des pneumonies qui sont peut-être favorisées par le passage dans les voies respiratoires des liquides ingérés ou même du pus, des pleurésies survenant spontanément ou succédant à une fusée purulente vers le médiastin. Nous avons déjà dit qu'au moins dans un cas, le pus avait perforé la plèvre et envahi la cavité pleurale.

L'ouverture spontanée dans la trachée est une complication très rare, qui expose le malade à la suffocation lorsque le pus arrive en

abondance dans les voies respiratoires, et plus tard à la pneumonie, comme nous le disions tout à l'heure.

L'ouverture spontanée au niveau du pharynx, déjà peu commune par elle-même, est rarement suivie de guérison. Elle est insuffisante. Le pus continue à se reproduire, s'accumule dans les parties déclives et fuse au loin comme s'il ne s'était fait aucune évacuation. Des parcelles alimentaires pénètrent dans la poche, son contenu devient septique, et le malade succombe soit par le fait de la septicémie, soit à la suite d'un des accidents énumérés plus haut. Dans une thèse récente, Thoyer-Rauzat a insisté sur la fréquence de la mort subite dans les abcès volumineux et très tendus, par spasme de la glotte ou par compression des gros troncs nerveux du cou.

La guérison est au contraire la règle, et une règle qui ne compte presque aucune exception, lorsque le malade est convenablement traité. On n'a guère eu de revers que pour des abcès gangreneux qui, dès leur apparition, affectaient un caractère de gravité tout particulier.

Diagnostic. — Lorsque l'examen du pharynx permet de reconnaître une tuméfaction plus ou moins étendue, rouge, fluctuante, le diagnostic ne présente presque aucune difficulté. Mais cet examen n'a pas toujours été fait. Chez les jeunes enfants la gravité de certains symptômes particuliers a donné souvent le change aux observateurs. A cause de la dyspnée, de l'aphonie, de la respiration bruyante, on a pensé à des lésions du larynx : croup, œdème de la glotte, tuberculose laryngée, et l'on a même, dans cette idée, pratiqué la trachéotomie. A cause des phénomènes nerveux on a pu croire au début d'une fièvre grave, à la méningite, etc.

On évitera ces erreurs si l'on accorde à la *dysphagie*, qui toujours apparaît la première, l'importance qu'elle mérite; *son association avec la dyspnée* doit particulièrement frapper l'attention; il faut d'ailleurs qu'on se pénètre bien de cette idée que toute gêne de la déglutition exige un examen attentif du pharynx.

Il est à peine croyable qu'on puisse confondre un abcès rétro-pharyngien avec un polype naso-pharyngien. D'après Gillette, l'erreur aurait été commise au moins deux fois.

Il peut être difficile de distinguer un phlegmon juxta-pharyngien d'un abcès par congestion consécutif à un mal cervical de Pott. Ce dernier a une allure particulièrement lente; mais nous savons que

certain phlegmons juxta-pharyngiens se manifestent par des phénomènes d'une acuité très modérée au début et prennent bientôt une marche chronique. Il est rare que les commémoratifs ne fournissent pas quelque renseignement utile sur le début de l'affection. Enfin le mal cervical de Pott a des signes propres : raideur et instabilité de la tête, gonflement et douleur au niveau des apophyses des vertèbres, etc.

Dans les phlegmons inférieurs, placés derrière le larynx, l'inspection du pharynx peut n'être d'aucun secours ; mais, même dans ces cas, le doigt atteint généralement sans peine la partie gonflée. En l'absence de tout renseignement fourni par l'examen direct, il faudrait établir le diagnostic sur l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés, et particulièrement sur la dysphagie, le gonflement et la raideur du cou, la douleur spontanée et provoquée au niveau du point enflammé, les signes généraux de la suppuration.

Pronostic. — Une erreur de diagnostic est le plus souvent fatale, puisque la terminaison par la mort est à peu près de règle chez les malades abandonnés à eux-mêmes. Lorsque la maladie est reconnue à temps, le résultat dépend en grande partie du traitement. Si la tumeur est ouverte assez tôt, et bien ouverte, la guérison s'obtient presque toujours. Il faut faire une exception pour les phlegmons à marche gangreneuse qui poursuivent, quoi qu'on fasse, leur marche envahissante le long de l'œsophage, vers le médiastin. Cette variété est heureusement très rare.

Le **traitement** est contenu tout entier dans ce précepte : ouvrir dès que la collection est formée.

Certains abcès juxta-laryngiens doivent être ouverts par la bouche ; d'autres doivent être attaqués par l'extérieur.

Les collections qui se sont étendues jusqu'au voisinage de la ligne médiane du pharynx, ou qui ont dépassé cette ligne, peuvent être incisées sans crainte ; mais celles qui sont restées latérales exposent à la blessure des gros vaisseaux et particulièrement à celle de l'artère carotide interne. Aucun pharyngotome spécial, aucun procédé d'ouverture ne met à l'abri de ce redoutable accident. Dans certains cas seulement la collection est si tendue et si prête à se rompre que l'ongle ou un instrument moussé comme le manche d'une cuiller suffisent à l'ouvrir. Peut-être vaudrait-il mieux, dans ces cas-là, avoir recours au bistouri. En effet, quand la tumeur proémine fortement dans le pharynx, on peut faire sans crainte l'incision au moyen d'une

lame recouverte de linge de façon à ne pas être tranchante sur plus d'un centimètre de longueur. Lorsque l'abcès ne proémine que fort peu dans la cavité pharyngienne, et pointe au contraire dans la région cervicale, il vaut mieux aller à sa recherche en incisant la peau au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

La collection doit être ouverte assez largement, surtout lorsqu'elle est abordée par le pharynx. A ce prix seulement elle se vide facilement et marche régulièrement vers la guérison. On connaît un cas d'asphyxie à la suite de la pénétration du pus dans le larynx, au moment où l'abcès fut ouvert. On éviterait cet accident en recommandant au malade de faire une forte expiration lorsque le pus est mis en liberté, et si c'est un enfant, en lui fermant la glotte avec le doigt, ou en mettant immédiatement la tête en bas.

La trachéotomie trouve rarement son indication dans le traitement des abcès juxta-pharyngiens. Quand elle a été mise en usage, c'est presque toujours à la suite d'une erreur de diagnostic. Elle peut pourtant devenir nécessaire.

II

AFFECTIIONS DES GANGLIONS DU COU

Les maladies des ganglions lymphatiques sont presque toutes le résultat d'une infection. Un élément étranger envahit ces petits organes et se développe dans leur tissu.

Selon la nature de l'agent infectant, selon les conditions locales et générales du sujet, le résultat de cette invasion peut être une inflammation violente, aiguë, ou une inflammation chronique. Il faudrait décrire autant d'adénites aiguës et autant d'adénites chroniques qu'il existe d'agents spéciaux d'infection. Mais il faut le reconnaître, tous ces agents, microbes ou éléments anatomiques altérés, ne sont pas bien connus ; et, d'autre part, il est vraisemblable que certains d'entre eux réagissent, malgré leur différence spécifique, de la même façon sur les ganglions.

On conserve donc avec raison la grande section des adénites aiguës, dans laquelle se confondent les adénites à marche rapide terminée le plus souvent par la suppuration et à étiologie banale ou mal déterminée, et celle des adénites chroniques, forme diminuée de la précé-