

La salivation peut être assez abondante; la parole, la déglutition sont gênées; sauf le cas de propagation vers la base de la langue, la respiration est libre; il n'est pas rare de noter un trismus qui applique fortement les deux maxillaires l'un sur l'autre.

La fièvre est élevée, la langue pâteuse, l'appétit nul.

Au bout de cinq à six jours, on commence à percevoir le ramollissement de la tumeur; il ne faut pas s'y tromper du reste, le pus est déjà collecté dans la profondeur alors que le palper révèle toujours la même induration ligneuse des tissus superficiels; à ce moment l'œdème s'étend et marque les limites de la tumeur; encore un jour ou deux et la fluctuation bien nette indiquera que le pus se rapproche de la peau.

Les signes fonctionnels tendent à se calmer; la température s'abaisse et bientôt, si le chirurgien n'intervient pas, l'abcès vient s'ouvrir spontanément à la peau. Quelques jours de suppuration et tout rentre dans l'ordre, la poche se ferme, laissant à sa place une induration qui peut être longue à disparaître.

Telle est la marche la plus générale; cependant, bien que l'abcès sous-maxillaire s'ouvre presque toujours à la peau, il constitue l'une des variétés de phlegmon du cou qui s'accompagnent le plus souvent de fusées purulentes anormales. Les deux cas les plus connus de ce genre de complications sont ceux de Malassez et de Lucas-Championnière, observés l'un dans le service de Trélat, l'autre dans celui de Broca; dans les deux observations, il s'agit de propagation médiastines; plus récemment, Livion a rapporté à la Société de chirurgie un cas analogue. Mais ces abcès peuvent aussi évoluer vers la bouche; Auffret en a donné une observation dans la même discussion; Poulsen (1), tout en reconnaissant que ces abcès restent localisés dans les trois quarts des cas, ajoute qu'ils peuvent se propager aussi dans la gaine des vaisseaux et vers l'espace maxillo-pharyngien.

Il nous reste à dire quelques mots de l'*abcès sous-angulo-maxillaire* dont le nom précise le siège. « Il reconnaît pour cause essentielle, dit Chassaignac, un travail ulcératif de la portion de gencive interposée entre l'apophyse coronéide et le collet de la dernière molaire », d'où l'importance de l'éruption de la dent de sagesse dans sa pathogénie. « Un phénomène constant et qui s'observe de bonne heure, c'est le serrement des mâchoires. » Le trismus très marqué, très fréquent, et le plus souvent précoce, est du reste le seul phénomène particulier de cette sorte de phlegmon.

Gubier (2) décrit une variété peu importante de phlegmon sus-hyoïdien, c'est le *phlegmon bilatéral*: il s'agit quelquefois d'un abcès sus-hyoïdien médian propagé de chaque côté du cou; mais dans d'autres circonstances (un cas de Gerbier), c'est un véritable

(1) POULSEN, *Sem. méd.*, 1893, p. 463.

(2) GUBIER, thèse de Paris, 1893.

phlegmon double par double ulcération de la muqueuse buccale et infection indépendante des ganglions de chaque côté.

Les phlegmons sous-hyoïdiens profonds doivent, nous l'avons vu, être divisés en *circonscrits* et *diffus*; c'est là une distinction commode pour l'étude, mais un peu schématique; le phlegmon circonscrit, disent Follin et Duplay, présente à peu près constamment une tendance à la diffusion, probablement due à l'étranglement, par les aponévroses, des tissus enflammés. » Nous suivrons néanmoins l'ordre que nous avons déjà indiqué.

c. PHLEGMONS THYRO-HYOÏDIENS. — Ils se développent dans une loge limitée par l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne. La cavité est divisée, par une cloison médiane très dense, en deux compartiments latéraux, et présente de chaque côté un diverticule rempli de pelotons adipeux et s'étendant vers l'espace thyro-hyoïdien latéral.

L'inflammation est primitivement confinée dans les parties latérales de l'espace thyro-hyoïdien et ne gagne qu'en deuxième lieu l'étage supérieur de la loge. L'abcès se développe au-dessus des pelotons adipeux et des follicules lymphatiques.

Quant à l'*étiologie* de ces phlegmons, elle est fort mal connue; ils succèdent probablement à des affections de la langue, de l'épiglotte, du cartilage thyroïde, à une angine.

Les *symptômes* sont assez nets pour que l'on puisse, le plus souvent, poser un diagnostic précis. Au début, c'est de la douleur à la déglutition, douleur qui ne fera qu'augmenter avec les progrès de l'affection; la palpation de la région thyro-hyoïdienne est déjà douloureuse; bientôt apparaît la tuméfaction qui siège à la fois au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde et semble établir un trait d'union entre les phlegmons rangés classiquement en sus et sous-hyoïdiens (Brousses et Brault). La tumeur, bien soutenue par les parois de la loge, présente une consistance ligneuse; il y a peu de rougeur de la peau. Si l'on examine la cavité buccale, on voit que son plancher est libre; mais si l'on pousse le doigt jusque dans la fosse glosso-épiglottique (*valle cubæ*), on sent une légère infiltration plutôt qu'une collection soulevant la muqueuse. C'est que, comme l'avaient déjà fait remarquer Follin et Duplay, ces abcès tendent à se porter du côté du pharynx, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte. Il est probable que l'on pourrait aussi utiliser le laryngoscope pour reconnaître l'état des parties. Inutile d'ajouter que les symptômes généraux et fonctionnels sont ceux de tout phlegmon.

Bientôt la suppuration arrive, soulève la région rétro-linguale et le plancher de la bouche, repousse la langue en haut et en arrière, et le pus ne tarde pas à se faire jour soit à la peau, soit, plus souvent, du côté de la bouche. Ces phlegmons, du reste, présentent une certaine tendance à la diffusion; ils pourraient s'étendre aux régions

sous-maxillaires, aux joues, et se rapprocher de plus en plus des phlegmons diffus (Brousses et Brault).

Mais ce qui constitue la caractéristique de cette variété de phlegmons, c'est sa tendance à produire l'œdème de la glotte. La dyspnée, sans cornage, en est la principale manifestation; il n'y a pas en général d'accès de suffocation. Le pronostic de l'affection est donc grave par sa tendance à se transformer en phlegmon diffus, et par l'œdème de la glotte qui peut déterminer une asphyxie rapide.

*d.* PHLEGMONS LARYNGO-TRACHÉAUX. — Autour du larynx et de la trachée se trouve un tissu conjonctif lâche dont la suppuration se caractérise par la dyspnée et par la tendance du pus à fuser dans le médiastin. Il s'agit encore ici d'adéno-phlegmons, consécutifs, semble-t-il, à des trachéo-bronchites et à des lésions diverses de la partie supérieure de l'arbre respiratoire.

Ces abcès siègent d'ordinaire en avant du conduit laryngo-trachéal, ils peuvent siéger aussi sur les côtés et enfin en arrière dans les gouttières latérales et les replis ary-épiglottiques.

Ils s'accompagnent de dysphagie et surtout de dyspnée, quelques fois même d'aphonie; ceux qui siègent très haut peuvent provoquer des douleurs lancinantes irradiées aux oreilles.

Le plus ordinairement, ils ont, avons-nous dit, de la tendance à fuser dans le médiastin. « Les abcès profonds de la région laryngo-trachéale, dit Blandin, se portent souvent vers le médiastin avant d'avoir pu être perçus à l'extérieur (1) »; mais ils peuvent s'ouvrir dans la trachée: dans une observation de Brial, le pus était remonté sous le sterno-mastoïdien et s'était déversé dans le larynx après avoir perforé la membrane thyro-hyoïdienne (2).

Les phlegmons de la région sterno-mastoïdienne se divisent en deux catégories, suivant qu'ils siègent dans la gaine du muscle ou au-dessous du muscle.

*e.* PHLEGMONS DE LA GAINE DU MUSCLE. — Laisant de côté les myosites suppurées, nous ne décrivons que ces abcès qui ont « vraisemblablement pour point de départ un ganglion lymphatique occupant la partie supérieure de la gaine » (Tillaux).

Ils proviennent le plus souvent, dit Chassaignac, d'une maladie des amygdales ou d'une inflammation des organes voisins et sont bien connus depuis Velpeau, qui a rapporté l'autopsie d'un cas de ce genre.

Le premier symptôme qui annonce leur apparition est le torticolis, produit par la contracture du sterno-mastoïdien.

Puis apparaît une tumeur qui conserve généralement la forme du muscle; elle est fusiforme, et accompagnée de gonflement des parties antérieure et latérale du cou. La région est chaude, les mouvements imprimés à cette tumeur et les mouvements de la tête provoquent de

(1) BRIAL, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1894.

(2) BLANDIN, *Anat. topogr.*, p. 204.

vives douleurs. Lorsque le phlegmon se termine par la suppuration, celle-ci reste d'abord dans la gaine du muscle, et le pronostic est bénin; mais il n'est pas rare que l'aponévrose soit rompue, principalement au niveau de sa partie inférieure qui n'est plus guère qu'une mince couche celluleuse (Tillaux); il devient alors superficiel et peut s'étaler dans le tissu cellulaire; d'autres fois il fuse dans le médiastin, mais le cas est plus rare. La convalescence de ces phlegmons laisse dans tous les cas, d'après Chassaignac, une raideur et un raccourcissement musculaire.

*f.* PHLEGMONS LATÉRAUX PROFONDS OU CAROTIDIENS. — Ils se développent dans les ganglions, alimentés surtout par la lymphe de la langue, de l'amygdale, du pharynx; c'est surtout à la suite des angines qu'on les rencontre, et particulièrement après les angines scarlatineuses. Ils succèdent parfois à des caries dentaires et même à des lésions du cuir chevelu. Ils sont plus fréquents chez la femme et chez les enfants et manifesteraient une singulière préférence pour le côté droit, puisque la statistique de Castelane porte sur quatorze cas développés à droite, et six à gauche; ils peuvent, dans des cas assez rares, être bilatéraux. L'influence du froid a été notée ici comme dans les autres variétés de phlegmons, et Larrey attribuait, on le sait, une influence néfaste au courant d'air arrivant sur le cou du factionnaire par l'orifice latéral de la guérite.

L'abcès paraît siéger tantôt en avant, tantôt en arrière de l'aponévrose moyenne qui n'est du reste pas toujours respectée, loin de là.

Le début s'annonce par des phénomènes généraux, et par la fièvre qui va s'accroissant jusqu'à la suppuration.

Bientôt le malade est pris de douleurs vives dans la région du sterno-mastoïdien. Si on l'examine à ce moment, on constate un gonflement qui occupe tantôt la partie supérieure, tantôt la partie inférieure de la région: autour de lui, la palpation révèle l'existence d'un empatement profond qui laisse la peau à peu près indemne. Si celle-ci en effet est un peu œdématiée, elle est libre et mobile à cette période sur les tissus sous-jacents. Il est très important de fixer son attention sur le muscle sterno-mastoïdien; c'est lui en effet qui fournira le point de repère au moyen duquel on pourra localiser le phlegmon en avant ou en arrière de l'aponévrose superficielle. En cas d'abcès profond, il sera toujours possible de le délimiter par la palpation et l'on pourra le saisir nettement entre les doigts. Dumesthé a particulièrement insisté sur l'importance de ce signe.

Les symptômes fonctionnels sont très marqués. La douleur est vive, spontanée et provoquée par la pression, elle s'irradie du côté de l'oreille et de la clavicule. De plus, la contracture du sterno-mastoïdien donne à la tête l'attitude du torticolis et les mouvements qu'on tente de lui imprimer pour la redresser sont particulièrement douloureux; l'abaissement de la mâchoire est difficile, la déglutition

gênée par la compression du pharynx. On observe quelquefois des troubles de la pupille; c'est tantôt de la dilatation, tantôt du rétrécissement et quelquefois l'alternation de ces deux états. Poiteau en a rapporté deux observations dans sa thèse (1); ces troubles sont dus évidemment à l'irritation ou à la paralysie du grand sympathique. La résolution est rare. Presque toujours le phlegmon se termine par la suppuration, mais l'on comprend que la fluctuation n'apparaisse que tardivement. Dumesthé conseille, pour la percevoir, d'appliquer l'extrémité du doigt d'une main sur le bord antérieur du sterno et d'en faire autant avec l'autre main sur le bord postérieur.

Le plus souvent, l'abcès s'ouvre sur l'un des bords du sterno; mais l'on peut observer des fusées purulentes dans la région latérale du cou; les plus fréquentes se font vers l'aisselle, le long des racines du plexus brachial. Si l'aponévrose moyenne est forte, il peut arriver que la propagation se fasse dans le médiastin, mais cette complication est plus rare que ne pourrait le faire supposer la disposition des plans aponévrotiques. Enfin le pus peut se frayer un chemin sous le trapèze (Castelane) ou s'ouvrir dans les organes creux de la région. Nous ne pouvons que signaler ici, car nous aurons l'occasion d'y revenir, la perforation des vaisseaux et les phlébites graves, plus fréquentes que dans les autres variétés.

On peut rapprocher de ces phlegmons, ceux de l'espace maxillo-pharyngien.

Il s'agit presque toujours d'une lésion dentaire ou d'une angine, et c'est, dit A.-H. Marchand, le véritable phlegmon grave de la dent de sagesse.

Il n'existe comme signes physiques que de l'empâtement profond de la région sous-maxillaire: la contracture des muscles masticauteurs se traduit par le trismus et l'impossibilité d'écarter les mâchoires; la dysphagie est marquée, la dyspnée peut exister, dues toutes les deux à la compression des organes creux. Ces phlegmons se propagent surtout vers la région carotidienne et la base du cou; les perforations pharyngiennes sont rares; le pronostic de ces abcès, déjà sérieux par lui-même, est encore aggravé par la possibilité d'accidents septiques et de phénomènes de diffusion du pus.

La dernière variété de phlegmons circonscrits comprend ceux développés dans la région sous-claviculaire; on n'aura pas de peine à admettre qu'ils succèdent fréquemment à ceux qui sont produits en d'autres points et plus spécialement aux abcès du sterno-mastoïdien. Il s'agit parfois cependant d'une adénite des ganglions sous-claviculaires. Leur symptôme et leur marche les rapprochent des abcès de la région carotidienne.

Si l'étude des phlegmons circonscrits de la région cervicale pré-

(1) POITEAU, thèse de Paris, 1869.

sente encore des obscurités, bien autrement complexe est celle des suppurations diffuses; ici, les aponévroses ne constituent même plus de semblants de barrière, elles sont le plus souvent détruites, et l'on conçoit l'embarras du clinicien appelé à classer les cas qu'il observe. Aussi n'aurons-nous pas la prétention d'exposer d'une façon complète l'histoire de ces phlegmons; quelques variétés seulement paraissent à l'heure actuelle avoir été isolées du groupe des lésions inflammatoires diffuses du cou, le *phlegmon sublingual* paraît maintenant assez bien localisé, et la discussion de 1892 à la Société de chirurgie a fait « évanouir ce fantôme de l'angine de Ludwig » (Reclus). Mais nous avons déjà renvoyé à l'article BOUCHE pour l'étude de ces affections. Une seconde variété, bien connue depuis Dupuytren sous le nom de *phlegmon large du cou*, doit son individualité à sa localisation en avant de l'aponévrose moyenne. D'autre part, nous avons signalé déjà la tendance à la diffusion des phlegmasies cervicales: à chacun des groupes des phlegmons circonscrits semble donc devoir répondre un ensemble de lésions diffuses et le phlegmon large du cou n'est lui-même parfois qu'une terminaison du phlegmon de la région sterno-mastoïdienne. Mais à côté de ces cas, plus ou moins commodément différenciés, combien d'autres qu'il est impossible de classer. Les états septiques du cou sont variés, dit Quénu à la Société de chirurgie, et j'en ai vu qui ne pouvaient être facilement catalogués. Dans la même séance, Bazy rapporte plusieurs observations de phlegmons gangreneux, Chauvel deux cas d'inflammations diffuses d'origine lymphatique, et la localisation de ces lésions est le plus souvent impossible.

Pour conclure, nous classerons ces phlegmons en *superficiels* (phlegmon large) et *profonds* (abcès diffus profond de Tillaux) et nous ajouterons quelques mots sur les *cellulites cervicales* de Gray-Croly.

g. PHLEGMON LARGE DE DUPUYTREN. — Il siège en avant de l'aponévrose moyenne et se développe tantôt primitivement, tantôt à la suite d'un phlegmon du sterno-mastoïdien. Dupuytren a remarqué qu'il semble se rattacher surtout à un vice constitutionnel; il est plus fréquent chez les femmes débilitées que chez les hommes, l'influence du froid agissant sur le cou en sueur aurait une action toute particulière; les contusions diverses, les angines surtout le produisent souvent, d'où l'influence de certaines professions, telles que celles de crieur public, de chanteur et de marchand ambulancier. Ordinairement unilatéral, il peut cependant occuper les deux côtés du cou.

Le début, avons-nous dit, se fait souvent par une simple angine.

Puis vient le gonflement douloureux de la région atteinte; la peau est rouge et peut prendre une teinte érysipélateuse; l'empâtement ne tarde pas à s'étendre du larynx à la nuque et de l'oreille à la clavicule lorsqu'il ne franchit pas la ligne médiane: à la palpation on sent comme une cuirasse qui s'étend au-devant des organes profonds. Les

muscles, es glandes sous-maxillaires sont noyés dans la masse inflammatoire.

Les douleurs sont extrêmement vives; le cou s'incline du côté sain; il y a quelquefois un trismus très prononcé.

Les organes du cou ne sont pas comprimés et tous les auteurs, depuis Dupuytren, insistent sur l'absence de dyspnée, le larynx et la trachée se trouvant protégés par l'aponévrose moyenne; pourtant l'on peut observer des accidents cérébraux, coma, délire, occasionnés par la compression qu'exerce la tumeur sur les veines jugulaires. (Chassaignac.)

Les *symptômes généraux* deviennent rapidement intenses et complètent les allures graves de l'affection.

La situation persiste en l'état jusqu'à la fin de la deuxième ou troisième semaine: à ce moment, la tuméfaction se ramollit par endroits, elle s'empâte, mais il n'y a pas de fluctuation, car le pus ne se collecte pas.

Enfin la peau s'ulcère par endroits et laisse passer, en même temps que des gaz, des liquides sanieux et des débris gangrenés.

La *marche* de cette affection est lente et la guérison, lorsqu'elle survient, n'est obtenue qu'au bout de longues semaines. Les clapiers purulents peuvent persister encore davantage et épuisent les malades qui meurent dans le marasme. Le pus peut aussi franchir l'aponévrose moyenne, pénétrer dans la trachée, puis dans la poitrine. Mais dans tous les cas, la mort est la terminaison la plus fréquente, malgré les débridements hâtifs.

*h. ABCÈS DIFFUS PROFOND.* — Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner la description de Tillaux, en faisant remarquer que la compression des organes, qui était tout à l'heure l'exception, devient ici la règle:

« Quel que soit son mode d'origine, l'abcès diffus profond détermine dès le début, avant même que le pus soit collecté, un ensemble de phénomènes qui peuvent atteindre une gravité extrême; la compression déterminée sur la trachée et l'œsophage, sur le récurrent, sur le pneumogastrique et le grand sympathique, sur les gros vaisseaux, et, en particulier, sur la jugulaire interne, en rendent suffisamment compte. La dyspnée peut devenir telle qu'une intervention rapide s'impose, débridement profond ou trachéotomie.

Que devient cet abcès une fois formé? Bridé en dehors par l'aponévrose, il n'a aucune tendance à se porter vers la peau; il tend au contraire à gagner la racine du cou en suivant les lâches trainées celluleuses qui séparent les divers organes. Lorsqu'il est parvenu à ce niveau, deux routes se présentent: le thorax et l'aisselle. Suivant le siège qu'il occupe, le pus pénètre dans le thorax dans trois points: par le médiastin antérieur, par le médiastin postérieur ou par le cul-de-sac des plèvres. Il pénètre dans l'aisselle en suivant le plexus bra-

chial, soit dans le creux de l'aisselle proprement dit, soit dans l'une des parois. Il est inutile d'insister sur la gravité de ces abcès.

*i. CELLULITES CERVICALES.* — Décrites par Gray-Croly en 1873 (1), elles n'ont pas de causes bien nettes; elles se caractérisent par diverses douleurs et surtout par des phénomènes de compression très accentués; la dyspnée, la dysphagie, peuvent être très marquées. Sur les sept observations de Gray-Croly, deux seulement se terminèrent par suppuration; dans les autres cas, il ne sortit qu'un liquide louche; l'auteur tend à rapprocher ces lésions de l'érysipèle.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans ajouter quelques mots sur le PHLEGMON CHRONIQUE de Reclus (2).

Les notions que nous possédons sur cette singulière affection sont résumées dans la thèse de Batière (3).

Les malades de Reclus étaient porteurs d'une sorte de plastron large sur lequel la peau était normale et parfaitement mobile; il n'y avait pas d'œdème ni de fluctuation, mais la palpation indiquait une dureté uniforme sans bosselures, pas de fièvre; peu de douleurs sauf lorsque le phlegmon, siégeant au-devant du larynx, gênait l'ascension de cet organe pendant la déglutition.

Au bout de un à trois mois, la masse indurée prend des adhérences, d'une part avec les organes profonds, d'autre part avec la peau qui s'amincit par endroits; de petits abcès se forment, sans douleur ni fièvre, très superficiels, qui laissent écouler un pus très séreux; les fistules persistent longtemps, la masse indurée subit une régression progressive, mais un an après on peut encore observer un empatement persistant. Le pronostic est relativement bénin puisque sur trois observations, Reclus n'a eu qu'un seul cas de mort par œdème de la glotte.

*Marche. Durée.* — Nous les avons indiquées pour chaque variété.

On voit donc que le plus souvent, la marche de l'abcès est aiguë; quelquefois elle est subaiguë, chez les alcooliques, les diabétiques, ou dans des circonstances particulières (cas de Nicaise) (4), adénite sous-claviculaire suppurée; enfin elle peut être chronique; le malade de Reclus nous a fourni des exemples.

*Terminaison.* — Ces abcès, ainsi que nous l'avons vu, se terminent presque toujours par la suppuration. Cependant il n'est pas absolument rare d'observer une évolution différente.

La résolution, bien que rare, peut se produire cependant.

Il ne faudra pas la confondre avec cet ensemble de phénomènes que Chassaignac a appelé *faux avortement des abcès*. Spontanément ou sous l'influence d'un traitement plus ou moins anodin, les

(1) GRAY-CROLY, Anal. in *Revue des sc. méd.*, t. II, 1873, p. 687.

(2) RECLUS, *Gaz. des hôp.*, 3 août 1893. *Méd. mod.*, 1893, p. 883.

(3) P. RECLUS, in BATIÈRE, thèse de Paris, 1895.

(4) NICAISE, *Revue de chir.*, 1890.