

TROISIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DU COU

Au point de vue chirurgical, le cou est limité : en haut, par la ligne courbe supérieure de l'occipital en arrière, par le maxillaire inférieur en avant, par l'articulation temporo-maxillaire et l'apophyse mastoïde sur les parties latérales. En bas, le cou s'étend jusqu'au sternum et à la clavicule en avant, et jusqu'à la septième vertèbre cervicale en arrière.

Il comprend les régions *sus-hyoïdienne, sous-hyoïdienne, sterno-mastoïdienne, parotidienne, sus-claviculaire, et la région de la nuque.*

Nous étudierons, dans un premier chapitre, les maladies qui peuvent se rencontrer dans toutes les régions du cou.

Un second chapitre sera consacré aux maladies qui affectent spécialement certaines régions.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES QUI PEUVENT SE MONTRER DANS TOUTES LES PARTIES DU COU

Nous ne décrirons pas ici les maladies qui n'offrent rien de spécial, et qui ont été déjà étudiées, telles que *pustule maligne, anthrax, etc.* Nous ne nous occuperons que de celles qui empruntent des caractères particuliers à la région qu'elles occupent. Celles-ci sont de trois ordres : les *lésions traumatiques*, plaies ; les *lésions inflammatoires*, phlegmons et abcès, et les *lésions de nutrition*, kystes. Nous étudierons ensuite le *torticolis*, dont la cause peut résider dans divers organes de la région du cou.

ARTICLE PREMIER

PLAIES DU COU (LÉSIONS TRAUMATIQUES)

Examen du malade. — L'élève se bornera à constater, par le regard, le siège, l'étendue, la forme et la direction de la plaie. Il ne cherchera pas à s'assurer, par l'introduction du doigt ou d'un stylet, si des organes importants sont blessés ou non. Ces complications lui seront révélées par l'examen attentif des symptômes fonctionnels : hémor-

rhagie (plaie des vaisseaux), *issue de l'air* (plaie du larynx, de la trachée), *des matières alimentaires* (plaie du pharynx, de l'œsophage), etc.

Les plaies du cou, qui peuvent être produites par toute sorte d'instruments vulnérants, présentent les mêmes phénomènes que les plaies en général ; mais la blessure de certains organes situés dans les diverses parties du cou donne à la plaie des caractères particuliers. Nous examinerons séparément les plaies des diverses régions du cou.

§ 1. — Plaies de la région sus-hyoïdienne.

Elles sont *superficielles* ou *profondes*. Ces dernières peuvent affecter non-seulement les muscles et les nerfs de la région, mais encore la base de la langue et le pharynx. Dans ce dernier cas, la cavité pharyngienne communique avec l'extérieur.

Dans les plaies transversales, résultant presque toujours d'une tentative de suicide, les lèvres de la plaie ont de la tendance à s'enrouler sur elles-mêmes. La phonation et la déglutition sont gênées.

On fléchit la tête sur le cou, pour rapprocher, autant qu'il est possible, les lèvres de la solution de continuité ; on alimente le malade avec une sonde œsophagienne passant par le nez ou par la bouche, afin d'éviter l'introduction des aliments dans le larynx ou dans la plaie. Il est dangereux de réunir par première intention, parce qu'il peut se produire de l'emphysème ou un phlegmon. Ordinairement, on tient la tête fléchie, et, au bout d'un certain temps, la membrane granuleuse qui recouvre la plaie amène l'oblitération complète de l'ouverture.

§ 2. — Plaies de la région sous-hyoïdienne.

Les *plaies transversales superficielles* présentent des bords qui tendent à s'enrouler sur eux-mêmes, comme dans la région sus-hyoïdienne. Les *plaies profondes*, qui peuvent être déterminées par des instruments piquants ou tranchants, ou par des armes à feu, se montrent avec des variétés infinies suivant les organes blessés. On comprend toute la gravité des plaies qui intéressent les gros vaisseaux de cette région, et de celles qui divisent plus ou moins complètement le larynx, la trachée, l'œsophage et le corps thyroïde.

Toutes ces lésions peuvent amener la mort par hémorragie, par emphysème, par phlegmon, et même par asphyxie, que celle-ci soit le résultat d'un œdème de la glotte ou de l'introduction du sang dans les voies aériennes.

Si le *larynx* est divisé ou broyé, il se développe fréquemment de l'inflammation, quelquefois un œdème de la glotte qui peut nécessiter la trachéotomie.

Lorsque la *trachée* est coupée transversalement, les deux lèvres de la plaie s'écartent, surtout si la section est complète ; alors, il se développe

un emphysème qui peut s'étendre à une distance considérable. Il faut rapprocher les lèvres de la plaie par la flexion du cou, et il serait imprudent de faire la suture, parce que l'emphysème et le phlegmon ne manqueraient pas de se montrer.

Il n'est pas rare de voir les plaies du larynx et de la trachée laisser un orifice fistuleux, qu'on obtièrè plus tard par un procédé autoplastique.

Dans les cas de plaies de l'*œsophage*, si la section est incomplète, il faut fléchir la tête et alimenter le malade avec la sonde œsophagienne. Si elle est complète, il faut introduire la sonde à travers la blessure, dans le bout inférieur. Il reste, dans presque tous les cas, une fistule.

Ces plaies affectent les jugulaires et peuvent amener l'introduction de l'air dans les veines, dans les artères carotides; elles intéressent souvent le nerf pneumogastrique et le muscle sterno-mastoïdien. Dans ce dernier cas, les deux bouts du muscle se rétractent, et la tête s'incline du côté opposé.

On se comporte différemment, selon l'organe blessé; mais, dans tous les cas, il faut, après le premier pansement, incliner la tête du malade, de manière à rapprocher les lèvres de la plaie.

§ 3. — Plaies de la région parotidienne.

Elles peuvent atteindre des organes profonds : nerf facial, artère carotide, veine jugulaire. On comprend la gravité de ces lésions. Si la glande elle-même est blessée, la plaie peut se cicatrizer; mais il peut arriver aussi qu'il persiste un orifice fistuleux qui laisse écouler la salive.

§ 4. — Plaies de la région sus-claviculaire.

Les plaies de cette région sont très-graves, en raison des organes importants qui peuvent être blessés : vaisseaux sous-claviers, nerfs du plexus brachial, plèvre et sommet du poumon. (*Voy. Plaies de poitrine.*)

§ 5. — Plaies de la nuque.

Elles ne présentent rien de particulier. Lorsqu'elles sont profondes et que la plupart des muscles sont divisés, la tête s'incline en avant; entraînée par son propre poids, elle tombe sur la poitrine. Ces plaies peuvent être compliquées de lésions de la moelle et de ses enveloppes.

ARTICLE DEUXIÈME

PHLEGMONS ET ABCÈS DU COU (LÉSIONS INFLAMMATOIRES)

Nous les étudierons : 1^o dans la région sus-hyoïdienne; 2^o dans la région sous-hyoïdienne; 3^o dans les régions latérales du cou; 4^o dans la région cervicale profonde ou rétro-pharyngienne; 5^o dans la région parotidienne.

§ 1. — Phlegmons et abcès de la région sus-hyoïdienne.

Les inflammations superficielles de la région sus-hyoïdienne se comportent comme celles des autres parties du corps. Les phlegmons profonds siègent au-dessous de l'aponévrose cervicale, le plus souvent dans le triangle limité par le bord inférieur du maxillaire et la courbe du muscle digastrique. La suppuration, englobant fréquemment la glande sous-maxillaire et les ganglions lymphatiques, tend à se porter vers la bouche et le pharynx.

Les *symptômes* sont les mêmes que ceux de tous les phlegmons profonds; ils ont ceci de particulier qu'ils gênent la déglutition et la mastication.

La *cause* des phlegmons profonds est variable. Le plus souvent, la suppuration du tissu cellulaire est consécutive à une adénite aiguë, et celle-ci est amenée par une lésion des dents, du périoste, de l'os, ou de la portion de muqueuse buccale dont les vaisseaux lymphatiques se rendent dans les ganglions sous-maxillaires.

Il faut ouvrir ces abcès de bonne heure.

§ 2. — Phlegmons et abcès de la région sous-hyoïdienne.

Ces abcès peuvent être superficiels ou profonds, comme ceux de la région latérale auxquels nous renvoyons.

L'abcès thyro-hyoïdien appartient à cette région. Il se forme entre l'épiglotte, la base de la langue et l'os hyoïde, dans le tissu cellulo-graisseux situé en ce point.

Presque toujours symptomatique d'une lésion de la langue, de l'épiglotte ou du cartilage thyroïde, l'abcès thyro-hyoïdien refoule l'épiglotte en arrière, et détermine l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux de la partie supérieure du larynx. (*Oedème de la glotte.*)

Cet abcès occasionne une violente *douleur* et des troubles fonctionnels: *gêne de la phonation et de la déglutition, dyspnée* plus ou moins intense. Il fait saillie du côté de la cavité buccale, et non du côté de la peau.

On le traite par les antiphlogistiques. S'il y a du pus, on fait une incision du côté de la peau.

§ 3. — Phlegmons et abcès des régions latérales.

Les uns sont *superficiels*, et se comportent comme dans les autres régions.

Les autres sont *profonds*; ils se forment dans le tissu cellulaire situé au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle, et du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Selon Velpeau, le phlegmon succéderait quelquefois à l'ouverture d'un abcès situé dans le sterno-cléido-mastoïdien.

Développés souvent sous l'influence du froid, ces abcès débutent par une violente *douleur*. Bientôt, la *rougeur* et une *tuméfaction* considérable se montrent. Toute la région est tendue, les organes vasculaires et nerveux sont comprimés. Il existe, en même temps, des symptômes généraux assez intenses.

Ce phlegmon se *termine* presque toujours par suppuration. Le pus peut s'étendre jusque dans le médiastin et occasionner la mort.

Le *traitement* du début, par des sangsues, est rarement suivi de bons effets. Le plus souvent, on est forcé d'avoir recours au bistouri, surtout si la compression de la trachée détermine de la suffocation.

§ 4. — Abcès de la région cervicale profonde. (Rétro-pharyngiens.)

Les abcès rétro-pharyngiens se montrent sous trois formes : *abcès aigus*, *abcès chroniques*, *abcès symptomatiques* d'une lésion des vertèbres.

Causes. — On observe la forme aiguë chez les jeunes enfants, à la suite d'une pharyngite un peu intense, d'un érysipèle, à l'époque de la dentition. Le séjour d'un corps étranger dans le pharynx peut être le point de départ d'un abcès rétro-pharyngien.

Anatomie pathologique. — Ces abcès siègent dans le tissu cellulaire situé entre la colonne vertébrale et le pharynx ou l'œsophage. Les ligaments prévertébraux et les vertèbres sont intacts dans la forme aiguë; ces dernières présentent diverses altérations dans les abcès symptomatiques.

Symptômes. — Début insidieux; l'enfant refuse le sein, il pousse des cris, il tousse; bientôt la fièvre s'allume, la bouche et les lèvres deviennent chaudes; un coryza quelquefois très-intense annonce l'inflammation de la pituitaire. Gêne des mouvements du cou, de la déglutition; rejet par les fosses nasales des liquides introduits dans le pharynx; douleur à la pression.

Au bout de 8 à 10 jours environ, dyspnée avec exacerbation pendant la déglutition. Sifflement laryngo-trachéal, voix nasonnée; dysphagie complète. On aperçoit, au fond de la cavité pharyngienne, une tumeur lisse, rouge; le toucher fait reconnaître qu'elle est fluctuante.

Ces phénomènes s'accompagnent souvent d'éclampsie, tantôt au dé-

but, tantôt à la fin; d'autres fois, d'une contracture tétanique des muscles du cou.

Variétés. — Quand l'abcès est *rétro-œsophagien*, on constate une tuméfaction à la partie moyenne du cou, principalement au côté gauche de l'œsophage; les boissons séjournent dans le pharynx; la voix est plus vibrante, plus grave; il y a une douleur vive au niveau du larynx, qui est souvent déjeté en avant et à droite. La tumeur, située plus profondément, est plus difficile à reconnaître par le toucher.

Dans les abcès *chroniques* et *symptomatiques*, les symptômes sont les mêmes; mais la marche est plus lente, et les phénomènes généraux aigus font défaut.

Terminaison. — Ces abcès peuvent rester longtemps stationnaires, s'ils sont chroniques; mais les abcès aigus peuvent s'étendre au tissu cellulaire du voisinage, et fuser dans le thorax en suivant le tissu cellulaire péri-pharyngien et péri-œsophagien. Dans tous les cas, un abcès rétro-pharyngien peut déterminer la mort par suffocation.

Le *diagnostic* est facile. Il suffit d'examiner la partie profonde du pharynx pour ne point confondre un abcès rétro-pharyngien avec le croup.

Pour savoir si l'abcès est symptomatique, il faut tenir compte de la marche de la maladie, de l'état des vertèbres cervicales et de la moelle.

Le *traitement* consiste à donner issue au pus. On entoure de diachylon ou de linge la lame d'un bistouri dont on laisse l'extrémité libre; on ouvre l'abcès du côté de la bouche. Dans des cas rares, si l'abcès fuse sur les côtés du cou, on pourra l'ouvrir à ce niveau en prenant les plus grandes précautions.

Si le pus séjourne dans le fond du foyer, il est possible de le chasser en poussant des injections par l'ouverture faite avec le bistouri. Si l'abcès était chronique, on se servirait avec avantage des injections de teinture d'iode.

§ 5. — Phlegmons et abcès parotidiens.

Il y a plusieurs espèces d'inflammations parotidiennes :

1^o Les **oreillons**. — On donne ce nom à une tuméfaction inflammatoire de la région parotidienne, existant le plus souvent chez les enfants, quelquefois épidémiquement, et caractérisée par du gonflement, de la gêne de la mastication et de la déglutition, et par quelques symptômes généraux.

Les oreillons se terminent toujours par résolution, sous l'influence du repos et de la chaleur; ils ne suppurent jamais.

Au moment où ils disparaissent, on constate quelquefois le développement d'une orchite : *métastase* de quelques auteurs.

2^o Les **abcès superficiels**. — Ces abcès se montrent dans le tissu cel-

lulaire sous-cutané de la région parotidienne; ils ne présentent rien de particulier; on doit les ouvrir au plus vite.

3° Les **parotides**. — Ce nom impropre est donné à l'inflammation de la glande parotide. L'inflammation siège ordinairement dans le tissu cellulaire qui entoure les lobules de la glande; mais on l'a vue affecter le tissu glandulaire lui-même. Dans ce dernier cas, la pression sur la parotide fait passer le pus dans la cavité buccale, à travers le canal de Sténon.

L'inflammation du tissu parotidien s'observe quelquefois dans le cours de fièvres graves, *parotide symptomatique*, ou au déclin, *parotide critique*.

Les *symptômes* sont : une douleur excessive, pouvant s'irradier en suivant les nerfs sensitifs du voisinage; l'impossibilité d'ouvrir la bouche; une gêne extrême de la déglutition; des symptômes généraux graves : fièvre intense, céphalalgie, souvent délire et même convulsions.

La *terminaison* par résolution est rare. Si l'on n'intervient pas, le pus peut détruire la glande parotide, perforer le conduit auditif et s'écouler par cette voie, fuser du côté du tissu cellulaire rétro-pharyngien, amener la destruction des organes contenus dans la glande parotide, nerf facial, etc. Le pus n'a aucune tendance à se porter du côté de la peau; il en est empêché par la résistance de l'aponévrose parotidienne.

Le *traitement*, on le conçoit, consiste à donner issue au pus. On fera une ponction plutôt qu'une incision. Que de précautions à prendre dans l'ouverture de ces abcès!

ARTICLE TROISIÈME

KYSTES DU COU (LÉSIONS DE NUTRITION)

Les kystes du cou ne sont pas rares; on en observe plusieurs espèces : les kystes du corps thyroïde, les kystes congénitaux, les kystes ganglionnaires et les kystes thyro-hyoïdiens.

Les *causes* qui déterminent la formation des kystes du cou sont complètement inconnues.

Symptômes. — Tous ces kystes ont une marche lente, une durée fort longue. Ils peuvent acquérir un volume considérable.

Les kystes ne déterminent de gêne que par leur volume. Ils forment des tumeurs plus ou moins volumineuses, qui n'altèrent ni la température, ni la couleur de la peau; ils sont arrondis, lisses, et le plus souvent fluctuants. Ils déterminent des symptômes de voisinage dus à la compression des organes voisins; les veines jugulaires peuvent être comprimées, et la circulation cérébrale gênée; le maxillaire est quelquefois comprimé et le malade ne peut pas ouvrir la bouche.

La résorption de ces kystes a été observée. On a vu des kystes du corps thyroïde s'ouvrir dans la trachée.

Anatomie pathologique. — 1° *Kystes du corps thyroïde*. — Désignés autrefois sous les noms de *goître aqueux*, *d'hydrocèle du cou*, ces kystes présentent une paroi et un contenu. La *paroi* est formée par le tissu même du corps thyroïde. Elle est souvent tapissée par une membrane recouverte d'épithélium et présentant une épaisseur variable. Cette membrane contient quelquefois, dans son épaisseur, des plaques fibreuses, cartilagineuses et calcaires. Le *contenu* est variable. Il est séreux et transparent; plus souvent, brun foncé. On y a trouvé une fois des hydatides; dans quelques cas, on y trouve du pus, du sang pur.

Lorsque du pus existe dans le kyste, cela prouve, ou que la paroi du kyste s'est enflammée, ou qu'il s'agit d'un abcès consécutif à une thyroïdite; nous ne voyons pas la nécessité de décrire une variété de *kyste purulent*, comme l'a fait M. Houel.

De même, lorsqu'il existe du sang, ce qui indique une exhalation sanguine à la face interne de la poche, nous ne croyons pas qu'il y ait lieu à décrire une variété de *kyste hématiche*, comme M. Houel, ou *d'hématocèle du cou*, à la manière de M. Michaux (de Louvain).

En résumé, les kystes du corps thyroïde sont presque toujours des kystes séreux.

2° *Kystes congénitaux*. — Les kystes congénitaux sont simples ou multiples.

Les kystes *simples* se montrent surtout en avant. Les kystes *multiples* siègent en avant, dans la région sous-hyoïdienne, ou en arrière, sur la ligne médiane.

Les premiers ont la même structure que les kystes séreux de l'adulte, développés dans le tissu cellulaire.

Les kystes multiples, ou composés, sont formés par plusieurs poches réunies entre elles par un tissu cellulo-fibreux vasculaire. Chaque poche, à paroi plus ou moins épaisse, contient des matières diverses : sérosité, sang, liquide gélatiniforme rougeâtre, fragments de cartilage et d'os en évolution, etc.

3° *Kystes ganglionnaires*. — D'après M. A. Richard, des kystes séreux prendraient leur point de départ dans les ganglions lymphatiques cervicaux. Leur structure ne diffère pas de celle des kystes du corps thyroïde.

4° *Kystes thyro-hyoïdiens*. — Les kystes thyro-hyoïdiens se montrent entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Ils constituent la *grenouillette sous-hyoïdienne*, indiquée par M. Nélaton. Le siège du kyste est, le plus souvent, la bourse séreuse décrite par Malgaigne, entre l'os hyoïde et la membrane thyro-hyoïdienne. La paroi et le contenu présentent les mêmes caractères que dans la véritable grenouillette.

Diagnostic. — En étudiant les symptômes, on a vu quels sont les