

## CHAPITRE II

## LÉSIONS INFLAMMATOIRES

## I

## PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS

Le cou est fréquemment le siège d'inflammations aiguës. Les unes affectent les organes qui le traversent ou qui y sont logés (glande sous-maxillaire, muscles, os, corps thyroïde, larynx, pharynx, œsophage, etc.), et sont décrites ailleurs dans ce traité. Les autres intéressent le tissu cellulaire si abondant de la région. C'est uniquement de ces dernières que nous nous occuperons (1). La description des phlegmons et abcès aigus du cou n'est pas chose facile, et il est peu de sujets qui soient aussi différemment étudiés par les auteurs. Ces divergences tiennent, d'une part, à l'absence ou à la multiplicité des divisions, d'autre part, à la confusion faite quelquefois entre les abcès aigus et les abcès chroniques.

**Étiologie et pathogénie.** — Le cou peut être envahi secondairement par des collections purulentes nées dans les régions voisines; les phlegmons amygdaliens s'ouvrent parfois au-dessous du maxillaire inférieur, des abcès profonds de l'aisselle font quelquefois saillie au creux sus-claviculaire; un abcès du médiastin antérieur peut apparaître sur les parties latérales du cou (2), etc., etc.

Le phlegmon primitif du cou envahit parfois d'emblée le tissu cellulaire dans les mailles duquel s'introduisent directement les principes irritants, généralement septiques. Toutes les plaies accidentelles, soit extérieures, soit cavitaires (pharynx), et même des plaies chirurgicales mal pansées, peuvent ainsi être le point de départ d'une infection directe et d'une suppuration du tissu cellulaire.

(1) ROGETTA, *Du phlegmon large du cou et de son traitement*. Bull. de thérap., 1855, t. V, p. 271. — FRORIEP, *Erläuterungen der üblen Folgen der Abscesse an der Oberfläche des Halses*. Schmidt's Jahrb., 1854, VI, p. 57. — VELPEAU, *Abcès de la gaine sterno-mastoïdienne*. Leçons clin., III, p. 442, 1841. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859, t. II, p. 177 et 259. — DUMESTRÉ, *Phlegmon et abcès sterno-cléido-mastoïdiens*. Thèse de Paris, 1864, n° 88. — CASTELAIN, *Idem*. Thèse de Paris, 1869, n° 200. — HERNANDEZ, *Des abcès du cou*. Thèse de Paris, 1870, n° 200. — GRAY-GROLY, *Observation d'inflammation diffusée du tissu alvéolaire du cou (cellulites)*. Importance des incisions précoces, larges et profondes. Rapports pratiques sur l'anatomie chirurgicale de cette région. Dublin Journal of med. sc., mai 1875. — JACQUEY, *Des phlegmons de la région carotidienne (complications)*. Thèse de Paris, 1876, n° 585. — FOLLIN et DUPLAY, *Path. ext.*, t. V, 1878. — GILLETTE, art. Cou du Dict. encycl., p. 211, 1878. — MARSHALL, *Phlegmons et abcès du cou*. Lancet, 1879, I, 219. — KÖNIG, *Die entzündlichen Prozesse am Hals*. Deutsche Chir., 1882, Lief. XXXVI. — LIEDEL, *Des abcès profonds du cou*. Amer. Journal of med. sc., octobre 1885, n. s., t. LXXXVI, p. 521. — H. YOUNGE, *De la cellulite cervicale*. British med. Journal, juin 1884, p. 1141. — GUNDRINX, *Étude clinique des abcès profonds du cou*. Lancet, juin 1885. — MOLLIÈRE, *Du phlegmon sus-hyoïdien septique*. Progrès méd., 15 août 1887. — CHAVASSE, *Injectons antiseptiques interstitielles dans les adéno-phlegmons de la région cervicale*. Revue gén. de chir. et thérap., 31 mai 1888. — TILLAUX, *Chir. clin.*, t. I, p. 456.

(2) BOUSQUET, Congrès franç. de chir., séance du 9 oct. 1889 (soir).

C'est par un mécanisme analogue que naissent les suppurations consécutives à une fracture du larynx, à la pénétration de corps étrangers ou de débris alimentaires par une rupture ou une ulcération de l'œsophage, etc.

L'infection du tissu cellulaire se produit parfois autour d'un organe primitivement malade; le fait est rare pour les adénopathies épithéliales et tuberculeuses; mais nombreux sont les abcès aigus qui se développent par continuité d'inflammation à la suite des fractures, des ostéopériostites et ostéomyélites du maxillaire inférieur, de la nécrose phosphorée des mâchoires, des phlegmasies de la glande sous-maxillaire (1), des thyroïdites suppurées, des hygromas aigus des bourses séreuses normales ou accidentelles du cou, etc.; Th. Anger a signalé la possibilité d'une inflammation suppurative aiguë du cou, dans le cours de l'épithélioma lingual. Toutefois, dans beaucoup de ces circonstances, il n'est pas toujours aisé de faire la part qui revient à la continuité d'inflammation et au transport des principes septiques par les vaisseaux lymphatiques (2).

Et, en effet, la plupart des phlegmasies aiguës du tissu cellulaire cervical ne sont point des phlegmons simples, mais des *adénophlegmons*. La raison de cette circonstance étiologique ne saurait échapper, si on songe au nombre des ganglions dont le cou est pourvu et à la richesse du territoire lymphatique qu'ils tiennent sous leur dépendance (3). Il serait absolument inutile d'énumérer ici

(1) Bien qu'on désigne parfois l'angine de Ludwig sous le nom de phlegmon infectieux sous-maxillaire, nous ne la comprendrons pas dans notre description; son histoire est faite ailleurs.

(2) Une discussion à la Société de chirurgie a bien mis en lumière le rôle prépondérant de l'infection de l'ulcération ou de la plaie opératoire buccale dans la production de ces suppurations consécutives à l'épithélioma lingual, et surtout aux opérations dirigées contre lui (Soc. de chir., séance du 4 février 1891).

(3) Il est indispensable, pour l'intelligence de ce qui suit, de rappeler la topographie des ganglions lymphatiques du cou. Ils forment un certain nombre de groupes :

1° Ganglions sous-maxillaires (8-10) : occupent la loge de la glande sous-maxillaire; sont placés la plupart dans l'angle formé par le mylo-hyoïdien et la face interne de la mâchoire osseuse et reçoivent les lymphatiques du front, des paupières, du nez, des joues, des lèvres, des gencives inférieures, de la muqueuse buccale et d'une partie de la langue.

2° Ganglions sous-mentaux ou sus-hyoïdien médians (1-3) : placés près de la ligne médiane, sur le mylo-hyoïdien, reçoivent les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre inférieure et du menton.

3° Ganglions sous-hyoïdiens médians : placés aux environs de la ligne médiane. a, Ganglions juxta-laryngiens (1-2), placés au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, reçoivent les lymphatiques de la partie supérieure du larynx. Le ganglion dit pré-laryngé est dans le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. b, Un ganglion assez constant est appliqué sur la face externe du muscle sterno-hyoïdien; il reçoit des vaisseaux tégumentaires. c, Ganglions laryngo-pharyngo-œsophagiens, placés autour des canaux aérien et alimentaire.

4° Ganglions cervicaux supérieurs. — Les uns sont *superficiels*, placés le long du bord antérieur et de la face externe du sterno-hyoïdien. Il en est qui longent la jugulaire externe, ils se trouvent entre le muscle précédent et le peaucier. Reçoivent les lymphatiques des gencives supérieures du palais.

Les autres sont profonds, occupent notamment le point de bifurcation de la carotide et le voisinage du tronc thyro-lingua-facial. Ils sont les aboutissants des lymphatiques du cuir chevelu, de l'oreille, de la cavité buccale, de la langue, des amygdales, du pharynx, de la trachée et de l'œsophage.

5° Ganglions cervicaux inférieurs ou carotidiens. — Recouverts par le sterno-mastoïdien, ils forment une chaîne le long des vaisseaux. La plupart tout en avant, quelques-uns en arrière des vaisseaux. Au point de vue pratique, ils font savoir que les plus importants et les plus gros sont appliqués sur la paroi latérale externe de la jugulaire interne. Ils reçoivent les lymphatiques afférents du groupe précédent et quelques vaisseaux du corps thyroïde. A ce groupe profond appartiennent les ganglions rétro-pharyngiens.

6° Ganglions sus-claviculaires. — Les uns, superficiels, contiennent la série des ganglions cervicaux superficiels supérieurs; les autres sont appliqués profondément sur le plexus



toutes les causes de l'adénite cervicale. Il suffira de rappeler qu'elle peut succéder à des lésions quelconques, même insignifiantes, de la face, du cuir chevelu, du nez, des lèvres, etc., qu'elle est fréquente dans les plaies et les ulcérations de la cavité bucco-pharyngée et du conduit laryngo-trachéal, qu'elle accompagne fréquemment les inflammations de la muqueuse buccale (stomatites, glossites, amygdalites, angines et affections du système dentaire, etc.). Toutes ces causes sont capables d'engendrer des phlegmons suppurés variables quant à leur siège. Mais il est remarquable de voir que l'adénite cervicale, par laquelle débute la plupart de ces inflammations, n'arrive parfois pas à suppuration; le tissu cellulaire périganglionnaire seul s'abcède alors (Peyrot). Cette distinction toutefois n'est vraie qu'au début; plus tard les abcès sont à la fois intra- et périganglionnaires, et on ne retrouve plus guère la marque de l'origine ganglionnaire.

Il va sans dire que les causes précédentes n'amènent pas fatalement le développement d'une suppuration; mais elles créent une porte d'entrée toute ouverte pour la pénétration des microbes pyogènes. La cause de l'adénophlegmon n'est pas toujours facile à reconnaître; la lésion qui l'engendre est bien souvent insignifiante, elle peut être cicatrisée au moment où éclate la complication cervicale. Mais actuellement on ne saurait plus admettre l'existence d'un phlegmon idiopathique ou essentiel succédant à l'action sur le cou du froid, de l'humidité. Il est certain que dans ces cas, la porte d'entrée (angine, carie dentaire) a passé inaperçue. Une amygdalite légère peut permettre la pénétration dans le torrent lymphatique des micro-organismes si nombreux qui pullulent à l'état normal dans la cavité buccale. Nous connaissons bien aujourd'hui le rôle capital de l'amygdale dans la défense de l'organisme contre l'infection microbienne, et nous savons que toutes les causes d'affaiblissement, froid, surmenage, alcoolisme, etc., diminuent sa puissance phagocytaire et ouvrent une porte à l'infection.

A côté de ces causes, il convient de faire une place à l'influence des maladies générales, telles que le diabète, le typhus, la pyohémie, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la diphtérie et surtout la scarlatine. C'est surtout à la fin et pendant la convalescence de ces affections qu'apparaît le phlegmon cervical. Quelle en est alors la pathogénie? Le plus souvent, ce n'est encore qu'un adénophlegmon, dont la cause réside dans une détermination bucco-pharyngée. On sait la fréquence des angines, des ulcérations de la gorge et du larynx au cours de ces affections et, nous le répétons, il n'est pas besoin d'une lésion grossière, un petit point d'inoculation suffit pour permettre l'absorption des principes septiques. Mais tous les abcès cervicaux observés dans les maladies infectieuses ne paraissent pas reconnaître une semblable origine. Pour quelques auteurs, le sang charrie directement les microbes pathogènes et c'est lui qui devient la cause directe de l'inflammation locale. Il est probable qu'un certain nombre des abcès dits métastatiques observés au cours de l'érysipèle, de la pyohémie, etc., sont justiciables d'une semblable pathogénie. Il ne faut

brachial et les scalènes, dans l'angle formé par les veines jugulaire interne et sous-clavière, reçoivent les lymphatiques de la peau du cou, de la partie inférieure du larynx, du corps thyroïde, une partie des vaisseaux absorbants de la trachée, de l'œsophage et de la glande mammaire.

7° Ganglions postérieurs. — Les uns, ganglions sous-occipitaux, occupent la fossette de la nuque; les autres, ganglions mastoïdiens ou rétro-auriculaires, sont placés sur l'origine du sterno-mastoïdien. Ils reçoivent les lymphatiques du vertex et l'occiput de la partie postérieure de l'oreille externe.

toutefois se rallier à cette hypothèse qu'après un examen détaillé des nombreuses portes d'entrée dont nous avons parlé plus haut.

Les micro-organismes rencontrés dans les collections purulentes du cou sont variables. En dehors des agents habituels de la suppuration, on peut y trouver, suivant les cas, le microcoque tétragène<sup>(1)</sup>, les bacilles de la fièvre typhoïde, les pneumocoques, etc.; mais il est difficile de dire actuellement si ces microbes sont seulement phlogogènes ou également pyogènes. Dans le pus de plusieurs adéno-phlegmons sous-maxillaires consécutifs à des caries dentaires, Verneuil et Clado<sup>(2)</sup> ont décelé, à côté des microcoques pyogènes, des spirilles de la salive, en quantité parfois considérable et formant en quelques points des touffes filamenteuses. Ces agents, dans leur trajet de la cavité buccale vers la région cervicale, sont ordinairement transportés par la voie lymphatique, mais ils peuvent aussi suivre les conduits excréteurs des glandes salivaires, provoquer, par exemple, une inflammation de la glande sous-maxillaire qui deviendra l'origine d'un phlegmon du cou. Dans un cas observé par Kœnig, des filaments de leptothrix buccal remplissaient le canal de Wharton.

C'est ici le lieu de mentionner rapidement les suppurations cervicales consécutives à l'actinomycose. On sait que cette maladie est caractérisée par la présence d'un champignon capable de produire des accidents à distance, des abcès métastatiques (cerveau, thorax, abdomen), mais habitant la cavité buccale, les cryptes amygdaliennes et les dents cariées surtout. Il semble qu'il détermine seulement des tumeurs inflammatoires qui viennent à suppurer dans certaines conditions encore mal établies. Il envahit de préférence le maxillaire inférieur, mais il peut aussi, pénétrant par la voie lymphatique, atteindre les ganglions sous-maxillaires et amener la formation d'adéno-phlegmons. Ceux-ci débent par une tumeur d'abord très dure, qui se ramollit bientôt pour s'ouvrir dans la bouche ou à la région sus-hyoïdienne. Ils ne renferment pas toujours de pus; souvent on n'y rencontre que des grumeaux jaunâtres adhérents à la paroi et contenant les actinomycètes. Rarement uniques et circonscrits, ils sont généralement multiples, successifs, envahissants et affectent plus souvent une marche insidieuse et chronique qu'une allure franchement aiguë.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces faits. Retenons, au point de vue clinique, l'importance étiologique des affections dentaires, des lésions de la face et des muqueuses buccale et pharyngienne, de la diphtérie et surtout de la scarlatine. Ces causes nous permettent de comprendre pourquoi tous les auteurs mentionnent la plus grande fréquence des phlegmons et abcès cervicaux chez l'enfant et chez l'adolescent. Mais aucune période de la vie n'en est à l'abri; les suppurations aiguës du cou constituent à tout âge une affection très commune, d'un haut intérêt chirurgical, grâce aux sièges divers qu'elles peuvent occuper, aux formes cliniques qu'elles peuvent revêtir, aux complications qui traversent parfois leur évolution.

**Topographie.** — Suivant leur degré d'extension, ces phlegmons méritent, comme partout ailleurs, d'être distingués en *diffus* et *circonscrits*. Les premiers sont rares au cou, affectent parfois la forme gangreneuse et ne s'observent

<sup>(1)</sup> ROWELL PARK, *Abcès sous-maxillaire. Présence du microcoque tétragène. Medical News*, 16 octobre 1888.

<sup>(2)</sup> VERNEUIL et CLADO, *Des abcès spirillaires. Académie des sciences, séance du 15 février 1889.*