

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 Poinsot (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) POINSOT, *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;

nous verrons que les adéno-phlegmons en constituent le groupe le plus important; mais nous serons obligé de revenir fréquemment sur ces données générales et nous aurons soin d'indiquer, pour chaque variété, quelles en sont les causes et quel est leur mode d'action.

Les causes prédisposantes ont ici une certaine importance. C'est dans le sexe masculin qu'on observe le plus souvent des phlegmons; les jeunes y sont particulièrement exposés; les enfants avec leurs amygdalites et leurs inflammations pharyngiennes fréquentes en sont souvent atteints; l'évolution de la dent de sagesse explique leur fréquence chez les jeunes gens. Certaines professions, crieurs publics, chanteurs ambulants, etc., prédisposent aux phlegmons. L'état général n'est pas sans influence sur leur production.

La fréquence réelle de ces phlegmons s'explique par l'abondance du tissu cellulaire dans cette région et par les causes très variées qui peuvent leur donner naissance.

Les causes déterminantes des phlegmons du cou sont très nombreuses: elles peuvent se diviser en locales et générales.

Les causes locales peuvent agir de diverses façons. Quelquefois l'élément septique est introduit directement au milieu du tissu cellulaire par effraction des téguments ou des muqueuses; nous aurons à citer ici les plaies de toute nature de la région cervicale, les unes accidentelles, les autres opératoires, comme la trachéotomie. L'existence d'un corps étranger augmentera naturellement les chances d'infection. De même les plaies du larynx ou du pharynx par corps étranger peuvent amener la suppuration du tissu cellulaire qui enveloppe l'organe. Gillette, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, cite le cas d'un vaste abcès du cou produit par un brin de foin introduit dans le larynx. Chaillou, dans sa thèse, ne cite pas d'observation semblable à la suite du tubage.

D'autres fois, le traumatisme se réduit à une contusion qui détermine la suppuration de l'une des bourses séreuses normales ou accidentelles de la région.

Les fractures du larynx, celles du maxillaire inférieur, agissent de même façon que les plaies, en permettant l'introduction d'un agent septique. Il en est de même des lésions ulcératives profondes du larynx ou du pharynx, de la nécrose des cartilages. L'ostéomyélite du maxillaire inférieur, la nécrose phosphorée peuvent aussi produire des phlegmons de voisinage. Mais le plus souvent, dans un abcès du cou, il s'agit d'adéno-phlegmon; les germes sont portés par les lymphatiques jusqu'aux ganglions qui les arrêtent et, lorsqu'ils ne peuvent les détruire, leur permettent de produire la phlegmasie du tissu cellulaire environnant et de leur tissu propre; la plupart du temps, en effet, la gaine conjonctive périganglionnaire est la première atteinte; le ganglion se prend ensuite et finit par ouvrir sa cavité dans la collection qui l'entoure.

Mais ici encore il faut distinguer deux cas: quelquefois le ganglion était déjà malade; il s'agit d'une adénite tuberculeuse, plus souvent d'une adénite cancéreuse, consécutive à un épithélioma lingual; les microbes trouvent, dans les lésions préexistantes, des voies d'accès commodes et un terrain favorable; ces cas ont été rappelés par Morestin au commencement de ce volume. Chassaignac cite un cas d'adénite suppurée sus-hyoïdienne consécutive à un chancre de la lèvre.

Le plus souvent les ganglions étaient préalablement intacts, et il s'agit de l'adéno-phlegmon vrai.

Mais d'abord, existe-t-il un adéno-phlegmon idiopathique? On ne croit plus guère aujourd'hui que le froid soit capable de le produire; il est fort probable que, dans les cas de ce genre, la porte d'entrée a été méconnue. D'autre part, Pfeiffer a décrit sous le nom de *fièvre ganglionnaire* une maladie fébrile caractérisée par une adénite douloureuse, mais non suppurée. Neumann a attiré l'attention sur une maladie se rapprochant sensiblement de la précédente, mais dans laquelle les ganglions du cou peuvent arriver à la suppuration; il est vrai que dans quelques-uns de ces cas, l'adénite avait été précédée d'angine.

Enfin, M. Comby (1), après avoir étudié une affection semblable, conclut que la fièvre ganglionnaire n'est qu'une adénopathie fébrile qui « semble être sous la dépendance de manifestations angineuses légères »; la suppuration peut se produire, et il y a trouvé, comme Neumann, le streptocoque. Il n'y a donc pas encore là de quoi établir l'existence d'une adénite idiopathique.

Nous pouvons donc conclure qu'un adéno-phlegmon doit toujours avoir sa porte d'entrée. On la trouvera dans les vastes territoires lymphatiques tributaires des ganglions du cou. Quelquefois ce sera une lésion des téguments, une érosion des lèvres, un furoncle de la face; le cuir chevelu entre ici pour une large part; il est fréquent, dans les hôpitaux d'enfants, de voir les croûtes des gourmes, les lésions produites par le grattage (poux) déterminer une adénite superficielle.

Plus fréquents encore sont les adéno-phlegmons dont le point de départ se trouve sur une muqueuse; les ulcérations si fréquentes de la bouche, celles du nez, du pharynx, du larynx, constituent autant de portes d'entrée. Les maladies générales à déterminations bucco-pharyngées, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe produisent parfois l'infection ganglionnaire. Mais une mention toute spéciale doit être réservée à la scarlatine; elle est de toutes les maladies générales celle qui s'accompagne le plus souvent d'adéno-phlegmons du cou et son importance devait être notée ici; parmi les adénites diphtériques elles-mêmes, celles qui suppurent le plus fréquemment sont précisément celles qui ont été précédées par la scarlatine.

(1) COMBY, *Médecine infantile*, 15 janvier 1896.

Nous avons réservé, pour en parler en dernier lieu, les *abcès consécutifs à une lésion dentaire* ; ils sont des plus fréquents et reconnaissent une double origine : carie dentaire, éruption de la dent de sagesse. C'est l'arthrite alvéolo-dentaire, dit Magitot, monoarticulaire, polyarticulaire ou suppurée qui fait les phlegmons périmaxillaires. En cas de carie dentaire les produits s'éliminent par la cavité librement ouverte ; mais que l'obstruction lente du canal de la racine amène la rétention du pus, celui-ci perforera l'alvéole et provoquera la formation de l'abcès ordinaire dans le tissu conjonctif qui entoure le maxillaire inférieur ; si la rétention est brusque, comme cela peut arriver à la suite d'une obturation pratiquée alors que la cavité de la dent n'est pas aseptique, les parois de l'alvéole résistent et le pus suit les ramifications du canal dentaire, provoquant ainsi une ostéite infectieuse.

L'éruption de la dent de sagesse provoque fréquemment aussi la formation des abcès. C'est le défaut de place, disent les partisans de la théorie mécanique, c'est l'ulcération qu'elle provoque, disent les défenseurs de la théorie septique, qui produit l'abcès. Il y a ulcération, dit Quénu, parce que la place manque et les deux partis ont raison. Reclus montre, à l'appui de cette opinion, la plus grande fréquence des accidents à la mâchoire inférieure. Moty ajoute que la racine d'une dent de sagesse saine et à collet intact peut être le point de départ d'un phlegmon (1).

Enfin les causes générales peuvent intervenir dans la production de ces abcès. L'érysipèle, la fièvre typhoïde, la scarlatine, les infections chirurgicales peuvent produire une véritable pyohémie, et les germes pyogènes, transportés par la circulation, peuvent, au cou comme ailleurs, être déposés dans le tissu cellulaire et produire des suppurations.

Il est utile maintenant de préciser l'importance relative des diverses causes que nous venons d'énumérer.

A quoi faut-il penser lorsqu'on a affaire à un phlegmon du cou : pharynx, amygdale, dents, lésions osseuses, dit Verneuil ; Auffret classe par ordre de fréquence : bouche, oreille, région occipitale, pharynx, œsophage, larynx ; Walther retient les affections dentaires, les lésions de la face et des muqueuses, la diphtérie et surtout la scarlatine. Nous avons vu que la diphtérie ne mérite pas par elle-même d'entrer dans ce cadre. Il y a donc en somme trois ordres de causes auxquelles il faudra songer : les dents (carie ou éruption de la dent de sagesse), les lésions de la face et des muqueuses, la scarlatine.

Quant aux microorganismes que l'on peut rencontrer dans le pus de ces phlegmons, ils sont des plus variés. On y a rencontré le tétragène ; Verneuil et Clado y ont trouvé le vibron septique, des spirilles

(1) MOTY, *Soc. de chir.*, 1892.

bientôt remplacés par des streptocoques et des staphylocoques (1), Neumann, Comby, des streptocoques, Gerbier des streptocoques, des sarcines, des spirilles, Brousses et Branet le streptocoque. Le phlegmon ligneux du cou contiendrait, d'après Batière, un bacille pseudo-diphthérique et des staphylocoques. Combemale et Lamy, dans une observation analysée par la *Semaine médicale* (2), ont bien trouvé des staphylocoques et des streptocoques, mais le pus n'était pas virulent : il est donc probable que les microbes avaient été tués par leurs toxines. Nous retiendrons donc de cette analyse rapide la fréquence des streptocoques et des microorganismes habituels de la cavité buccale. Quant aux lésions de l'actinomycose, elles ont déjà été étudiées par Brodier dans le tome I^{er} de ce *Traité*.

Classification. — Les nombreux points de contact que présentent entre eux les phlegmons du cou justifient leur étude dans un chapitre commun, mais ne dispensent pas de la diviser pour la rendre plus claire. Or, il est bien difficile d'en donner une classification satisfaisante. On est obligé de se baser sur la disposition des loges aponévrotiques ; or, d'une part, l'anatomie normale les délimite mal en certaines régions et, d'autre part, la progression du pus est loin de suivre d'une façon constante, comme l'a bien montré Malgaigne, les limites tracées par les aponévroses ; elles résistent sans doute dans nombre de cas ; mais dans bien d'autres circonstances elles sont perforées ou détruites par la suppuration, et il devient dès lors impossible de prévoir les progrès du pus. Il faut reconnaître cependant que l'influence des feuillettes aponévrotiques est réelle ; il est nécessaire d'autre part de prendre dans leur disposition des bases d'une classification. Aussi, ces réserves faites, adopterons-nous les grandes lignes, depuis longtemps classiques, de la division utilisée par Walther (3).

Deux grands chapitres seront consacrés aux phlegmons de la nuque d'une part, à ceux de la paroi antéro-latérale d'autre part. Parmi ces derniers nous distinguerons les *superficiels* et les *profonds* ; ceux-ci comprendront les sus-hyoïdiens, divisés eux-mêmes en médians et latéraux et les sous-hyoïdiens parmi lesquels nous distinguerons encore : les phlegmons circonscrits (*thyro-hyoïdiens, laryngo-trachéaux, de la gaine du sterno-mastoïdien, carotidiens, sus-claviculaires et maxillo-pharyngiens*) et les *phlegmons diffus* dont la disposition et la marche se prêtent beaucoup moins à une division didactique. Enfin, nous consacrerons un court chapitre au phlegmon chronique de Reclus. Cette classification est sans doute un peu schématique et l'on

(1) VERNEUIL et CLADO, Des abcès spirillaires (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1889).

(2) COMBELE et LAMY, *Sem. méd.*, 1892.

(3) WALTHER, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. V, 1891.

pourra voir fréquemment combien sont artificielles les limites qui séparent deux variétés. Nous nous en contenterons, faute de mieux.

Classification des phlegmons du cou.

I. Phlegmons de la nuque.			
	A. Superficiels.		
II. Phlegmons de la région latérale....	B. Profonds.	1. Sus-hyoïdiens.	Médians. Latéraux.
		2. Sous-hyoïdiens	Circons- crits.
			Thyro-hyoïdien. Laryngo-trachéaux. Du sterno-mastoïdien. Carotidiens. Sus-claviculaires. Maxillo-pharyngiens.
			Diffus..
			Phlegmon large de Dupuytren. Abscess diffus profond. Cellulite cervicale de Gray-Croly.

1° Phlegmons et abcès de la région cervicale postérieure. — Ils sont assez fréquents et résultent généralement d'une plaie ou d'une légère érosion de la peau et surtout du cuir chevelu; de là leur fréquence chez les enfants et en particulier chez ceux qui, mal tenus, sont exposés aux lésions de grattage.

On admet en général qu'il s'agit ici d'adéno-phlegmons; cependant Gillette fait remarquer qu'ils ne laissent pas à leur suite d'induration prolongée comme les phlegmons sous-maxillaires: il en conclut qu'ils ne reposent pas généralement sur une masse ganglionnaire. Quoi qu'il en soit, leur physionomie est des plus banales; quelques points seulement méritent d'attirer l'attention.

Ils peuvent être sous-cutanés, formant alors le plus souvent à la racine des cheveux une tuméfaction arrondie, douloureuse et fluctuante; on a fait remarquer que, par suite de l'épaisseur et de la résistance de la peau de la région, ils sont plutôt aplatis et ont de la tendance à la diffusion; mais l'extension n'intéresse que rarement les parties profondes et il n'est pas rare de rencontrer de ces collections bien saillantes, bien globuleuses, bien circonscrites, et ne paraissant gênées que fort peu par le derme épais de la région. On trouve quelquefois à leur périphérie une sorte de rebord dur produit par un travail hyperplasique.

La sémiologie des phlegmons profonds, sous-aponévrotiques ou sous-musculaires, est plus obscure; s'ils sont plus douloureux, ils sont aussi moins rouges, moins saillants et demandent à être recherchés avec plus d'attention; ils sont plus exposés aussi à la diffusion.

2° Phlegmons et abcès de la région antéro-latérale. —
A. PHLEGMONS SUPERFICIELS. — Ils ne méritent pas davantage de nous arrêter longuement. Le plus souvent ils se développent directement dans le tissu cellulaire. Cependant Kœnig les localise dans de petits

ganglions situés entre le peucier et le fascia superficialis et recevant des lymphatiques du périoste alvéolo-dentaire (1).

Leur *symptomatologie* est des plus simples et l'on n'y trouve guère qu'un point intéressant, leur mode de diffusion.

Le tissu sous-cutané lâche de la région, en même temps qu'il favorise leur extension en surface, ne leur permet guère de franchir l'aponévrose superficielle. On trouve partout cités les deux cas de Lamotte: dans l'un, l'abcès s'étendait « d'une oreille à l'autre; il pendait sur la gorge comme un gros goitre »; dans l'autre « la gorge était gonflée de manière qu'elle était à l'uni du menton ». La guérison s'obtient facilement par une simple incision.

B. PHLEGMONS PROFONDS. — a. PHLEGMONS SUS-HYOÏDIENS MÉDIANS. — Ils se divisent en deux catégories, suivant qu'ils siègent au-dessus ou au-dessous du muscle mylo-hyoïdien. Les premiers, connus sous le nom de *phlegmons sublinguaux*, d'angine de Ludwig, appartiennent à la pathologie du plancher de la bouche. (Voy. t. VI, art. BOUCHE.)

Les seconds se développent dans les ganglions lymphatiques qui sont compris entre le muscle mylo-hyoïdien et son aponévrose. Bien que sous-aponévrotiques, ils ont peu de tendance à gagner les parties profondes, leur pronostic est donc bénin.

b. PHLEGMONS SUS-HYOÏDIENS LATÉRAUX OU SOUS-MAXILLAIRES. — Ils sont fréquents et siègent soit à l'angle de la mâchoire, soit au-dessous de l'arcade du maxillaire; les premiers ont été isolés par Chassaignac sous le nom de phlegmons sous-angulo-maxillaires; nous en donnerons plus loin une description rapide.

Les phlegmons sous-maxillaires sont vraiment le type de l'adéno-phlegmon; on peut parfois sentir au début un ganglion induré et un peu volumineux; puis le tissu cellulaire s'empâte, se ramollit et le tout se fond en une seule cavité. Les lésions dentaires en sont la cause la plus fréquente.

La maladie débute ordinairement par la douleur spontanée et surtout provoquée par la pression au niveau du point où sera plus tard le phlegmon. Tout se borne à cela quelquefois; il s'agit d'une adénite simple non suppurée.

Mais, souvent, à ces phénomènes légers succède la période d'induration; la région est tuméfiée; la dépression normale de la fosse sus-hyoïdienne disparaît. La peau est d'abord saine, de coloration normale, à peine épaissie et mobile sur le tissu sous-jacent; elle ne tarde pas à faire corps avec les tissus enflammés et à devenir rouge, tendue et luisante. Si alors on palpe la tumeur, on la trouve dure, presque ligneuse, allant de la ligne médiane au sterno-mastoïdien. Les signes fonctionnels sont accusés; la douleur est particulièrement vive, et le moindre frôlement l'augmente et la rend intolérable.

(1) KOENIG, Die entzündlichen Prozesse am Hals (*Deutsche Chir.*, 1882, Lief. 63).