

jamais occupé. Depuis lors, Mitchell, Morehouse et Keen (1) en 1864 ont étudié cette question; Poiteau, dans sa thèse (1869) sur les « lésions de la fraction cervicale du grand sympathique », a réuni tous les faits connus à cette époque; Seeligmüller (1876) (2) en a rassemblé treize cas.

Comme les lésions du nerf ne sont jamais isolées, les symptômes sont très masqués par la blessure des vaisseaux qui tient la place prépondérante dans ces plaies; aussi les signes de la lésion nerveuse sont-ils surtout basés sur les données de la physiologie expérimentale. Ce sont tantôt des symptômes d'excitation ou plus souvent (10 fois sur 13) des signes de paralysie. — Dans le premier cas, on aura l'élargissement pupillaire (mydriase), la pâleur de la moitié de la face, la protrusion du globe de l'œil, etc.; dans le second cas on observe au contraire un léger degré de ptosis, du myosis, de la rougeur de la conjonctive, des douleurs de tête et de la rougeur limitée à la moitié correspondante de la face, comme dans le fait dont parle Tillaux dans sa thèse d'agrégation (3).

Outre les lésions dont nous venons de parler, on a aussi observé la compression du grand sympathique cervical par des tumeurs du cou, et dans un cas de Maisonneuve, sa constriction au cours d'une ligature de la carotide interne et de la carotide primitive. Dans ces cas, les signes d'excitation précèdent ceux de la paralysie.

Nous devons enfin dire un mot des plaies des nerfs du cou voulues par le chirurgien dans un but thérapeutique, et qui ont jusqu'ici porté sur le facial, la branche externe du spinal et le grand sympathique cervical.

Dans les cas de tics douloureux de la face, plusieurs chirurgiens se sont attaqués au facial; nous rappellerons les observations de Kaufmann de Zurich (4), de Bernhardt (5), de Nocht (6), de Southam (8), etc. Sans vouloir apprécier ici la valeur comparative de l'élongation et de la résection, nous rappellerons seulement les méthodes de découverte du tronc du facial qui ont été bien résumées par Chipault (9).

1° *Procédé de Hueter.* — Incision de deux pouces en avant de l'oreille, le long du bord postérieur de la branche montante du

(1) MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN, Gunshot Wounds and other Injuries of nerves. Philadelphia, n° 39, 1864.

(2) SEELIGMÜLLER, Section de chirurgie de la 49^e réunion des naturalistes et médecins allemands à Hambourg (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1876, n° 51, p. 712).

(3) TILLAUX, Des affections chirurgicales des nerfs, thèse d'agrégation. Paris, 1866.

(4) KAUFMANN, *Centralblatt für Chirurgie*, 17 janvier 1885, n° 3, p. 33.

(5) BERNHARDT, *Zeitschrift für klinische Medizin*, Berlin, 1881, t. III, p. 96.

(6) NOCHT, *Über die Erfolge des Nervendehnung*. Berlin, 1882.

(7) GRAY, On stretching the facial nerve (*Proceedings of the medical Society of the country of Kings*, septembre 1882).

(8) SOUTHAM, *The Lancet*, 27 août 1881.

(9) CHIPAULT, *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. II, p. 315 et suivantes.

maxillaire, comprenant la peau, le tissu cellulaire, le fascia parotidien, puis la glande parotide couche par couche jusqu'au facial.

2° *Procédé de Kaufmann.* — Incision de 2 centimètres de long du bord postérieur de la branche montante du maxillaire; découverte près de l'angle du maxillaire de la branche cervicale superficielle. On la soulève et l'on suit son bout central par une seconde incision partant de la première, et oblique en haut et en arrière jusqu'à l'apophyse mastoïde. On arrive ainsi sur le tronc du facial.

3° *Procédé de Baum.* — Incision de 2 pouces et demi en arrière de l'oreille et dont l'extrémité inférieure arrive au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde. Disséquer et reclinier en avant le bord postérieur de la parotide, jusqu'à voir l'aponévrose d'origine du sterno-mastoïdien dans la partie postérieure de la plaie. En avant de cette aponévrose, à un pouce de profondeur environ on trouve le nerf en avant de l'aponévrose des muscles prévertébraux.

La résection du spinal (branche externe) est dirigée contre le torticolis. — Bujalski le premier en 1834 fit cette opération pratiquée depuis par bon nombre de chirurgiens. Nous rappellerons seulement les procédés opératoires (Chipault).

1° *VOIE RÉTROMASTOÏDIENNE.* — (Campbell, Tillaux, Southam, Reeve, Rivington, Gardner.) — Le malade ayant la tête tournée du côté opposé à celui où l'on opère, faire une incision à un demi-centimètre en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien, longue de quatre travers de doigts (Chipault) et ayant son milieu à l'union des tiers supérieur et moyen du bord postérieur du muscle; ne couper que la peau pour éviter les nerfs et veines superficiels (jugulaire externe), diviser le peucier, l'aponévrose cervicale superficielle. On trouve sous le bord du sterno-mastoïdien le filet trapézien du spinal et on le suit en haut et en avant jusqu'au filet sterno-mastoïdien, on trouve ainsi la branche externe du spinal d'où naissent ces deux filets nerveux.

2° *VOIE PRÉMASTOÏDIENNE.* — (Annandale, Edward Owen, Bal-lance, etc.) — Le malade a le cou étendu et la face tournée du côté opposé à celui qu'on opère. — Faire une incision partant de la pointe de l'apophyse mastoïde, longeant à quelques millimètres en arrière le bord antérieur du sterno-mastoïdien et longue de 5 centimètres. Respecter la jugulaire externe et le grand nerf auriculaire en bas de la plaie. Récliner les lobules postérieurs de la parotide et inciser l'aponévrose du sterno-mastoïdien près de son bord antérieur. Reconnaître l'apophyse transverse de l'atlas; la branche externe du spinal se trouve avec l'artère occipitale au-dessous et en avant, croisant la jugulaire interne.

Alexander eut le premier l'idée de réséquer le grand sympathique cervical dans l'épilepsie essentielle et cette opération fut répétée depuis par Kümmel, Yacksh, Bogdanick, etc... Sans apprécier les

résultats de ces tentatives, rappelons la méthode d'Alexander et celle de Chipault.

Alexander fait une incision verticale de 3 pouces commençant au niveau et en avant de la pointe de l'apophyse mastoïde, en évitant en bas la jugulaire externe. Il divise ou décolle les fibres du sterno-mastoïdien jusqu'au feuillet profond de sa gaine qu'il sectionne et arrive ainsi sur le paquet vasculo-nerveux. Il écarte en dedans la jugulaire interne et tombe avec la sonde cannelée, en arrière, sur le ganglion sympathique.

Chipault préfère une incision à 1 ou 2 centimètres en arrière du sterno-mastoïdien, commençant à la hauteur de l'angle de la mâchoire et longue de 6 à 8 centimètres; on n'aurait ainsi qu'à récliner le splénus en arrière, et le sterno-mastoïdien en avant pour arriver sur le paquet vasculo-nerveux.

Traitement. — Nous ne nous arrêterons pas au traitement des plaies des nerfs du cou: il ne diffère en rien de celui des plaies des nerfs en général. Après lavage et désinfection de la plaie il faudra donc recourir, lorsque la chose est possible, à la suture nerveuse.

II. — PLAIES DES VEINES DU COU.

Les veines sont à la région cervicale excessivement nombreuses; divisées en superficielles et profondes, elles sont représentées par les systèmes jugulaires, comprenant les jugulaires postérieures, antérieures, externes et internes. Par leurs branches multiples, ces veines s'unissent entre elles et d'un côté à l'autre, en formant de riches réseaux anastomotiques. Un fait important en anatomie et en physiologie pathologique est la disposition de ces vaisseaux par rapport aux aponévroses; situés dans un dédoublement des plans fibreux, ils restent béants à la coupe.

Ces considérations générales laissent déjà prévoir que les plaies des veines du cou ne seront pas très rares, et qu'elles pourront donner lieu à des hémorragies abondantes. On comprend aussi comment l'aspiration thoracique pourra faire pénétrer de l'air dans ces vaisseaux qui ne s'affaissent pas, après la blessure; enfin il est facile de s'expliquer encore la bénignité relative de la ligature aseptique d'une veine aussi volumineuse que la jugulaire interne, en raison des voies de suppléance faciles et nombreuses dans la région.

Ces lésions peuvent être produites par des instruments tranchants qui sectionnent tout ou partie du vaisseau, par des instruments piquants ou par des projectiles de guerre et des fragments osseux (côte, vertèbre). Elles peuvent exister non seulement dans les traumatismes du cou, mais aussi dans ceux de l'arrière-bouche et du pharynx. A côté de ces plaies accidentelles, il convient de placer les plaies opératoires, souvent impossibles à éviter dans certaines

interventions et en particulier dans l'extirpation des tumeurs et des ganglions tuberculeux du cou.

Nous n'insisterons pas sur les caractères généraux des plaies des veines qui sont l'objet d'un chapitre (T. IV, p. 351) de cet ouvrage; nous nous arrêterons surtout aux caractères propres de leurs lésions au cou.

A la région postérieure, les plaies des veines ne présentent rien de spécial à signaler; leur nombre considérable est la raison des hémorragies abondantes qui s'observent dans les plaies de la nuque; elles n'ont d'ailleurs qu'une médiocre importance; l'écoulement sanguin se fait en nappe, mais il cède facilement aux moyens ordinaires et n'a pas de conséquence.

Les veines superficielles, jugulaires antérieures ou externes, sont souvent atteintes; le peaucier et l'infiltration sanguine font rapidement l'hémostase dans les piqûres ou les coupures peu étendues. Si les dimensions de la lésion vasculaire sont plus grandes, l'hémorragie peut devenir très abondante (1 litre) (1) et même déterminer la mort, par exemple chez les suicidés qui se sont coupés les deux jugulaires externes (Peyrot).

La jugulaire antérieure et surtout les veines thyroïdiennes inférieures formant des plans veineux devant la trachée sont assez fréquemment lésées dans la trachéotomie; mais l'hémorragie ne doit pas préoccuper ici le chirurgien, car l'introduction de la canule fait la plupart du temps l'hémostase, d'une part en supprimant la congestion veineuse qui dépend de la gêne respiratoire, d'autre part en agissant par compression.

Toutefois ces plaies des veines superficielles ne sont pas toujours bénignes, comme nous le verrons bientôt en parlant de l'introduction d'air dans les veines.

Les veines profondes sont moins souvent atteintes. — La plaie peut intéresser les veines thyroïdiennes et c'est là un fait assez sérieux; dans *The Lancet* (2), il est rapporté un cas de ce genre qui fut mortel; Billroth a vu un exemple semblable.

Ce sont surtout la jugulaire interne, la sous-clavière et le tronc veineux brachio-céphalique, dont les lésions ont une grande gravité.

La jugulaire interne peut être, bien que rarement, perforée au cours de la ligature de la carotide; Gross en a rapporté deux exemples. — Elle peut être intéressée à travers les téguments du cou ou par la cavité bucco-pharyngienne; l'hémorragie abondante se fait vers l'extérieur, dans la bouche, dans le pharynx; ou encore (Fischer) dans la plèvre lésée en même temps que l'extrémité inférieure de la veine. Enfin le sang peut s'infiltrer et donner des accidents de compression.

(1) *Boston med. Magaz.*, vol. III, p. 417.

(2) Vol. XXIV, p. 448.

Les plaies par instruments tranchants ont été divisées en non pénétrantes et pénétrantes; les premières comprennent les dénudations étendues moins graves que jadis grâce à l'antisepsie, et la section très rare de la tunique externe à travers laquelle l'interne fait hernie.

Dans tous ces cas, on aura à redouter la thrombose et les hémorragies secondaires qui sont presque toujours les résultats de l'infection.

Dans les plaies pénétrantes, l'hémorragie est énorme, souvent même foudroyante [Vallée (1), Lidell (2)]. Suivant Lidell, la grande capacité de la veine jugulaire interne dépourvue de valvules, ses relations avec les sinus dure-mériens, font que ceux-ci se vident rapidement; la mort devrait alors être attribuée à une brusque anémie cérébrale. — Lorsque la plaie vasculaire est produite par une arme à feu, on a plus à redouter les hémorragies secondaires et la suppuration que l'hémorragie immédiate. Le projectile peut traverser le vaisseau de part en part, sans porter atteinte à sa perméabilité (Kœnig); ou bien il se fixe et s'enkyste dans ses parois (Stromeyer); il peut même former corps étranger dans la lumière de la veine.

Dans d'autres circonstances ce n'est pas le projectile lui-même qui déchire les parois, mais un fragment d'os fracassé. Enfin il faut ranger ici les plaies dites par arrachement des branches de la jugulaire supérieure sur lesquelles Verneuil et Quénu ont attiré l'attention; c'est surtout lorsque la rupture porte sur une collatérale très près du tronc principal que l'hémorragie est abondante et équivaut à celle d'une plaie latérale.

La sous-clavière et les troncs veineux brachio-céphaliques sont rarement atteints; Lidell, pendant la guerre d'Amérique, n'en a vu un seul cas. Grüber (3) et Fischer ont observé cet accident trois fois et toujours avec une issue fatale.

Rappelons enfin l'exemple classique de Maisonneuve, qui cite une plaie du tronc brachio-céphalique gauche par un couteau-poignard et qui se termina par guérison après suture de la plaie et compression. Cette heureuse issue est tout à fait exceptionnelle, beaucoup d'auteurs révoquent même en doute le cas de Maisonneuve, et le seul cas observé par Langenbeck fut mortel.

Il nous reste maintenant à parler de deux symptômes qui peuvent s'observer dans les plaies des veines superficielles ou profondes, ce sont l'hémorragie et l'introduction d'air dans les veines. Le premier ne nous arrêtera pas longtemps; l'écoulement sanguin, d'ordinaire

(1) VALLÉE, *Gaz. médic.* Paris, 1837, p. 267.

(2) LIDELL, *Encyclop. intern. de chirurgie.* Paris, 1884, t. III, p. 274. art. PLAIES DES VAISSEAUX SANGUINS.

(3) GRÜBER in PITHA et BILLROTH, *Handbuch der Chirurgie*, Erlangen. Band III, p. 75.

assez abondant à cause du grand nombre des veines, est en rapport avec le volume du tronc blessé. Dans l'hémorragie des veines de la région antéro-externe du cou, le sang s'écoule en jet saccadé, ce qui s'explique par le voisinage des artères qui communiquent leurs battements aux veines et surtout par les modifications qu'apportent les mouvements d'inspiration et d'expiration.

Enfin, comme nous l'avons dit un peu plus haut, l'hémorragie sera d'autant plus abondante qu'il y aura gêne respiratoire, puisque celle-ci entraîne la congestion veineuse du cou.

L'introduction d'air dans les veines est un accident presque spécial à la région, bien qu'il puisse se produire dans les lésions des veines de l'aisselle, de la face, du triangle de Scarpa et même de l'utérus. Jadis, il était à juste titre la terreur des chirurgiens, en raison de ses graves conséquences. Aujourd'hui l'emploi des pinces hémostatiques a beaucoup diminué sa fréquence, mais il ne l'a point supprimé, et c'est à tort que quelques chirurgiens se montrent volontiers peu crédules à cet égard. On doit encore aujourd'hui s'en préoccuper chaque fois que l'on intervient dans la région et ceux qui ont été témoins d'un accident de ce genre ne sauraient oublier ce précepte.

Le vaisseau sectionné reste béant et, au moment où l'aspiration thoracique se fait sentir, l'air pénètre dans le bout central de la veine, le chirurgien en est averti par un sifflement spécial et caractéristique, que quelques auteurs ont comparé au bruit de glouglou ou au gargouillement.

La mort n'est pas toujours fatale dans ces cas; lorsqu'elle termine la scène, elle est généralement rapide; le malade pâlit et a une syncope terminale; parfois, la marche est moins foudroyante, on observe seulement de l'angoisse précordiale, des tendances syncopales, de l'anxiété; à l'expiration, un sang écumeux fait issue par la plaie veineuse, la région précordiale est sonore et un bruit de souffle au cœur complète les symptômes.

Pour que cet accident soit mortel, il faut qu'une certaine quantité d'air pénètre à la fois dans l'appareil circulatoire; la chose est facile à constater expérimentalement, lorsqu'on pratique des injections intraveineuses chez le lapin, par exemple.

Toutes les veines de la région antéro-latérale du cou, surtout à sa base, peuvent donner lieu à l'introduction d'air, elle a même été plus souvent observée dans les veines superficielles que dans les profondes. Dans la statistique de Fischer (1), qui comporte 27 observations, 13 ont trait à la jugulaire externe, 10 à la jugulaire interne, un à la sous-clavière; sur les 18 cas de Couty (2), il s'agissait 9 fois de la postérieure et 2 fois de la jugulaire antérieure.

(1) FISCHER, Danger de l'entrée de l'air dans les veines pendant une opération (*Volkman's Samml. klin. Vorträge*, n° 113, 1877).

(2) COUTY, thèse de doctorat. Paris, 1875, n° 464.

Cassaet (1) a vu cet accident se produire, au cours d'une trachéotomie, par blessure d'une anastomose entre les deux jugulaires antérieures. Nous avons assisté nous-mêmes à un accident semblable.

Pronostic. — Le pronostic des plaies des veines du cou est sous la dépendance de trois choses capitales : 1° l'hémorragie qui peut être mortelle, même pour une veine superficielle (jugulaire externe), mais qui est en somme proportionnelle au calibre du vaisseau lésé ; 2° l'introduction d'air qui, pour n'être pas fatalement mortelle, n'en constitue pas moins un accident très grave et d'autant plus à redouter qu'on est plus près de la base du cou ; 3° enfin l'infection qui est la cause des hémorragies secondaires et surtout de la phlébite, des thromboses et des embolies septiques, de la pyohémie.

En somme, les veines du cou méritent toujours l'attention du chirurgien dans toutes les opérations qui portent sur cette région, bien que les pinces hémostatiques et l'antisepsie aient beaucoup réduit leur gravité.

Traitement. — Les plaies des veines de la région cervicale réclament naturellement une désinfection minutieuse et nous n'avons pas à insister aujourd'hui sur ce point.

Il faut surtout se préoccuper de parer aux deux accidents les plus graves : l'introduction d'air et l'hémorragie.

Dans les interventions sur la région cervicale, le chirurgien devra songer toujours à éviter l'entrée de l'air dans les veines ; c'est pourquoi l'on recommande de couper les vaisseaux entre deux pinces. Lorsqu'au cours d'une opération une veine importante vient à être lésée, il faut immédiatement comprimer le bout central, ce qui donne le temps de le pincer ensuite. Enfin si le sifflement caractéristique est perçu, il faut obturer de suite le bout central de la veine et avoir recours aux moyens qui réveillent les fonctions respiratoires et circulatoires ; Couty recommande, dans ces cas, la saignée et les inhalations d'oxygène.

L'hémorragie cède, en général, assez facilement à la compression lorsqu'elle a pour source un vaisseau superficiel et de petit calibre ou quand il s'agit d'une simple piqûre. Dans les cas de blessure plus étendue, plusieurs méthodes peuvent être suivies : 1° la ligature des deux bouts ; 2° la ligature latérale ; 3° la suture.

Ligature des deux bouts. — Ce moyen reste encore à l'heure actuelle le meilleur et le plus sûr à opposer à l'hémorragie. Il n'est pas discutable en ce qui concerne les veines de moyen calibre (jugulaires antérieure, externe, veines thyroïdiennes, etc.), mais pour la jugulaire interne, par exemple, il n'est pas sans inconvénient. Nous ne parlerons pas des accidents d'infection, phlébite, infection purulente, que l'on devait redouter avant l'ère de l'antisepsie et de l'asepsie. Ce

(1) CASSAET, *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux. Bull. médic.*, 1890, n° 27, p. 312.

sont là des complications que nous ne devons plus observer, après une ligature.

Restent les accidents cérébraux par gêne de la circulation veineuse. Ce sont eux qui avaient conduit à tenter la ligature latérale ; cette ligature n'a donné jadis que des résultats déplorables ; Blasius, cité par Peyrot, rapporte cinq morts sur sept cas. Il est vrai qu'aujourd'hui ce procédé, appliqué avec une asepsie parfaite, a donné de bien meilleurs résultats, témoin les observations de Marquardt (1), de Kadazki (2), de Lewis S. Pilcher (3), etc. Mais malgré ces progrès, la ligature latérale reste une méthode incertaine à laquelle on préférera la double ligature au-dessus et au-dessous de la plaie veineuse. Sappey et Nicaise (4) ont bien montré que la multiplicité des voies de suppléance, la dérivation facile par les jugulaires postérieures et les veines rachidiennes (5), mettent à l'abri des accidents cérébraux. Dussutour (6), Vaudey (7), Gay (8), Tipton (9), Woodmann (10), etc., ont cité de nombreuses observations où la double ligature n'a donné que des succès.

La suture veineuse a été considérée jusqu'à nos jours comme une mauvaise méthode ; cette question, très modifiée actuellement par l'asepsie, est encore à l'étude ; mais déjà il est démontré expérimentalement que la suture veineuse est possible, avec conservation de la perméabilité du vaisseau (11), et si nous n'avons pu relever d'exemple de suture de la jugulaire interne, nous trouvons du moins quelques observations et, en particulier, celle de Ricard (12), où la suture d'autres grosses veines a été pratiquée avec succès.

En résumé, c'est encore à la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie qu'il faut se rattacher, mais il est permis de penser que les progrès actuels rendront la suture d'une application plus courante pour les plaies des veines importantes comme la jugulaire interne.

III. — PLAIES DU CANAL THORACIQUE AU COU.

Dans la littérature médicale, on ne trouve aujourd'hui que trois cas de plaies du canal thoracique à la région cervicale, toutes trois produites par le chirurgien au cours d'opérations. Deux fois le canal

(1) MARQUARDT, *Deutsche milit. Zeitschrift*, n° 10, 1879.

(2) KADAZKI, *Journ. de méd. milit. russe*, 1873.

(3) LEWIS S. PILCHER, *Ann. of Anat. and Surg.*, Aug, 1883.

(4) NICAISE, thèse d'agrégation, 1872.

(5) WALTHER, thèse de doctorat, 1885.

(6) DUSSUTOUR, thèse de Paris, 1873.

(7) VAUDEY, Plaies et ligature de la jugulaire interne, thèse de Paris, 1890.

(8) GAY, *The Lancet*, London, vol. I, 1879, p. 126.

(9) TIPTON, *New-York med. Journ.*, 2 juillet 1887.

(10) WOODMANN, *British med. Journ.*, 18 octobre 1873.

(11) VILLAR, Sutures et anastomoses des veines (*Mercredi médical*, 13 novembre 1895). — R. PETIT, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1895.

(12) RICARD, X^e Congrès de chirurgie — *Mercredi médical*, 13 nov. 1895.

thoracique fut coupé par A. Cooper et Fergusson (1), pendant la ligature de la sous-clavière; dans un cas de Bøgehold, c'est avec la curette tranchante dans une extirpation de tumeur carcinomateuse de la région sus-claviculaire gauche, faite par Wilms, que le canal thoracique fut ouvert.

Les auteurs sont d'ailleurs assez brefs sur ce sujet; nous signalons seulement l'article de Poinot (2) et le mémoire de Bøgehold (3), cité par Walther dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (t. V, p. 673).

Dans le fait rapporté par ce dernier auteur, on fit simplement le tamponnement et le malade guérit sans aucun accident. Il semble donc que le tamponnement et la compression soient recommandables en pareil cas.

Tout récemment Biedl (4) a communiqué à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne les résultats de la ligature expérimentale du canal thoracique chez le chien. Le pancréas, la racine du mésentère, le tissu rétro-péritonéal et périnéal offraient une coloration blanche; enfin la glycosurie était constamment observée.

Il serait intéressant de savoir si des modifications analogues existent chez l'homme en pareil cas; mais aucun fait jusqu'ici ne nous renseigne à ce sujet.

III

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU COU

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS CHAUDS (5).

Avant d'aborder l'étude des phlegmons de la région cervicale, nous rappellerons en quelques mots les lésions inflammatoires superficielles que l'on peut rencontrer là comme ailleurs.

(1) FERGUSSON, *The Lancet*, vol. I, 1872, p. 755.

(2) POINOT, *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1877, t. XXIII, p. 442.

(3) BØGEHOLD, *Verhandl. der Deutschen Gesellsch. für Chir.*, B. XII. Congress, 1883, et *Archiv. für klin. Chir.*, Band XXIX, 1883, p. 443.

(4) BIEDL, *Sem. méd.*, 4 novembre 1896, p. 450.

(5) CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*. Paris, t. II, 1859. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie*, t. V. Paris, 1878. — GILLETTE, *Dict. encyclop. des sc. médic.*, art. COU. Paris, 1878. — TILLAUX, *Chir. clin.*, 4^e édit. Paris, 1897, t. I. — *Soc. de chir.*, 1892. — BROUSSES et BRAULT, *Sur une variété*, etc. (*Revue de chir.*, 1893). — LEGENDRE et BROCA, *Thérapeutique infantile médico-chirurgicale*. Paris, 1888. — DUMEITHE, *Phlegmons et abcès cléido-mastoïdiens*, thèse de Paris, 1864. — CASTELANE, *Phlegmasies et abcès sous le muscle sterno-mastoïdien*, thèse de Paris, 1869. — JACQUEZ, *Des phlegmons de la région carotidienne*, thèse de Paris, 1876, n° 383. — PLOUS, *De l'ulcération des artères au contact du pus*, thèse de Paris, 1884, n° 262.

Le *furuncle*, l'*érysipèle*, la *pustule maligne* ne présentent rien de particulier à la région et nous ne nous y arrêterons pas.

L'*anthrax*, par sa fréquence à la nuque, mérite une mention spéciale; le défaut d'extensibilité des tissus de la région envahie explique les douleurs extrêmement vives qu'il provoque; c'est dans cette région aussi qu'on le voit acquérir parfois des dimensions énormes, formant des plaques de 10, 12 centimètres de diamètre et davantage: le voisinage des veines extra-rachidiennes et leurs communications nombreuses avec les veines de la cavité cérébro-spinale permettent de prévoir l'existence de ces phlébites qui peuvent se propager aux sinus craniens.

Lorsqu'il siège sur les parties antéro-latérales du cou, il peut gêner le fonctionnement des organes sous-jacents et particulièrement de la trachée, dont il rétrécit le calibre. Le traitement ne différera pas du reste ici de ce qu'il est dans les autres régions. (Voy. t. I^{er}, p. 709.)

Mais la catégorie la plus intéressante des lésions inflammatoires de la région cervicale est certainement celle qui comprend les phlegmons développés dans les diverses loges du tissu cellulaire. Ils ont attiré de tout temps l'attention des chirurgiens par leur fréquence, trop souvent par leur gravité, par la nécessité d'établir de bonne heure un diagnostic qui permette de limiter les progrès du mal et d'en diminuer la durée. Depuis l'excellent article de Walther dans le *Traité de chirurgie*, de nombreux travaux ont paru sur cette question; l'histoire des phlegmons circonscrits a gagné en précision, celle des phlegmons diffus a été mieux étudiée et, dans une importante discussion à la Société de chirurgie, en 1892, bien des faits nouveaux ont été apportés au dossier. Mais il importe, avant d'aborder l'étude des phlegmons, d'en bien déterminer les limites. Nous laisserons de côté ici l'inflammation des organes du cou, les laryngites phlegmoneuses, les thyroïdites et les strumites, les inflammations de la glande sous-maxillaire, etc., dont l'étude est faite dans ce volume par d'autres collaborateurs. Éliminons encore les abcès tonsillaires et péri-tonsillaires, les abcès de l'aisselle propagés à la région cervicale.

Nous nous bornerons donc aux phlegmasies développées dans le tissu cellulaire qui baigne les organes; encore en distrairons-nous les phlegmons rétro-pharyngiens, dont l'évolution spéciale mérite une place à part dans la pathologie du cou. Une autre variété, dont la pathogénie et l'anatomie pathologique ont été longuement discutées dans ces dernières années, a fait l'objet d'un article de Morestin dans ce volume. Nous voulons parler de l'angine de Ludwig ou phlegmon sublingual.

Le terrain ainsi déblayé, nous pouvons maintenant aborder l'étude des *phlegmons du cou*.

Étiologie. — Les phlegmons du cou se prêtent assez bien à un exposé général de leurs causes et de la façon dont elles agissent;