

1851 seulement Bégin pratiqua deux opérations nouvelles. Presque en même temps (1852), Arnolt, en Angleterre, Lavacherie, en Belgique, opéraient chacun un malade. L'œsophagotomie était dès lors définitivement entrée dans la pratique. Inventée spécialement pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, elle avait été entre temps appliquée au traitement des rétrécissements de ce conduit. Stoffel la conseille formellement à propos d'une observation rapportée par Bonnet dans le *Sepulcretum* (1700); Benj. Bell, dans son *System of Surgery* (1785-1787), l'indique aussi. Le premier fait d'œsophagotomie pour un rétrécissement est rapporté, sans mention du nom de l'opérateur, par Tarenget en 1786. Le second s'est produit bien longtemps après. Il appartient à Monod; Follin le donne dans sa thèse d'agrégation (1855). Les opérations d'œsophagotomie externe dans le cancer du pharynx et de l'œsophage sont restées peu communes.

L'œsophagotomie se pratique ordinairement du côté gauche, à cause de la saillie que le conduit fait de son côté. On trace entre l'articulation sterno-claviculaire et le bord supérieur du cartilage thyroïde une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien. Après la section de l'aponévrose superficielle, du muscle omo-hyoïdien et de l'aponévrose moyenne, on pénètre avec précaution entre le sterno-cléido-mastoidien et les gros vaisseaux du cou d'un côté, le larynx et la trachée avec l'œsophage de l'autre. L'œsophage peut être rendu apparent par la saillie du corps étranger; il peut l'être encore par une sonde conductrice qu'on aura introduite dans la bouche; même sans conducteur, on peut arriver sûrement à l'œsophage en suivant le conseil de Duplaix : mettre à nu le lobe gauche de la glande thyroïde et le contourner en dehors jusqu'à ce que l'on soit conduit sur la trachée. L'œsophage se trouve alors facilement derrière cette dernière.

L'incision de l'œsophage doit être faite sur le côté du canal, parallèlement à son axe. Elle sera suffisante pour permettre l'introduction du doigt, d'une pince, etc.

Après l'extraction du corps étranger il faut pratiquer isolément, dans la plaie, la suture de la muqueuse œsophagienne; si l'on comprenait dans les fils toute la paroi du conduit, elle serait coupée par eux pendant les mouvements de déglutition. On laisse la plaie extérieure ouverte et l'on se contente de faire sur elle des applications

antiseptiques. Le malade est nourri pendant quelques jours avec la sonde œsophagienne.

Kœnig a rassemblé 53 cas d'œsophagotomie pour corps étranger, sur lesquels la guérison a été obtenue 26 fois; 6 fois la mort est survenue, à la suite de perforations, de gangrène de l'œsophage, de pneumonie, de phlegmon du médiastin; dans un cas le résultat est resté incertain. Une pareille statistique est très favorable, si l'on considère que les corps obtenus par l'œsophagotomie avaient résisté à toutes les tentatives d'extraction par la bouche et de propulsion vers l'estomac, et qu'ils menaçaient par conséquent la vie du malade.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES VITALES ET ORGANIQUES

I

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

A. — PHLEGMON DU COU EN GÉNÉRAL.

Étiologie. — A la région cervicale, comme partout ailleurs, le phlegmon a pour point de départ l'introduction dans les mailles du tissu cellulaire d'un produit irritant, souvent septique.

Quelquefois l'agent d'irritation s'infiltré de proche en proche à travers le tissu cellulaire lui-même. C'est ainsi qu'une fracture du larynx dont le foyer suppure, un corps étranger qui ulcère l'œsophage, un ganglion tuberculeux ramolli, une plaie superficielle septique, etc., donnent naissance à des phlegmons par continuité d'inflammation. Il s'agit alors de simples complications dont la description se rattache à celle des affections les plus diverses.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou ont une

autre cause. Ils sont liés à des lésions plus ou moins éloignées : carie dentaire, érosion soit du tégument externe, soit des muqueuses de la face et du cou. L'existence de la lésion primitive est quelquefois difficile à prouver. Il faut toujours l'admettre. On ne connaît pas de véritables phlegmons idiopathiques. Du reste, que le point de départ de l'inflammation soit découvert ou non, tout concourt à démontrer que le phlegmon commun de la région cervicale se développe dans le tissu cellulaire qui entoure les ganglions lymphatiques : c'est un adéno-phlegmon. Il débute par l'adénite et se termine par le phlegmon.

La convalescence des fièvres graves, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole et surtout la scarlatine, est marquée souvent par le développement d'abcès du cou. Les manifestations buccales, laryngées, pharyngées, etc., sont communes dans ces diverses affections : d'où l'adénite.

A titre exceptionnel on admet l'existence d'adéno-phlegmons consécutifs à l'action d'un courant d'air froid. Par quel procédé le froid agit-il? Nous ne saurions le dire.

On a trouvé dans les phlegmons du cou, à côté des agents habituels de la suppuration, des microbes très divers et surtout des organismes qui ont la bouche pour habitat ordinaire : spirilles de la salive (Verneuil et Clado), leptothrix buccalis (Kœnig).

Siège anatomique. — Les phlegmons d'origine ganglionnaire, phlegmons communs du cou, sont tous placés à l'origine au delà de l'aponévrose cervicale superficielle. Ils sont tous plus ou moins profonds. On leur distingue autant de variétés qu'il y a de groupes distincts de glandes lymphatiques : phlegmon sous-mental, sous-maxillaire, sous-sterno-mastoidien, sus-claviculaire, juxta-laryngien, juxta-pharyngien, sous-occipital. Nous aurons à indiquer les principaux traits de chacune de ces variétés.

Le plus souvent le phlegmon cervical est circonscrit. Il se limite autour des ganglions d'où il dérive, proémine soit vers l'extérieur, ce qui est le plus commun, soit vers les cavités buccale ou pharyngienne, et tend à s'ouvrir dans le point où il rencontre le moins de résistance. Exceptionnellement ces inflammations peuvent prendre une extension inusitée, envahir tout un côté du cou (phlegmon large de Dupuytren), ou même passer d'un côté à l'autre (inflammation diffuse du tissu aréolaire, Gray-Croly).

Symptômes et marche. — Comme partout ailleurs, il faut décrire des troubles locaux et des phénomènes généraux. Le gonflement est dur au début, quelquefois ligneux ; il prend une forme variable suivant la région affectée ; il peut être uniquement intérieur dans les phlegmons très profonds (phlegmon juxta-pharyngien).

La rougeur, souvent aussi marquée que dans les phlegmons du tronc ou des membres, est parfois, au contraire, peu développée. Elle manque presque complètement, à l'extérieur du moins, dans certains abcès qui procèdent du côté du pharynx. La douleur est vive ; les mouvements du cou l'augmentent. Aussi les malades conservent-ils une attitude fixe de la tête, maintenue par la contracture réflexe des muscles qui entourent le foyer inflammatoire (torticolis symptomatique). Des troubles spéciaux appartiennent à la région cervicale, ce sont ceux qui résultent de la compression des organes du voisinage : troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation et de la respiration, troubles nerveux et vasculaires. Ils varient suivant le siège du phlegmon. Nous les décrirons avec soin à propos de chaque variété.

Les phénomènes généraux manquent parfois au début et ne se montrent qu'au moment où la suppuration tend à s'établir ; mais ils peuvent être précoces, précéder même l'apparition des troubles locaux. C'est un malaise général, de la fièvre, des frissons, qui, surtout chez les enfants et dans le cas des phlegmons très profondément placés, s'accompagneront d'agitation, même de délire et de convulsions.

Un certain nombre de phlegmons du cou se terminent par résolution. Dans ce cas, après s'être accrus pendant quelques jours, les phénomènes que nous venons d'indiquer s'apaisent et diminuent peu à peu. Le gonflement du tissu cellulaire est déjà disparu que l'on sent encore le groupe de ganglions primitivement atteint.

Le plus souvent nous observons une autre marche. Au bout de cinq à six jours, les phénomènes locaux sont arrivés à leur apogée. Si la fièvre était peu marquée, elle apparaît vive, accompagnée de frissons répétés. Bientôt on peut constater l'existence de la fluctuation et de l'œdème inflammatoire qui annonce la présence du pus. Le phlegmon s'est terminé par suppuration. Dans certaines conditions particulières la fluctuation n'est perçue qu'avec une extrême difficulté, à cause de la profondeur de la collection. Dans les abcès

juxta-pharyngiens on a recours, pour la découvrir, à des manœuvres spéciales.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou, même abandonnés à eux-mêmes, restent circonscrits et tendent naturellement à s'ouvrir au dehors. Les phlegmons *négligés*, on en observe encore quelquefois, après avoir été limités un certain temps à l'atmosphère celluleuse des ganglions, usent les plans aponévrotiques qui les recouvrent et envahissent le tissu cellulaire sous-cutané. Là le pus s'étend à son aise, souvent au loin, et il se forme de vastes décollements qui occupent tout un côté du cou et envahissent les régions pectorales et sus-claviculaires. La maladie peut à ce moment affecter une allure tranquille, à moitié chronique, qui retarde beaucoup l'ouverture terminale à travers la peau.

La diffusion du pus, le long de la trachée, de l'œsophage et des gros vaisseaux, jusque dans la poitrine, a inspiré de tout temps de vives inquiétudes aux chirurgiens. On a calculé avec soin, non sans anxiété, la résistance que pouvaient opposer à la marche de la suppuration les diverses aponévroses du cou. Malgaigne s'est élevé avec raison contre l'abus de ces théories anatomiques. En fait, la pénétration du pus d'un adéno-phlegmon dans le médiastin est infiniment rare, alors même qu'il s'agit d'un adéno-phlegmon développé très profondément. Dans le petit nombre des cas que l'on connaît la fusion du pus était favorisée par un mauvais état général.

Il faut faire cependant une place à part aux phlegmons juxta-pharyngiens, qui se développent au voisinage de la colonne vertébrale, au-dessous de toutes les parties molles du cou. Ceux-là n'ont aucune tendance à se faire jour à l'extérieur. Ils proéminent uniquement du côté du pharynx. Ils peuvent s'ouvrir spontanément de ce côté, soit dans le pharynx, soit dans la partie supérieure de l'œsophage, soit même dans les voies respiratoires. La plupart du temps l'intervention chirurgicale hâtive peut seule faire cesser les dangers qu'ils provoquent.

Dans des circonstances heureusement exceptionnelles les phlegmons du cou prennent un caractère tout particulier de gravité. Sous l'influence de mauvaises conditions générales, chez les sujets alcooliques, diabétiques, chez ceux qui relèvent d'une maladie, l'inflammation n'a aucune tendance à se limiter. Le tissu cellulaire se prend sur une grande étendue. Un véritable *phlegmon diffus* s'établit, qui

occupe tout un côté du cou, depuis l'oreille et la mâchoire jusqu'à la clavicule. Dupuytren a décrit des faits de ce genre sous le nom de phlegmons larges. Il les avait observés surtout chez des crieurs publics et des marchands ambulants. Ces phlegmons ont une marche lente, ne donnent pas lieu à des collections limitées, et tendent à se terminer par une gangrène du tissu cellulaire qu'annonce la crépitation gazeuse perçue au niveau de la tuméfaction.

Les symptômes que nous avons notés pourraient, lorsqu'ils atteignent un degré considérable, être considérés comme de véritables **complications**; de même les terminaisons par effusion du pus dans les voies respiratoires ou digestives. Nous ne ferons que signaler l'*œdème de la glotte* qui se voit quelquefois dans les phlegmons voisins du larynx. La complication la plus intéressante est l'*ulcération des vaisseaux du cou*. Elle ne se produit d'une façon générale que dans les foyers gangreneux, chez les malades qui ont été atteints d'un phlegmon dans de mauvaises conditions de santé générale, surtout après la scarlatine.

La veine jugulaire interne est la plus souvent atteinte. Les artères elles-mêmes : carotide interne, carotide primitive et branches secondaires, n'échappent pas à l'ulcération.

Des *phlébites* et des *thromboses* accompagnées d'*infection purulente* menacent naturellement les malades qui se trouvent dans ces conditions particulières.

Pronostic. — On comprend que le phlegmon du cou diffère absolument de gravité, suivant qu'il siège au voisinage du pharynx, ou bien dans des parties relativement superficielles, suivant qu'il est franc ou bien qu'il a de la tendance à prendre la forme diffuse et gangreneuse; suivant que le malade a été atteint en pleine santé ou à la suite d'une affection générale plus ou moins grave. Les phlegmons rétro-pharyngiens, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, déterminent presque fatalement la mort.

Le **diagnostic** du phlegmon est facile. On ne peut guère méconnaître une affection inflammatoire qui évolue en quelques jours et s'accompagne de gonflement, de rougeur et de douleur. Même l'absence de tel ou tel signe ne crée généralement pas une difficulté insurmontable. L'existence du phlegmon reconnue, un point important reste à déterminer : le pus est-il collecté? La durée de la maladie au delà de cinq à six jours, l'existence de frissons répétés, une certaine

détente de l'état général survenue depuis quelques heures, l'œdème du tissu cellulaire, sont des signes de probabilité, mais la constatation de la fluctuation seule indique avec certitude l'existence du pus. Les rapports anatomiques de la collection seront déterminés par l'examen attentif de la région, lequel permettra presque toujours de reconnaître la situation du sterno-cléido-mastôïdien, et par l'interprétation des signes physiques et fonctionnels fournis par le malade.

Le **traitement** n'est autre que celui des phlegmons en général. Nous allons l'examiner dans les différentes variétés des phlegmons du cou.

B. — VARIÉTÉS DES PHLEGMONS DU COU.

1° ADÉNO-PHLEGMON SOUS-MENTAL

Près de la ligne médiane, entre le bord inférieur de la mâchoire et l'os hyoïde, deux ganglions lymphatiques reposent sur le muscle mylo-hyoïdien, au-dessous de l'aponévrose unique de la région. Ils reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton. Des irritations parties de ces deux points donnent lieu à des adéno-phlegmons, toujours assez limités, qui s'ouvrent spontanément au dehors, ou sont incisés sans aucune difficulté.

2° ADÉNO-PHLEGMON SOUS-MAXILLAIRE

C'est le plus commun des phlegmons du cou. Il a pour point de départ les ganglions qui entourent la glande sous-maxillaire. La loge de cette glande n'est fermée au dehors que par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle. Profondément elle possède une paroi musculaire constituée par le muscle mylo-hyoïdien, puis par le muscle hyo-glossé; le premier forme une barrière solide entre la bouche et la portion antérieure de la loge sous-maxillaire, mais, au delà de son bord postérieur, cette loge n'est plus fermée en haut; elle est en rapport immédiat avec le plancher de la bouche et la base de la langue.

Les ganglions sous-maxillaires reçoivent les lymphatiques de la langue, de la muqueuse buccale et des gencives inférieures. Leur inflammation se produit le plus souvent à la suite de la périostite

alvéolo-dentaire qui accompagne la carie. L'évolution de la dent de sagesse a été incriminée quelquefois. (Phlegmon sous-angulo-maxillaire, Chassaignac.)

L'évolution du phlegmon sous-maxillaire est ordinairement simple. Après une période de gonflement de cinq à six jours, il existe une tuméfaction rouge, arrondie, qui fait disparaître le sillon cervico-maxillaire, s'étend en avant jusqu'à une petite distance du menton, en bas jusqu'à la partie moyenne du cou, et ne dépasse pas en arrière la région sterno-mastôïdienne. On trouve de la constriction des mâchoires; la déglutition est gênée par le mauvais fonctionnement de la langue, dont la base est comprimée; la respiration reste libre. La fluctuation semble toujours un peu profonde. Abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvre, après quelques jours, à l'extérieur.

Quelquefois, sans qu'on puisse dire pourquoi, car ce sont toujours les mêmes ganglions qui sont le point de départ de l'affection, le phlegmon sous-maxillaire tend à se faire jour du côté des parties profondes. Il proémine alors vers le plancher de la bouche, en arrière du bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, entre ce bord et l'épiglotte. La base de la langue est fortement refoulée en dedans et en haut. La déglutition est sérieusement empêchée. Le larynx lui-même est gêné dans ses mouvements; son orifice supérieur peut se trouver plus ou moins oblitéré par le gonflement des replis aryéno-épiglottiques. De là des troubles de la phonation et de la respiration, quelquefois de véritables accès de suffocation. L'ouverture spontanée se fait au plancher de la bouche, ou vers la base de la langue jusqu'au voisinage de l'épiglotte.

Ces inflammations présentent parfois des **complications** redoutables. Nous avons signalé déjà la suffocation par *œdème de la glotte*. Il faut y ajouter des accidents qui tiennent presque toujours au mauvais état général du sujet; d'abord des *fusées purulentes* le long du pharynx et des vaisseaux du cou; les deux faits les plus connus d'invasion de la poitrine par le pus d'un abcès du cou (Malassez, Lucas-Championnière) se rapportaient précisément à des abcès sus-hyoïdiens, puis les *ulcérations des vaisseaux de la région*: carotide externe et ses diverses branches, veine jugulaire. Nous avons déjà dit qu'on les avait observées assez souvent chez des scarlatineux.

Diagnostic. — Le phlegmon sous-maxillaire doit être distingué de l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Les deux affections sont

la plupart du temps la suite d'une même lésion, la périostite alvéolo-dentaire; mais celle-ci influe à distance sur les ganglions dans le phlegmon proprement dit, tandis qu'elle se propage directement par continuité à l'os et au périoste dans le cas d'ostéo-périostite.

L'ostéo-périostite débute par un gonflement du corps même de l'os, et l'exploration faite avec le doigt introduit dans la cavité buccale permet, à toutes les périodes de la maladie, de reconnaître que le maxillaire est en effet augmenté de volume. Même lorsque la suppuration s'est produite et que tout le tissu cellulaire de la région sous-hyôidienne prend part à l'inflammation, le gonflement reste, dans l'ostéo-périostite, plus directement en rapport avec le maxillaire. La tuméfaction embrasse l'angle de l'os et recouvre toute sa branche montante jusqu'au voisinage de l'oreille. Dans l'adéno-phlegmon, la face est moins envahie.

Traitement. — L'adéno-phlegmon sous-maxillaire doit être ouvert dès que la fluctuation devient appréciable. L'incision sera extérieure. Elle se fera sans danger à 2 ou 3 centimètres au-dessous du bord inférieur du maxillaire, parallèlement à ce bord, un peu en avant du bord antérieur du sterno-scléro-mastoïdien. C'est en ce lieu que la fluctuation se sent ordinairement le mieux.

On pourrait chercher à ouvrir du côté de la bouche, vers la base de la langue, les abcès qui proéminent de ce côté; on éviterait ainsi une cicatrice extérieure; mais l'accès de cette région est à peu près impossible, vu l'état de fermeture de la bouche; puis l'expérience a montré que ces ouvertures buccales — du moins lorsqu'elles se produisaient spontanément — se trouvaient parfois insuffisantes. Duplay a dû dans deux cas faire après coup une contre-ouverture du côté de la peau. Il faut donc aller toujours à la recherche de la suppuration en incisant le tégument externe. Du reste l'ouverture n'a pas besoin d'être considérable, et la cicatrice ne court aucun risque de devenir difforme, déprimée ou adhérente, lorsqu'il s'agit d'un simple adéno-phlegmon.

L'ouverture est d'autant plus urgente que l'abcès comprime davantage les parties profondes, et que des accès de suffocation plus violents se produisent. On peut être conduit, dans le cas d'œdème de la glotte, à pratiquer la trachéotomie.

Les ulcérations des vaisseaux comportent la même thérapeutique que les plaies vasculaires ordinaires.

5° PHLEGMON JUXTA-LARYNGIEN

Sur les côtés du larynx, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, se trouvent, de chaque côté, un ou deux petits ganglions. Ils reçoivent les lymphatiques de la partie inférieure du larynx. On les a vus, dans plusieurs cas, devenir le point de départ d'un phlegmon parfaitement distinct. Une trachéo-bronchite avait été, chez les malades, le point de départ de l'affection.

4° PHLEGMON DE LA RÉGION STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIENNE

Dumesthé (1864) et Castelain (1869) en ont fait une bonne étude dans leurs thèses inaugurales de la Faculté de Paris. Au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, tout le long du cou, se rencontrent de très nombreux ganglions, placés pour la plupart en avant des vaisseaux; quelques-uns cependant se trouvent directement sur les parties latérales de la trachée, du pharynx et de l'œsophage, ou même derrière les vaisseaux. Ils reçoivent, suivant la hauteur où ils se trouvent, leurs vaisseaux lymphatiques afférents du cuir chevelu, de l'oreille, de la langue, du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage.

La cause d'inflammation la plus commune, c'est l'angine, maladie fréquente et toujours infectieuse à un certain degré. L'angine de la scarlatine détermine des adéno-phlegmons particulièrement sérieux.

Symptômes, marche, terminaison. — Le gonflement occupe la partie latérale du cou. Il soulève le sterno-cléido-mastoïdien, que l'on peut généralement reconnaître. La douleur est particulièrement vive, par suite de la compression des nerfs de la région; elle s'irradie souvent dans les branches du plexus cervical. La tête prend la position particulière du *torticolis*, par suite de la contracture du sterno-cléido-mastoïdien. Quelquefois il existe des groupes qui ne peuvent être rapportés qu'à la compression du grand sympathique (dilatation pupillaire. — Poiteau, thèse de Paris, 1869). La compression du pharynx et de l'œsophage détermine constamment un certain degré de dysphagie. La parole et la respiration peuvent être gênées; elles le sont généralement à un moindre degré que la déglutition. Cependant ici encore il peut survenir de l'œdème de la glotte.

Les phlegmons se terminent quelquefois par résolution.

La plupart du temps ils aboutissent à la suppuration. Le pus, collecté au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien, tend naturellement à se faire jour au niveau du bord antérieur ou du bord postérieur de ce muscle; mais la résistance du plan musculo-aponévrotique qui le recouvre est assez grande pour qu'avant d'arriver à se manifester au dehors il ait le temps de fuser plus ou moins loin vers la partie inférieure de la région. Lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, ces abcès peuvent occuper toute la hauteur du cou; ils finissent souvent par se faire jour en bas, derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dans la région sus-claviculaire; on en a vu gagner l'aisselle en cheminant dans le tissu cellulaire qui enveloppe le plexus brachial. Sans vouloir taxer de chimérique la crainte que ces adéno-phlegmons fusent vers le médiastin, il faut reconnaître que cet accident ne se voit pour ainsi dire jamais.

On connaît quelques rares observations dans lesquelles l'ouverture s'est faite dans le pharynx, l'œsophage ou la trachée.

La véritable **complication** du phlegmon de la région sterno-cléido-mastoïdienne, c'est encore l'ulcération des vaisseaux artériels ou veineux qui avoisinent le foyer (carotide primitive ou ses branches, branches artérielles secondaires, veine jugulaire interne). Schutzenberger a rapporté un cas de phlébite de la veine jugulaire suivi, comme on le pense bien, d'infection purulente. Répétons ici ce que nous disions plus haut : ces complications n'appartiennent guère qu'aux phlegmons développés à la suite de maladies infectieuses graves (diphthérie, scarlatine), et lorsque l'état général est par avance sérieusement affecté.

Le **diagnostic** ne présente aucun point particulier.

Le **traitement** est chirurgical; l'*incision* doit être faite aussitôt que la fluctuation témoigne de l'existence d'un foyer purulent. Nous avons vu qu'il n'y avait pas lieu, dans les circonstances ordinaires, de se presser outre mesure; il ne faut pas non plus différer inutilement l'opération. On incise sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ou sur son bord postérieur, selon que la collection prédomine davantage en avant ou en arrière. La double incision, suivie du drainage de la collection, peut être quelquefois utile.

Si le phlegmon présentait un mauvais aspect, s'il avait des tendances à s'étendre sur les parties latérales, à prendre un caractère

gangreneux (phlegmons larges du cou), il faudrait de bonne heure, et même sans attendre que la collection purulente fût bien formée, débrider énergiquement en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

5° ADÉNO-PHLEGMON DE LA RÉGION DE LA NUQUE

A la région de la nuque se trouvent d'assez nombreux ganglions, dont les uns sont placés à la surface externe de l'aponévrose d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, et les autres, sous ce muscle. On voit, surtout chez les jeunes sujets, un phlegmon se développer dans l'atmosphère celluleuse de ces ganglions, à la suite de lésions eczéma-teuses et impétigineuses de cuir chevelu. La collection, bridée par la peau épaisse de la région et par les insertions du sterno-cléido-mastoïdien, s'étale au lieu de proéminer. Il n'y a généralement ni œdème, ni rougeur bien marquée de la peau. La fluctuation se sent aisément. L'incision, qui constitue l'unique traitement, est toujours passablement profonde.

6° PHLEGMON PRÉVERTÉBRAL, JUNTA-PHARYNGIEN, RÉTRO-PHARYNGIEN

Définition, nature. — Il est infiniment vraisemblable que les phlegmons qui se forment dans la profondeur du cou, au voisinage du pharynx, n'ont pas une autre étiologie que ceux des régions précédentes. Ce sont, pour la plus grande part au moins, des adéno-phlegmons. Cette opinion, déjà soutenue par Verneuil en 1865, est devenue beaucoup plus probable depuis que Gillette a bien décrit (1867) les deux ganglions lymphatiques qui se trouvent à droite et à gauche de l'axis, derrière la partie supérieure du pharynx, plus près de son bord latéral que de la ligne médiane. Ces ganglions, plongés dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, reposent, en arrière, sur le muscle grand droit antérieur de la tête, en avant sur le constricteur supérieur du pharynx. Quelquefois bi ou trilobés, ils représentent, dit Gillette, deux ou trois petites glandes unies ensemble. Ils reçoivent leurs vaisseaux lymphatiques de la partie supérieure du pharynx, du voile du palais et de la pituitaire.

Les ganglions les plus profonds des parties latérales du cou peuvent devenir le point de départ de phlegmons pharyngiens latéraux. Leurs

vaisseaux afférents viennent de la bouche, du pharynx et du larynx.

A côté de l'adéno-phlegmon, peut-on faire place à de simples phlegmons angioloécytiques, c'est-à-dire à des phlegmons développés non plus dans l'atmosphère des ganglions, mais autour des vaisseaux lymphatiques, enflammés, oblitérés et rompus dans le tissu cellulaire? Peut-être. Mais cette forme a beaucoup de ressemblance avec la précédente.

Des angines très aiguës, l'érysipèle, peuvent-ils amener par propagation l'inflammation du tissu cellulaire péri-pharyngien? Par le mécanisme de l'angioloécyte ou de l'adénite, oui sans doute, mais pas autrement. Les plaies superficielles, les ulcères du pharynx et de l'œsophage, les irritations produites par l'introduction de la sonde œsophagienne, chez les aliénés, agissent de la même façon.

Nous ne donnerons pas place dans notre description aux suppurations que font naître autour du pharynx les divers traumatismes de ce conduit : plaies, corps étrangers, brûlure et perforation par poisons corrosifs, ni à celles qui succèdent aux rétrécissements de la partie supérieure du conduit alimentaire, etc. Ce n'est pas à dire que, dans quelques cas, l'angioloécyte et l'adénite ne jouent ici leur rôle. Mais souvent il y a effusion directe de produits septiques dans le tissu cellulaire à travers une brèche faite au pharynx. Nous étudierons ces suppurations à titre de complication d'affections diverses dans les chapitres suivants.

Les phlegmons juxta-pharyngiens étaient connus d'Ambroise Paré. Jean-Louis Petit inventa pour les ouvrir un instrument spécial, le pharyngotome à lame cachée. Mondière (de Loudun) en a le premier donné une bonne description (1841).

Étiologie. — Les phlegmons juxta-pharyngiens sont heureusement beaucoup plus rares que ceux des régions sous-maxillaire et sterno-cléido-mastoïdienne. Il est difficile de donner une idée de leur fréquence, le nombre des cas publiés ne répondant certainement pas au nombre des cas réels. Ils ne sont, en somme, ni communs, ni très rares.

Les enfants y sont particulièrement sujets et surtout les très jeunes enfants. Sur 46 malades, 55 avaient de zéro à deux ans, et 26 n'avaient pas dépassé la première année (Gautier, Genève, 1869).

Il est bien vraisemblable que leur point de départ est dans une lésion superficielle du pharynx, du voile du palais, de la pituitaire

ou du larynx; mais on comprend que chez les enfants surtout, une constatation directe soit impossible; dans quelques cas peu nombreux, on avait noté à l'avance une angine, une adénite subaiguë, la coqueluche. Chez les enfants plus âgés et chez les adultes, des commémoratifs de ce genre sont beaucoup plus communs sans être absolument constants : une angine tonsillaire et pharyngée, laryngite, simple carie dentaire. Assez souvent le phlegmon se développe dans le cours ou pendant la convalescence d'une fièvre grave : érysipèle, scarlatine, variole, rougeole. Les déterminations de ces diverses maladies sur la muqueuse buccale, pharyngée, laryngée, etc., créent des lésions locales, souvent passagères, d'où sortent la lymphangite et bientôt l'adéno-phlegmon. Dans la fièvre typhoïde, le catarrhe laryngien et pharyngien du début, l'altération des liquides buccaux, etc., fournissent aussi les conditions locales favorables au développement d'un adéno-phlegmon.

La scrofule, la tuberculose, la syphilis elle-même (Verneuil) ont été incriminées. Elles peuvent agir comme causes indirectes, les lésions des muqueuses qui leur sont propres devenant le point de départ des lymphangites et d'adéno-phlegmons ordinaires.

Anatomie pathologique. — L'affection passe par deux périodes distinctes : l'une de gonflement et d'infiltration, l'autre de suppuration. Cette dernière a été seule observée directement à l'autopsie.

La collection purulente occupe le tissu cellulaire péri-pharyngien. Quelquefois elle est étalée, diffuse, gangreneuse; le plus souvent elle est bien circonscrite.

Selon les cas, l'abcès proémine directement en avant, de façon à refouler vers le larynx la paroi postérieure du pharynx (abcès-rétro-pharyngien), ou bien au contraire, il appuie surtout sur la face latérale de ce conduit (abcès antéro-pharyngien). Quelques auteurs admettent une troisième espèce (abcès antéro-pharyngien) dans laquelle le phlegmon serait développé en avant du pharynx, entre lui et le larynx. Rien ne démontre la réalité de ces phlegmons antérieurs; des phlegmons rétro-pharyngiens ou même latéro-pharyngiens peuvent parfaitement amener la saillie exagérée du larynx sur laquelle on s'appuyait surtout pour les admettre. Gillette décrit, d'après la hauteur qu'ils occupent, des abcès rétro-pharyngiens supérieurs, moyens et inférieurs.

Jamais à l'origine ces abcès n'occupent la ligne médiane : ils sont alors latéraux. Mais, peu à peu, ils arrivent jusqu'au milieu de la face postérieure du pharynx. Ils dépassent même ce point.

Leur volume est extrêmement variable. Quelques-uns ne sont pas plus gros qu'une noix, d'autres atteignent le volume du poing. Ils peuvent, tout en restant circonscrits, s'étendre plus ou moins loin, et par exemple, partis de la face postérieure du pharynx, descendre sur les parties latérales de ce conduit, et venir faire une saillie vers l'angle de la mâchoire, sur les côtés du larynx, ou même plus bas, sur l'un des bords du sterno-cléido-mastoïdien.

Le pus est souvent épais, bien lié, louable; presque toujours il est fétide, à raison de son voisinage du tube digestif. Il peut être sanieux, mêlé de sang. Dans le cas où le phlegmon prend le caractère gangreneux, ces derniers caractères ne manquent jamais.

L'apophyse basilaire, les corps des vertèbres cervicales, ont été trouvés, dans quelques observations, dénudés par un travail d'ulcération consécutif à la formation de la collection purulente.

Nous n'avons rien de spécial à indiquer, au point de vue anatomique, touchant les fusées purulentes le long de la colonne vertébrale, les pleurésies, les pneumonies, les ulcérations des vaisseaux qui compliquent certains phlegmons.

Symptômes. — Si l'on observe la maladie dès son début, on voit qu'elle présente deux périodes : l'une dans laquelle dominent les phénomènes d'angine pharyngée (période angineuse de Gautier); l'autre dans laquelle existe une tumeur pharyngienne.

1^{re} Période : période angineuse.

a. *Phénomènes locaux.* — Chez les très jeunes enfants, qui fournissent la majeure partie des cas, l'attention est appelée par les difficultés de la déglutition. L'enfant, dès qu'il a pris le sein et pratiqué quelques efforts de succion, se rejette en arrière, rend par la bouche et par le nez le lait accumulé dans la cavité buccale, et pleure. Bientôt il refuse de se livrer à de nouveaux essais de déglutition.

Ce sont là les seules manifestations subjectives que fournissent les jeunes enfants. A un âge plus avancé, le malade se plaint de la douleur qu'il éprouve du côté du pharynx. Il a une sensation de sécheresse ou de brûlure, des élancements; il lui est impossible d'avaler même les liquides. Ceux-ci refluent largement dans les narines, d'une part, et d'autre part pénètrent souvent dans les voies respira-

toires, ce qui provoque une toux pénible. La voix est enrouée. Des douleurs névralgiques se produisent sur divers points du crâne et de la face. Le cou est raide.

Nous trouvons à cette période, en tant que phénomènes objectifs : de la rougeur, un peu de gonflement au niveau de la muqueuse pharyngée; quelquefois, dès le début, un léger gonflement du cou.

b. *Phénomènes généraux.* — Chez l'adulte ils sont généralement peu marqués; fièvre modérée, état saburral; mais chez les enfants, la fièvre, les vomissements, le délire, les convulsions peuvent apparaître dès la première période.

Disons pourtant que tout ce cortège de symptômes peut manquer au début du phlegmon juxta-pharyngien. Dans un grand nombre de cas, la maladie n'est découverte qu'au bout d'un temps assez long, alors qu'elle est entrée franchement dans sa deuxième période. Les phénomènes subjectifs et généraux du début étaient donc bien légers. L'examen direct même ne fournit aucun renseignement au début de certains abcès pharyngiens placés un peu bas.

2^e Période : période de tumeur pharyngienne.

A la place de la rougeur pharyngienne se voit une tuméfaction rouge aussi, qui occupe d'abord un des côtés de la face postérieure du pharynx, mais peut s'étendre jusqu'à la ligne médiane et la dépasser, ou qui siège sur une des faces latérales de l'organe. Le plus souvent c'est une tuméfaction large, par laquelle toute une moitié du pharynx semble oblitérée; quelquefois une saillie limitée présentant par exemple la forme d'un marron, d'une noix, d'une noisette, se surajoute au gonflement général.

Avec un doigt porté au fond de la gorge, avec deux doigts surtout, et Gillette recommande de se placer pour cet examen derrière le malade, on constate sans peine l'existence de la fluctuation au niveau des parties tuméfiées.

Dans un certain nombre de cas le larynx est repoussé en avant; la saillie du cartilage thyroïde est augmentée; ce phénomène se voit dans les abcès latéro-pharyngiens ou rétro-pharyngiens qui occupent la partie inférieure de la région.

Les symptômes fonctionnels sont ceux que nous avons indiqués plus haut; mais ils atteignent un haut degré. La déglutition non seulement des parties solides, mais des liquides et même de la salive, devient impossible. Le malade, la bouche entr'ouverte, laisse couler

celle-ci au dehors, et favorise de temps en temps sa sortie par un effort expiratoire. — La respiration est bruyante, fréquente. Elle est gênée, par suite de l'obstruction partielle du larynx au niveau de son entrée, ou par l'œdème des replis aryéno-épiglottiques et de l'épiglotte. Elle l'est à tous les degrés, depuis une dyspnée légère jusqu'à l'asphyxie complète. La plainte de l'enfant rappelle la *cri du canard*. La voix est basse, rauque, parfois complètement éteinte. Le cou est raide, immobile. Le malade se ment d'une seule pièce.

Les phénomènes généraux, s'ils n'existaient pas d'abord, apparaissent au début de cette deuxième période. Ce sont les symptômes qui caractérisent l'existence de la suppuration : frissons répétés, élévation de la température, nausées, vomissements. Comme phénomènes plus rares, il faut signaler le hoquet, le trismus, le délire, les convulsions. Ces derniers symptômes appartiennent presque exclusivement aux enfants.

La variété latérale du phlegmon juxta-pharyngien expose plus que la variété rétro-pharyngienne aux troubles cérébraux (Jacquemart).

Marche et terminaison. — Il peut y avoir des cas très aigus, mais ils sont exceptionnels. Souvent la maladie évolue avec une demi-lenteur. Dès que le pus est formé, il se fait une certaine détente dans l'état général, et si des complications graves ne surviennent pas, l'affection peut prendre une marche chronique.

L'abcès, comme sa position peut le faire penser, n'a presque aucune tendance à s'ouvrir spontanément. Le pus fuse facilement dans différentes directions : angle de la mâchoire, bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, fourchette sternale, région sus-claviculaire. Il peut aussi, surtout dans les abcès rétro-pharyngiens, gagner en suivant le tissu cellulaire prévertébral, le médiastin postérieur, se mettre en contact avec la plèvre et même la perforer. Dans un cas rapporté par Bécéard, il avait envahi le canal rachidien.

La mort est la terminaison ordinaire de la maladie abandonnée à elle-même. Elle arrive le plus souvent par une asphyxie progressive, à la suite de la compression du larynx ou de l'œdème de la glotte, et par l'inanition suite de la dysphagie. Les phénomènes septiques prennent beaucoup de gravité lorsqu'il s'agit d'inflammations diffuses à caractères gangreneux.

De *sérieuses complications* viennent rendre la terminaison fatale plus fréquente. Ce sont, dans certains cas heureusement fort rares,

des hémorrhagies par ulcération de la carotide interne, des bronchites et des pneumonies qui sont peut-être favorisées par le passage dans les voies respiratoires des liquides ingérés ou même du pus, des pleurésies survenant spontanément ou succédant à une fusée purulente vers le médiastin. Nous avons déjà dit qu'au moins dans un cas, le pus avait perforé la plèvre et envahi la cavité pleurale.

L'ouverture spontanée dans la trachée est une complication très rare, qui expose le malade à la suffocation lorsque le pus arrive en abondance dans les voies respiratoires, et plus tard à la pneumonie, comme nous le disions tout à l'heure.

L'ouverture spontanée au niveau du pharynx, déjà peu commune par elle-même, est rarement suivie de guérison. Elle est insuffisante. Le pus continue à se reproduire, s'accumule dans les parties déclives et fuse au loin comme s'il ne s'était fait aucune évacuation. Des parcelles alimentaires pénètrent dans la poche, son contenu devient septique, et le malade succombe soit par le fait de la septicémie, soit à la suite d'un des accidents énumérés plus haut.

La guérison est au contraire la règle, et une règle qui ne compte presque aucune exception, lorsque le malade est convenablement traité. On n'a guère eu de revers que pour des abcès gangreneux qui, dès leur apparition, affectaient un caractère de gravité tout particulier.

Diagnostic. — Lorsque l'examen du pharynx permet de reconnaître une tuméfaction plus ou moins étendue, rouge, fluctuante, le diagnostic ne présente presque aucune difficulté. Mais cet examen n'a pas toujours été fait. Chez les jeunes enfants la gravité de certains symptômes particuliers a donné souvent le change aux observateurs. A cause de la dyspnée, de l'aphonie, de la respiration bruyante, on a pensé à des lésions du larynx : croup, œdème de la glotte, tuberculose laryngée, et l'on a même, dans cette idée, pratiqué la trachéotomie. A cause des phénomènes nerveux on a pu croire au début d'une fièvre grave, à la méningite, etc.

On évitera ces erreurs si l'on accorde à la *dysphagie*, qui toujours apparaît la première, l'importance qu'elle mérite; *son association avec la dyspnée* doit particulièrement frapper l'attention; il faut d'ailleurs qu'on se pénètre bien de cette idée que toute gêne de la déglutition exige un examen attentif du pharynx.

Il est à peine croyable qu'on puisse confondre un abcès rétro-

pharyngien avec un polype naso-pharyngien. D'après Gillette, l'erreur aurait été commise au moins deux fois.

Il peut être difficile de distinguer un phlegmon juxta-pharyngien d'un abcès par congestion consécutif à un mal cervical de Pott. Ce dernier a une allure particulièrement lente; mais nous savons que certains phlegmons juxta-pharyngiens se manifestent par des phénomènes d'une acuité très modérée au début et prennent bientôt une marche chronique. Il est rare que les commémoratifs ne fournissent pas quelque renseignement utile sur le début de l'affection. Enfin le mal cervical de Pott a des signes propres : raideur et instabilité de la tête, gonflement et douleur au niveau des apophyses des vertèbres, etc.

Dans les phlegmons inférieurs, placés derrière le larynx, l'inspection du pharynx peut n'être d'aucun secours; mais, même dans ces cas, le doigt atteint généralement sans peine la partie gonflée. En l'absence de tout renseignement fourni par l'examen direct, il faudrait établir le diagnostic sur l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés, et particulièrement sur la dysphagie, le gonflement et la raideur du cou, la douleur spontanée et provoquée au niveau du point enflammé, les signes généraux de la suppuration.

Pronostic. — Une erreur de diagnostic est le plus souvent fatale, puisque la terminaison par la mort est à peu près de règle chez les malades abandonnés à eux-mêmes. Lorsque la maladie est reconnue à temps, le résultat dépend en grande partie du traitement. Si la tumeur est ouverte assez tôt, et bien ouverte, la guérison s'obtient presque toujours. Il faut faire une exception pour les phlegmons à marche gangreneuse qui poursuivent, quoi qu'on fasse, leur marche envahissante le long de l'œsophage, vers le médiastin. Cette variété est heureusement très rare.

Le **traitement** est contenu tout entier dans ce précepte : ouvrir dès que la collection est formée.

Certains abcès juxta-laryngiens doivent être ouverts par la bouche; d'autres doivent être attaqués par l'extérieur.

Les collections qui se sont étendues jusqu'au voisinage de la ligne médiane du pharynx, ou qui ont dépassé cette ligne, peuvent être incisées sans crainte; mais celles qui sont restées latérales exposent à la blessure des gros vaisseaux et particulièrement à celle de l'artère carotide interne. Aucun pharyngotome spécial, aucun procédé d'ouverture ne met à l'abri de ce redoutable accident. Dans certains cas

seulement la collection est si tendue et si prête à se rompre que l'ongle ou un instrument moussé comme le manche d'une cuiller suffisent à l'ouvrir. Peut-être vaudrait-il mieux, dans ces cas-là, avoir recours au bistouri. En effet, quand la tumeur proémine fortement dans le pharynx, on peut faire sans crainte l'incision au moyen d'une lame recouverte de linge de façon à ne pas être tranchante sur plus d'un centimètre de largeur. Lorsque l'abcès ne proémine que fort peu dans la cavité pharyngienne, il vaut mieux aller à sa recherche en incisant la peau au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastôïdien, et en rejetant ce muscle en dehors, comme si l'on voulait pratiquer la ligature de la carotide externe.

La collection doit être ouverte assez largement, surtout lorsqu'elle est abordée par le pharynx. A ce prix seulement elle se vide facilement et marche régulièrement vers la guérison. On connaît un cas d'asphyxie à la suite de la pénétration du pus dans le larynx, au moment où l'abcès fut ouvert. On éviterait cet accident en recommandant au malade de faire une forte expiration lorsque le pus est mis en liberté, et si c'est un enfant, en lui fermant la glotte avec le doigt, ou en mettant immédiatement la tête en bas.

La trachéotomie trouve rarement son indication dans le traitement des abcès juxta-pharyngiens. Quand elle a été mise en usage, c'est presque toujours à la suite d'une erreur de diagnostic. Elle peut pourtant devenir nécessaire.

II

AFFECTIIONS DES GANGLIONS DU COU

Les maladies des ganglions lymphatiques sont presque toutes le résultat d'une infection. Un élément étranger envahit ces petits organes et se développe dans leur tissu.

Selon la nature de l'agent infectant, selon les conditions locales et générales du sujet, le résultat de cette invasion peut être une inflammation violente, aiguë, ou une inflammation chronique. Il faudrait décrire autant d'adénites aiguës et autant d'adénites chroniques qu'il existe d'agents spéciaux d'infection. Mais il faut le reconnaître, tous ces agents, microbes ou éléments anatomiques altérés, ne sont pas