

solide tendue entre le bord convexe de ce muscle, le bord du sterno-mastoïdien et la clavicule, et fermant la fente vasculaire en avant. Toutefois il persiste un orifice de communication entre la fente vasculaire et la fente inter-musculaire (fig. 108 c).

3) D'après l'ancienne théorie, les deux feuillets se réunissent dans la fosse carotidienne. On a renoncé à cette explication artificielle et l'on admet aujourd'hui l'existence d'une *aponévrose sous-hyoïdienne* qui passe devant l'orifice triangulaire circonscrit par le ventre supérieur de l'omo-hyoïdien, le bord antérieur du sterno-mastoïdien, l'os hyoïdien et le ventre postérieur du digastrique, et ferme en même temps la fente vasculaire en avant. Comme à ce niveau le sterno-mastoïdien s'attache solidement à la colonne vertébrale, il contribue à fermer la fente vasculaire sur le côté (fig. 108 b).

4) L'aponévrose *sus-hyoïdienne* se continue avec la précédente et ferme en avant la loge de la glande sous-maxillaire, entre l'os hyoïde et le maxillaire inférieur (fig. 108 a).

5) On admet enfin l'existence d'une aponévrose *sus-scapulaire* qui ferme l'espace triangulaire compris entre le ventre inférieur de l'omo-hyoïdien et le bord supérieur de l'omoplate, sans s'attacher au sterno-mastoïdien ni à l'orifice supérieur du thorax. Elle sépare simplement le tissu cellulaire sous-cutané du tissu-conjonctif inter-musculaire du creux axillaire, dont elle laisse libre les communications profondes.

La disposition schématique de toutes ces parties est présentée sur la figure 108.

Au point de vue pratique, la différence principale entre la description ancienne, telle qu'elle a été adoptée par Froberg, par exemple, pour la division des phlegmons du cou, et la description moderne est la suivante :

On n'admet plus l'existence d'un feuillet aponévrotique tendu entre le sterno-mastoïdien et le trapèze et s'insérant en bas sur la clavicule ; de même on renonce au feuillet tapissant la face postérieure du sterno-mastoïdien et passant derrière les muscles sous-hyoïdiens pour fermer la cavité viscérale. Par contre, on a démontré qu'en passant avec le doigt sous le sterno-mastoïdien on tombe, sans être arrêté par une aponévrose, dans le tissu conjonctif lâche péri-vasculaire qui se porte également dans le thorax. Ainsi on peut passer directement de la cavité axillaire dans le tissu cellulaire sus-claviculaire, et de là, sous le sterno-mastoïdien, dans la fente vasculaire et dans le thorax.

§ 2. — Abscesses et phlegmons du cou.

Abscesses pré et rétro-viscéraux. — Dans l'espace *pré-viscéral* du cou, les abscesses s'observent très rarement et proviennent soit de la glande thyroïde soit du tissu cellulaire voisin. Ces abscesses entraînent un double

danger : d'abord, ils peuvent fuser dans le médiastin et provoquer une pleurésie ou une péricardite mortelles ; ensuite, ils peuvent produire la compression de la trachée et, si ce dernier organe est immobilisé, donner lieu à des accès terribles de suffocation. Kœnig raconte l'histoire d'un enfant de deux ans qu'on a apporté presque asphyxié à la clinique et qui présentait une tuméfaction inflammatoire de la partie antérieure du cou. On se mit à faire la trachéotomie et chemin faisant on tomba sur un abcès gros comme une noix qui descendait derrière le sternum. L'abcès une fois incisé, la respiration se rétablit, la dyspnée disparut, et on n'eut pas besoin d'ouvrir la trachée. Dans des cas favorables, quand l'abcès se porte lentement en bas, en s'entourant d'une épaisse paroi d'induration inflammatoire, il peut pénétrer, sans danger pour la vie du malade, dans le médiastin et s'ouvrir au dehors dans un espace intercostal.

ABCÈS RÉTRO-ŒSOPHAGIENS. — Parmi les abscesses rétro-viscéraux, nous avons déjà étudié ceux qui, comme les abscesses rétro-pharyngiens, intéressent le pharynx. Il nous reste donc à étudier seulement les abscesses rétro-œsophagiens. Ce sont justement ces abscesses qui provoquent la dyspnée la plus effroyable et compriment en même temps l'œsophage, qu'ils rendent quelquefois complètement imperméable. Ceux qui sont situés entre la trachée et l'œsophage peuvent perforer le tube aérien et provoquer rapidement la mort du malade. Il faut ouvrir ces abscesses par une incision externe, comme Burckhardt le fait pour les abscesses rétro-pharyngiens. Ils sont aigus ou chroniques. Les premiers se forment spontanément, sans cause connue, ou consécutivement à un traumatisme, piqûre ou plaie par arme à feu, comme Larrey en a rapporté un cas. Les abscesses chroniques proviennent de la carie des vertèbres, et comme ils déplacent les organes très lentement, les troubles qu'ils provoquent ne se manifestent que très progressivement. Leur descente lente dans le médiastin postérieur est favorisée par les conditions anatomiques de cette région ; c'est là leur route naturelle, mais quelquefois ils l'abandonnent, pour sortir par les points où l'espace rétro-viscéral communique avec la fente vasculaire, c'est-à-dire au niveau de l'artère thyroïdienne inférieure. Dans ces cas, ils suivent cette voie et peuvent venir s'ouvrir sous le bord du sterno-mastoïdien.

Les abscesses de l'espace *vasculaire* proviennent ordinairement de ganglions lymphatiques suppurés. Le pus ne chemine ordinairement pas au loin dans la fente, et l'abcès a une tendance manifeste à s'ouvrir au dehors. Ces suppurations ganglionnaires ne se produisent que dans certains points de la fente vasculaire, notamment vers ses parties inférieures, où elle communique avec d'autres espaces conjonctifs. D'une façon générale, on peut dire que les abscesses qui s'observent dans la fente

vasculaire proviennent des processus suppuratifs des fentes voisines.

Phlegmon large du cou de Dupuytren. — Plus difficile à comprendre est l'origine des abcès phlegmoneux qu'on rencontre dans la région claviculaire, autour du grand *espace inter-musculaire*. Les auteurs français se sont beaucoup occupés de ces abcès et ont étudié en détail la disposition anatomique de ces suppurations. Dupuytren en particulier en a décrit une forme spéciale, qu'il a désignée sous le nom de phlegmon large du cou. Son esprit sagace et critique a bientôt reconnu dans ces phlegmons larges du cou un processus dont les caractères particuliers étaient dus à la disposition anatomique de la région. Sous ce nom, Dupuytren comprend une suppuration phlegmoneuse unilatérale, occupant la partie antéro-latérale du cou. Comme étendue, ce phlegmon envahit rapidement toute la surface comprise entre l'apophyse mastoïde et la fosse sus-claviculaire. La profondeur à laquelle pénètre le pus est très variable. Si la collection se trouve au-dessus du feuillet profond de l'aponévrose, elle ne gagne ordinairement pas le médiastin ; mais si l'abcès est situé au-dessous du feuillet profond entre les scalènes, ou dans la gaine de la carotide, ou dans la gaine de la trachée ou de l'œsophage, il a une tendance manifeste à descendre le long de ces organes et à pénétrer dans le thorax.

Ce mode de propagation présente pourtant des exceptions. Les phlegmons superficiels ne respectent pas toujours la barrière opposée par le feuillet aponévrotique profond, et pénètrent quelquefois dans le médiastin ; et d'un autre côté, les phlegmons profonds peuvent s'ouvrir au niveau de la partie antérieure du cou. Ainsi les phlegmons de la région sous-maxillaire, en se portant en bas, peuvent passer au-devant du feuillet aponévrotique profond (aponévrose moyenne pour Dupuytren) et venir proéminer sous le feuillet aponévrotique superficiel et même sous la peau où l'on peut les ouvrir.

Les *symptômes objectifs* justifient le nom que Dupuytren donna à cette affection : les parties latérales du cou sont élargies et les plis de la région effacés ; la tête est inclinée du côté sain, les mouvements du cou et ceux de déglutition sont douloureux. La peau est rouge, œdématisée, chaude, et toute la région est occupée par une infiltration dure ; la face est congestionnée, la respiration difficile, la fièvre vive et la prostration des forces considérable. Si le pus arrive entre les scalènes, il peut, en suivant les vaisseaux, envahir la cavité de l'aisselle ; et quelquefois le phlegmon du cou se transforme en un phlegmon diffus.

Telle est la description que Dupuytren donna de cette affection. Le fait a été constaté par un grand nombre d'autres chirurgiens qui ont loué sans réserve la clarté de cette description basée sur la con-

naissance des faits anatomiques ; on a dû seulement ajouter que quelquefois le processus phlegmoneux est plus fort que les aponévroses, qu'il ne les respecte pas toujours. Mais si l'on envisage la description de Dupuytren à la lumière de nos connaissances actuelles sur la disposition anatomique des aponévroses, le tableau tracé par le grand chirurgien paraît exact en tous points. Si l'on se rappelle que le feuillet aponévrotique superficiel n'existe à peu près pas entre le sternomastoïdien et le trapèze, que la moitié inférieure du sternomastoïdien n'est en aucun rapport avec ce feuillet, et qu'en suivant le tissu conjonctif lâche qui se trouve à ce niveau on peut pénétrer directement dans le médiastin par la fente vasculaire, ou dans la grande fente inter-musculaire, on comprend facilement pourquoi le pus ne respecte pas la barrière anatomique. Le fait est que cette barrière n'existe pas, et pour pénétrer dans le thorax, les phlegmons superficiels n'ont pas de feuillet aponévrotique superficiel à traverser.

Il en est de même du second point. Tant qu'on a cru que l'aponévrose entourait de toutes parts la cavité viscérale, on était obligé d'admettre que pour arriver à l'extérieur le phlegmon sous-aponévrotique devait traverser ce feuillet. Dupuytren a déjà fait observer à ce sujet qu'au niveau de l'omo-hyoïdien, cette membrane solide n'existe qu'en dedans du muscle (notre aponévrose omo-hyoïdienne) et que, par conséquent, le pus peut se frayer un passage au-dessus du chef supéro-externe de ce muscle. Mais nous savons, en outre, que la fente rétro-viscérale communique avec la fente de l'artère thyroïdienne ; aussi comprenons-nous mieux que les phlegmons profonds puissent franchir l'obstacle, discontinu en ce point. Nos connaissances anatomiques actuelles confirment donc pleinement le tableau clinique tracé par Dupuytren.

La signification pathologique de ces phlegmons larges du cou n'est pas très nette. Ce qui les caractérise de façon à en faire comme une individualité, ce sont les limites anatomiques et les conditions anatomiques qui régissent la marche du pus ; mais l'origine du processus et ses autres attributions pathologiques nous sont complètement inconnues. Si l'on voulait envisager le processus au point de vue strictement anatomique, on devrait diviser ces phlegmons en phlegmons de la fente inter-musculaire, en phlegmons latéraux de la cavité viscérale etc., et leur chercher des caractères dans leur mode de propagation. Car à côté des phlegmons rétro-viscéraux et pré-viscéraux, on en trouve d'autres qui siègent à l'intérieur même de la cavité viscérale et qu'on devrait désigner sous le nom de phlegmons inter-viscéraux : tels par exemple les abcès qui proviennent de la face postérieure du corps thyroïde et qui ne sont ni pré-viscéraux ni rétro-

viscéraux, mais réellement inter-viscéraux. Seulement il est préférable de ne pas multiplier les divisions outre mesure.

Phlegmons de la région cervicale supérieure. — Il nous reste à dire quelques mots des processus phlegmoneux qui s'observent dans la région cervicale supérieure. Il y a quelques années, v. Thaden a émis l'opinion que les phlegmons de la région supéro-latérale du cou décrits par Ludwig en 1836 et connus généralement sous le nom d'angine de Ludwig ne sont autre chose qu'une adénite aiguë des ganglions lymphatiques qui siègent sous l'angle de la mâchoire inférieure. Si l'on songe à l'œdème et à la tuméfaction considérable de l'aine ou de l'aisselle dans les cas où une péri-adénite phlegmoneuse se développe dans les ganglions lymphatiques de cette région, on comprend facilement les troubles que provoquera une telle péri-adénite quand elle se développera sous l'aponévrose sus-hyoïdienne. Dans ces cas, on observe un œdème collatéral considérable, qui peut se propager jusqu'à l'orifice du larynx et provoquer des accès de suffocation. Il est difficile de dire si ce processus septique d'origine buccale ou pharyngienne, décrit par v. Thaden, est identique ou non à l'angine de Ludwig; seulement je suis d'avis de ne pas user de ce dernier terme parce qu'il ne signifie rien. Je ne sais si, à côté de la péri-adénite phlegmoneuse de la région sous-maxillaire, on observe encore à ce niveau d'autres processus phlegmoneux circonscrits. Toujours est-il que tous les processus inflammatoires qui se développent sous l'aponévrose sus-hyoïdienne, s'accompagnent de tension considérable des tissus; que le voisinage du larynx les rend très graves; qu'en outre la présence de vaisseaux volumineux dans ces régions doit faire procéder avec la plus grande prudence quand on se décide à ouvrir ces abcès.

Enfin on a encore décrit, sous le nom de *phlegmon thyro-hyoïdien*, les abcès du tissu cellulaire situé derrière la membrane thyro-hyoïdienne. L'abcès occupe par conséquent le tissu cellulaire qui entoure la base de l'épiglotte et provoque infailliblement de l'œdème de la glotte. Vidal et Nélaton ont proposé d'ouvrir ces abcès par une incision externe, semblable à celle de la pharyngotomie sus-hyoïdienne.

Phlegmons diffus. — Infiltration purulente du cou. — Les processus phlegmoneux que nous venons de décrire rentrent dans la catégorie des phlegmons circonscrits. Bien qu'ils se développent rapidement et occupent parfois une très grande étendue, ils n'en présentent pas moins un mode de propagation déterminé et, ce qui les caractérise le mieux, ils aboutissent à la formation d'abcès, c'est-à-dire à la formation de foyers purulents circonscrits. A ces phlegmons on peut oppo-

ser les phlegmons diffus et les infiltrations purulentes aiguës. Les premiers ont été décrits par Dupuytren, les secondes par Pirogoff. La dénomination indiquée par Dupuytren s'applique à des cas dans lesquels la suppuration envahit rapidement tout le tissu cellulaire du cou, provoque la nécrose du tissu cellulaire sous-cutané et d'une partie de la peau, et de là des ulcérations à suppuration profuse et persistante qui épuisent le malade quand même le phlegmon n'a pas dépassé le cou. Ce qui est propre à cette affection, c'est le caractère aigu, chaud, phlegmoneux du processus.

Sous le nom d'infiltration aiguë, Pirogoff comprend l'infiltration rapide du tissu conjonctif des parties envahies, par du sérum, du pus (œdème purulent aigu) et du liquide ichoreux; l'infiltration aiguë peut par conséquent être séreuse, purulente ou ichoreuse. Pirogoff a insisté sur ce fait que l'infiltration purulente aiguë s'observe particulièrement dans les plaies du cou par armes à feu exposées à de mauvaises conditions hygiéniques. Ce qui distingue ces infiltrations des phlegmons, c'est l'absence de la chaleur de la peau. Dans l'œdème purulent aigu, la peau est souvent pâle, œdématisée, couverte d'un lacis de veines dilatées; les tissus infiltrés de pus ne présentent nulle part des foyers purulents limités.

Par contre, l'infiltration ichoreuse aiguë peut se présenter avec un tableau clinique analogue à celui d'un phlegmon. (Un cas particulier de cette infiltration dans une région autre que le cou est formé par l'infiltration d'urine.) L'infiltration provoque dans ces cas la nécrose du tissu cellulaire; la peau est livide, couverte de vésicules gangréneuses et de taches grisâtres ou noirâtres bien limitées, et présente la crépitation emphysémateuse. Quelquefois ces phénomènes existent dans les phlegmons; toutefois dans les phlegmons la mortification du tissu cellulaire est provoquée par la tension considérable des tissus emprisonnés sous les aponévroses, et l'incision donne issue à du pus de bonne nature; plus tard, les aponévroses mortifiées s'éliminent sous forme de lambeaux.

Dans l'infiltration ichoreuse, les propriétés corrosives du liquide infiltré agissent déjà indépendamment de la tension des tissus, et après l'incision on évacue un liquide fétide, d'odeur de viande putréfiée, contenant des caillots sanguins en décomposition et des gaz. Le diagnostic ne présente donc pas de difficulté dans la majorité des cas. A Innsbruck, j'ai observé plusieurs cas d'infiltration aiguë du cou, et, fait curieux, surtout chez des cardeurs de crin, notamment chez quelques prisonniers employés à cette besogne, et sur un tapissier. Chez un prisonnier, il s'agissait d'une infiltration purulente aiguë, chez le tapissier d'une infiltration ichoreuse aiguë de la région supé-

rieure du cou. Chez les deux, il y avait une fièvre très élevée; le second présentait, en outre, tous les symptômes de la septicémie. Des cas semblables ont déjà été observés à Innsbruck par Heine, et Rembold a attiré l'attention sur les relations entre cette affection et le métier des malades. Il n'y avait pas de plaie extérieure, de sorte que c'est probablement l'aspiration de la poussière qui se dégage des poils du cheval, qui provoque cette affection. On n'a pu savoir si le poil provenait de chevaux atteints de morve.

Phlegmon fibrineux diffus. — Stromeyer a attiré l'attention sur une forme tout à fait particulière de phlegmons qu'il a souvent observés à Munich et décrits sous le nom de phlegmons fibrineux diffus. Ils siègent ordinairement au niveau de la région du maxillaire inférieur et au cou: Stromeyer les considère comme d'origine rhumatismale. Sous l'influence d'un refroidissement, se développe au milieu de fièvre une tumeur très dure et très douloureuse qui pénètre profondément entre les muscles et paraît très épaisse. Elle conserve sa dureté et ne suppure pas, de sorte que tous les symptômes qui existent du côté de la peau dans les cas de suppuration profonde, manquent ici: la peau est très légèrement rouge et le tissu cellulaire sous-cutané est à peine infiltré. La propagation rapide de la tuméfaction provoque des phénomènes de compression du côté des veines et des nerfs voisins, et dans le seul cas que j'aie observé à Vienne, la dyspnée était si violente que j'ai été obligé de faire la trachéotomie. Je n'oublierai jamais cette trachéotomie: on était obligé de couper dans un tissu dur qui criait sous le bistouri; il était absolument impossible d'écarter les lèvres de la plaie et on a mis beaucoup de temps et non moins de peine avant d'arriver sur la trachée.

Stromeyer ne conseille pas de chercher à faire suppurer l'infiltration; d'après lui, les emplâtres irritants et les cataplasmes aboutissent à la formation de petits abcès sous-cutanés qui n'empêchent pas la propagation de la tuméfaction. La tumeur persiste pendant plusieurs mois et le meilleur procédé pour obtenir sa résorption, est encore l'application répétée (tous les 3 à 4 jours) d'un grand nombre de sangsues.

CHAPITRE III

MALADIES CONGÉNITALES DU COU

§ 1. — *Appareil branchial.*

Développement de l'appareil branchial. — Vers la fin du premier mois de la vie fœtale, on trouve sous le bourgeon frontal une cavité ouverte en avant et limitée de chaque côté par quatre arcs. C'est la cavité pharyngienne. La première paire supérieure est formée par le premier arc branchial ou viscéral dont nous avons déjà étudié, à l'occasion des fentes congénitales de la face, la soudure précoce sur la ligne médiane et les parties qui en dérivent. Les trois paires inférieures, ou 2^e, 3^e et 4^e arcs viscéraux, diminuent de longueur, de haut en bas, de sorte que l'espace qui existe entre eux sur la ligne médiane est plus large en bas qu'en haut et laisse entrevoir l'arc aortique supérieur. Les arcs branchiaux sont séparés les uns des autres par des fentes obliques, les *fentes branchiales*. Chez l'homme et les mammifères, ces fentes ne sont pas ouvertes, mais sont obturées par une lame où l'épithélium du pharynx est au contact de l'épiderme. Il serait donc plus juste de désigner ces fentes sous le nom de *sillons branchiaux*.

Toutes les fentes branchiales s'oblitérent bientôt, sauf la première, aux dépens de laquelle se forment le conduit auditif externe, la cavité du tympan et la trompe d'Eustache. Le cou est donc fermé sur les côtés. Le deuxième arc branchial, dit *hyoïdien*, donne naissance à l'apophyse styloïde, au ligament stylo-hyoïdien et à la petite corne de l'os hyoïde; le troisième arc forme la grande corne de l'os hyoïde; le quatrième contribue à la formation des parties molles du cou.

Tandis que l'arc hyoïdien se développe très rapidement et proémine en avant, il laisse derrière lui les autres, les arcs branchiaux, et vient former une sorte de toit au-dessus d'une fossette que Rabl désigne sous le nom de sinus cervical. Du bord inférieur de l'arc hyoïdien part un prolongement, opercule branchial, qui recouvre les arcs branchiaux et va se souder à la paroi latérale du corps en fermant ainsi le sinus cervical. A un certain moment, il se forme un canal cylindrique qui part de la seconde poche branchiale et se met en communication avec la paroi antérieure du sinus. Rabl désigne ce canal sous le nom de *canal branchial*. Ce canal est d'après Rabl l'endroit où se forment les fistules congénitales du cou, qui sont dues à la persistance de ce canal.

Les faits que je viens d'exposer sont assez différents de la théorie ancienne. La description suivante s'appuiera toutefois aussi sur cette théorie.

Fistules branchiales. — A partir de la seconde moitié du deuxième mois de la vie fœtale, on ne retrouve plus les fentes branchiales. Mais leur oblitération peut n'être que partielle, et l'enfant vient alors au monde avec une fistule branchiale. D'après G. Fischer, la première observation de ce genre appartient à Hunczovsky; mais la signifi-