

guère que sous l'influence d'un état général mauvais, ou comme complication d'un phlegmon circonscrit mal soigné. Leur siège anatomique est commandé, dit-on, par le trajet des feuillettes aponévrotiques; mais le pus détruit ces barrières anatomiques, et Malgaigne a montré qu'on ne pouvait pas toujours, de la disposition des espaces cellulaires du cou, déduire la marche des abcès aigus. Ces importantes restrictions cliniques étant posées, il convient néanmoins d'établir des divisions nécessaires pour une description méthodique.

Il y a lieu de distinguer les phlegmons et abcès du cou en postérieurs et antéro-latéraux. Ces derniers, suivant leur siège par rapport à l'aponévrose cervicale superficielle, sont dits superficiels ou profonds. Les phlegmons profonds présentent eux-mêmes autant de variétés qu'il existe de groupes de ganglions lymphatiques et de régions anatomiques secondaires (phlegmons sus-hyoïdiens, carotidiens, sous-hyoïdiens, sus-claviculaires). Parmi ces phlegmons profonds, il en est un, tellement important, qu'il mérite une mention spéciale, c'est le phlegmon rétropharyngien, dont on trouvera la description au chapitre des *Maladies du pharynx*.

Le tableau suivant résume les divisions que nous adoptons :

I. PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS DE LA NUQUE OU DE LA RÉGION CERVICALE POSTÉRIEURE.

II. PHLEGMONS ET ABCÈS AIGUS DE LA RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE DU COU.

A. Superficiels,

B. Profonds :	1° Sus-hyoïdiens.	a. Médians ou sous-mentaux.
	—	b. Latéraux ou sous-maxillaires.
	2° Sous-hyoïdiens.	a. Circonscrits.
	—	α. Abscès thyro-hyoïdiens.
	—	β. Abscès laryngo-trachéaux.
	—	γ. Abscès de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien.
	—	δ. Abscès sous-sterno-mastoïdiens.
	—	b. Diffus.
	—	α. Phlegmon large de Dupuytren.
	—	β. Abscès diffus profond.
	—	γ. Cellulite cervicale.

Symptômes. — Les phlegmons du cou offrent un certain nombre de caractères communs qui appartiennent à toutes les inflammations analogues. Aussi n'y a-t-il guère lieu d'en parler, à moins de vouloir tracer une symptomatologie purement schématique; nous ne ferons que rappeler l'apparition souvent précoce et l'intensité extrême des phénomènes généraux qui peuvent, chez les enfants et dans les phlegmons septiques profonds, précéder toute manifestation locale. Comme dans les autres régions aussi, ces phlegmons peuvent se terminer par résolution, par induration, par passage à l'état chronique, mais d'ordinaire ils aboutissent à la suppuration. Ils se sont transformés en abcès dont l'évolution et les manifestations cliniques varient suivant le siège de la collection.

I. Les *phlegmons et abcès aigus de la nuque* ne sont pas fréquents et ne s'observent guère qu'à la suite de lésions superficielles de la partie postérieure du cuir chevelu. Plus rarement, ils succèdent à un furoncle, à une plaie de la région. Aussi, malgré l'opinion de Gillette, d'après laquelle « ils ne reposent pas sur une masse ganglionnaire et ne laissent pas à leur suite d'induration lente à disparaître », doit-on, grâce à leur origine habituelle, les considérer comme des adéno-phlegmons, développés autour des ganglions sous-occipitaux (Chassaignac). Plus ou moins profonds, situés tantôt sous l'aponévrose, tantôt sous la masse musculaire superficielle de la nuque, ils entraînent rarement une rougeur

et un œdème appréciables des téguments et la fluctuation en est presque l'unique signe. L'épaisseur et l'adhérence de la peau permettent de comprendre pourquoi ils provoquent des douleurs souvent extrêmement vives, pourquoi ils ont une forme aplatie, une certaine tendance à la diffusion, enfin pourquoi le chirurgien, pour les ouvrir, doit plonger son bistouri à une profondeur assez considérable.

II. Pas plus que la variété précédente, les *phlegmons et abcès superficiels de la région antéro-latérale* n'ont un réel intérêt pratique. Kœnig soutient qu'ils peuvent être d'origine adénite et siéger autour de petits ganglions, placés entre le peaucier et le fascia superficiel et recevant quelques vaisseaux lymphatiques du périoste alvéolo-dentaire. D'habitude, ce sont des abcès phlegmoneux simples, circonscrits et tendant naturellement à s'ouvrir du côté de la peau. Cependant on cite quelques cas de diffusion; le pus peut gagner la paroi thoracique en passant par dessus la clavicule et se faire jour au niveau des insertions pectorales du peaucier. On a vu des abcès « qui pendaient sur la gorge comme de gros goîtres » (Lamotte). La possibilité de ces accidents doit engager le chirurgien à inciser de bonne heure ces abcès superficiels, de manière à prévenir les décollements, la destruction de la peau, les fistules, les cicatrices vicieuses du cou.

III. Les *phlegmons antéro-latéraux sous-aponévrotiques* méritent toute notre attention. Cependant ils n'ont pas tous la même gravité.

1° Il nous suffit de mentionner l'abcès médian sus-hyoïdien ou sous-mental. C'est un adéno-phlegmon siégeant entre le mylo-hyoïdien et l'aponévrose unique de la région, bien limité, sans connexion avec aucun organe important. Il est une autre collection, appelée quelquefois phlegmon médian sus-hyoïdien profond, s'étalant au-dessus du mylo-hyoïdien. Bien qu'il puisse faire saillie à la région cervicale, il doit être rangé dans les inflammations du plancher buccal; il constitue l'abcès sous-lingual (1).

2° Les *phlegmons et abcès sous-maxillaires ou sus-hyoïdiens latéraux*, par leur fréquence, constituent le type des phlegmons du cou. En faisant abstraction des inflammations de la glande sous-maxillaire, oreillons suppurés, sub-maxillite de la diphtérie, etc., et des cas rares naissant par continuité d'inflammation, ce sont des *adéno-phlegmons* consécutifs aux lésions de la face, de la bouche, aux amygdalites, etc., et enfin surtout à la carie dentaire avec périodontite. Souvent on les voit succéder à l'avulsion d'une dent, soit par infection instrumentale directe, soit par infection secondaire de la plaie de la bouche.

Ils débutent par un gonflement dur, quelquefois ligneux, en général mal limité. La peau a d'abord son aspect normal, mais elle ne tarde pas à devenir rouge, luisante. Cette tuméfaction, qui fait disparaître le sillon cervico-maxillaire, ne dépasse guère le niveau de l'os hyoïde et s'étend en arrière jusqu'au muscle sterno-mastoïdien, en avant jusqu'à une faible distance de la symphyse mentonnière. Elle peut rétrocéder, mais, en général, elle se ramollit au bout de cinq à six jours; un foyer ne tarde pas à se former, qui traduit sa présence par de l'œdème, une douleur vive à la pression en un point fixe, puis par la fluctuation, toujours assez profonde, mais facile à percevoir avec un peu d'attention. Les phénomènes généraux sont rarement inquiétants; en revanche, le malade est en proie à des douleurs lancinantes. La salivation est abondante, la langue est épaisse, repoussée en arrière, la mastication et la déglutition sont notable-

(1) DUMONTEIL-GRAMPRÉ, Thèse de doct. de Paris, 1874.

ment gênées par la constriction de la mâchoire. La respiration reste ordinairement libre.

Le foyer se fait à peu près constamment jour vers l'extérieur. Mais le pus peut traverser le feuillet profond de la loge sous-maxillaire, faire saillie sous le plancher buccal et repousser la base de la langue. La tuméfaction gagne les régions péri-laryngiennes, les replis ary-épiglottiques, et détermine du côté de la respiration et de la phonation des troubles fort graves, qui ont pu provoquer la mort par suffocation. Le pus se fait quelquefois jour au plancher buccal, ou vers la base de la langue, ou vers le pharynx (1). Il s'agit alors de véritables complications sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Une variété intéressante d'abcès de cette région est celle que Chassaignac a décrite sous le nom d'*adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire*. Il occupe la partie la plus reculée de la loge sus-hyoïdienne latérale et paraît fixé sous l'angle de la mâchoire (2). Il résulte le plus souvent d'une éruption laborieuse de la dent de sagesse, d'un travail ulcératif de la portion de la gencive interposée entre l'apophyse coronoïde et le collet de la dernière grosse molaire. Ses symptômes sont analogues à ceux que nous venons d'indiquer; mais la mastication, la déglutition, la phonation sont plus sérieusement entravées; le trismus paraît être un accident à la fois précoce et constant.

L'étude des phlegmons et abcès aigus sous-hyoïdiens est plus difficile que celle des inflammations sus-hyoïdiennes. On peut, avec quelque avantage, les classer en abcès circonscrits et en abcès diffus (Tillaux). Mais un certain nombre de subdivisions doivent être faites dans ces deux classes.

5° Dans les PHLEGMONS ET ABCÈS SOUS-HYOÏDIENS CIRCONSCRITS, nous distinguons les variétés suivantes :

a. *Les abcès de l'espace thyro-hyoïdien*. — Ils prennent généralement naissance dans les pelotons adipeux et les follicules lymphatiques situés entre l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne ou dans la loge glosso-thyro-épiglottique décrite par Brousses et par Brault (3) et succèdent à des affections diverses de la langue, du larynx, du corps thyroïde, etc.; mais, malgré les recherches de Vidal, de Sestier (4), leur étiologie est encore bien imparfaitement connue. Ils se manifestent par une tuméfaction, une rougeur, une douleur locales, une fluctuation surtout appréciable au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde; mais ils provoquent, en outre, — et c'est là ce qui constitue leur gravité, — tous les symptômes de l'angine laryngée œdémateuse : aphonie, dyspnée, accès de suffocation. Le laryngoscope, le doigt introduit dans la bouche en suivant la base de la langue, pourraient quelquefois constater directement le relief de la collection purulente, qui tend à se porter du côté du pharynx, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte (Follin et Duplay).

b. *L'abcès laryngo-trachéal*. — En dehors des thyroïdites, des périchondrites suppurées, on rencontre parfois dans la région laryngo-trachéale des adéno-phlegmons signalés pour la première fois par Blandin. Ces suppurations juxta-

(1) Les abcès profonds peuvent suivre une marche inverse; on a vu des abcès rétro-pharyngiens qui simulaient des abcès sous-maxillaires et s'étaient fait jour au-dessous du rebord de la mâchoire.

(2) EYSSAUTIER, *Dauphiné méd.*, avril 1889, n° 4.

(3) BROUSSES et BRAULT, *Sur une variété incomplètement décrite du phlegmon du cou. Phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique. Revue de chirurgie*, 1893, p. 98.

(4) SESTIER, *De l'angine laryngée œdémateuse. Ses rapports avec les abcès de l'espace hyo-thyroïdien. Arch. gén. de méd.*, 1852, 4^e série, XXIV, p. 477.

laryngiennes causent des accidents dyspnéiques graves et ont une grande tendance (Cotoni (1)) à fuser vers le thorax, en suivant la gaine celluleuse qui entoure le canal aérien. Aussi faut-il les inciser de bonne heure. Velpeau et Bassereau ont décrit une forme fétide d'abcès laryngo-trachéal, sans communication du foyer avec l'arbre aérien.

c. *Les phlegmons et abcès sterno-mastoïdiens*. — Les suppurations de la région sterno-cléido-mastoïdienne ont été décrites par Velpeau sous le nom de phlegmons cervicaux, par Chassaignac sous le nom d'abcès cervicaux moyens. Leur point de départ est variable. Il en est qui prennent naissance dans le muscle lui-même (myosites suppurées); elles ne doivent pas nous arrêter. D'autres siègent profondément sous le muscle et constituent la majeure partie des phlegmons larges du cou, sur lesquels nous allons revenir; d'autres enfin constituent les adéno-phlegmons de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien. Suivant Chassaignac, Tillaux, ces derniers reconnaissent pour origine l'inflammation d'un ganglion occupant la partie supérieure de cette gaine et recevant les lymphatiques de la région rétro-auriculaire. On pourrait également les observer à la suite d'une amygdalite. Ils se manifestent « par une tumeur, donnant lieu à un renflement fusiforme, avec chaleur, douleur et gonflement des parties antéro-latérales du cou. Le pus reste enfermé dans la gaine fibreuse du muscle » (Chassaignac), qui le limite très exactement et il parvient jusqu'à ses attaches inférieures. « L'aponévrose s'amincit en ce point et n'est plus guère qu'une couche celluleuse; aussi le foyer, qui était d'abord profond, devient-il très superficiel et s'étale sous la peau » (Tillaux). Cet abcès laisse ordinairement à sa suite une raideur et un raccourcissement du muscle.

Mais, à côté de ces adéno-phlegmons de la gaine, on décrit dans la région sterno-cléido-mastoïdienne une autre variété d'adéno-phlegmon, sur laquelle Dumesthé, Castelain ont beaucoup insisté. Cette variété siège en dehors de la gaine, sous le muscle. Elle succède aux angines et s'observe avec une certaine prédilection au cours de la scarlatine. Les phénomènes généraux, fièvre, inappétence, céphalalgie, quelquefois délire chez l'enfant, marquent souvent le début de ces adéno-phlegmons, infectieux au premier chef. Un gonflement ne tarde pas à apparaître, qui présente la forme et la direction du sterno-mastoïdien, mais qui est situé au-dessous de lui. Au début, il est assez facile de reconnaître que le corps charnu est soulevé par la collection, mais bientôt il est perdu dans l'empatement qui envahit les plans superficiels. Le muscle se contracture; la tête prend la position du torticolis et ne peut être ramenée à la rectitude qu'au prix de douleurs vives, irradiées vers l'oreille et la clavicule (tiraillement des branches du plexus cervical superficiel). L'œdème collatéral et la compression exercée par la tuméfaction profonde déterminent d'autres troubles fonctionnels : gêne de la mastication et de la déglutition, plus rarement de la phonation et de la respiration, dysphagie œsophagienne, dilatation ou rétrécissement pupillaire par irritation ou paralysie du sympathique cervical (2).

Cet adéno-phlegmon peut se terminer par résolution, mais celle-ci est lente à se faire et longtemps on sent plusieurs ganglions indurés. La suppuration, qui est habituelle, se traduit par un redoublement d'intensité des phénomènes généraux, par des douleurs pulsatives, l'extension du gonflement, la rougeur de la

(1) COTONI, *Abcès du cou consécutifs aux altérations du larynx*. Thèse de Paris, 1880, n° 20.

(2) POITEAU, *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique*. Thèse de Paris, 1860, n° 2.

peau; mais la fluctuation reste longtemps obscure; elle est toujours difficile à sentir. Le pus tend à se faire jour vers l'un des bords du muscle; parfois l'aponévrose cervicale forme un obstacle suffisamment résistant pour permettre au pus de fuser dans ses régions voisines, et notamment vers le creux sus-claviculaire. Dans un cas de Dumesthé, le foyer avait gagné l'aisselle en côtoyant les branches du plexus brachial. La migration vers le médiastin est tout à fait exceptionnelle. Les exemples d'ouverture dans l'œsophage, le pharynx, la trachée, sont un peu plus fréquents.

d. Nous n'avons rien à dire des *collections sus-claviculaires*. Elles résultent ordinairement de la propagation des phlegmons de la région sterno-mastoïdienne. Lorsqu'elles sont circonscrites, cantonnées au creux sus-claviculaire, elles débutent presque toujours par une adénite, sont bridées par les plans aponévrotiques qui favorisent leur extension à l'aisselle et sont animées de soulèvements qui peuvent en imposer pour un anévrysme de l'artère sous-clavière.

4° Parmi les PHLEGMONS ET ABCÈS SOUS-HYOÏDIENS DIFFUS, il en est un surtout qui, par sa gravité, mérite toute l'attention du praticien, c'est l'*abcès cervical profond* de Chassaignac, plus connu sous le nom de *phlegmon large du cou* de Dupuytren. Il n'est parfois qu'une terminaison de l'adéno-phlegmon sous-sterno-mastoïdien. Quand il est primitif, il prend origine dans la même région et siège en avant de l'aponévrose moyenne (Tillaux). Dans les cas observés par Dupuytren, les causes productrices étaient des courants d'air, lorsque le cou était en sueur; « mais c'est surtout par l'action de crier que le mal de gorge fait de rapides progrès et se convertit en phlegmon large. Cette dernière circonstance explique pourquoi les vendeurs et les crieurs dans les rues y sont plus sujets. Quelquefois cette maladie s'est manifestée à l'occasion d'un coup de canne ou d'autres corps contondants sur la région du cou. Une circonstance cependant qui nous paraît essentielle à noter ici, c'est que le phlegmon dont nous parlons n'attaque ordinairement que les femmes cacochymes et malsaines, rarement les hommes: en général, le mal semble se rallier à quelque vice humoral ou constitutionnel » (Rognetta).

Le phlegmon se déclare par un mal de gorge bientôt suivi de raideurs, de douleurs lancinantes, de rougeur et de gonflement sur un des côtés du cou. Cette inflammation profonde ne tarde pas à s'étendre, quelquefois depuis l'oreille jusqu'à la clavicule, depuis la nuque jusqu'au larynx. Elle constitue d'abord une véritable cuirasse extrêmement dure au toucher, masquant les saillies et les dépressions du cou, englobant les ganglions, les muscles, etc. Aussi le torticolis et le trismus plus ou moins complets sont-ils des symptômes à peu près constamment observés. Ajoutons à cela une teinte parfois érysipélateuse des téguments, une grande intensité des phénomènes généraux, l'apparition assez fréquente de symptômes cérébraux. Cette période initiale dure en moyenne quinze à vingt jours. A ce moment, une certaine mollesse au toucher fait soupçonner la présence du pus; mais nulle part la sensation de fluctuation n'est bien manifeste; la suppuration est en effet infiltrée, disséminée dans les interstices musculaires et dans les mailles du tissu cellulaire. Si l'affection est abandonnée à elle-même, elle peut passer à l'état chronique: le trismus persiste; les malades, ne pouvant se nourrir, tombent dans le marasme (Rognetta). Plus souvent des foyers multiples s'ouvrent à l'extérieur, des gaz s'y infiltrent, indice de la gangrène du tissu cellulaire, l'état général s'aggrave et la mort survient dans l'adynamie. La respiration reste libre, la dyspnée est rare, car la trachée est

protégée contre toute compression par le plan fortement tendu de l'aponévrose cervicale moyenne (Tillaux). Mais celle-ci n'oppose pas toujours une barrière suffisante; on cite des compressions de l'arbre aérien ayant nécessité la trachéotomie (Kœnig), des exemples de fusées vers le médiastin antérieur. Disons enfin que le phlegmon de Dupuytren, primitivement unilatéral, peut dépasser la ligne médiane et gagner le côté opposé du cou.

Dans d'autres circonstances, ce n'est plus en avant, mais en arrière de l'aponévrose cervicale moyenne que l'inflammation se développe. « Quel que soit son mode d'origine, écrit Tillaux, l'*abcès diffus profond du cou* 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 pneumo-gastrique 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. Bridé en dehors par l'aponévrose, cet abcès 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 cellulaires 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 brachial, soit dans le creux de l'aisselle proprement dit, soit dans l'une des parois. J'ai vu dernièrement avec le docteur Reynier un de ces abcès qui avait suivi le nerf du grand dentelé et fut ouvert sur la paroi thoracique. » Ces abcès diffus profonds du cou nous paraissent identiques avec les faits décrits sous le nom de phlegmon profond du cou (Gross), de phlegmon de l'espace vasculaire (Kœnig).

Nous mentionnerons également ici, sans être en mesure de les classer avec précision, les *cellulites cervicales*, inflammations diffuses du tissu cellulaire du cou, décrites par Henry Gray-Croly en 1875 et par Harrisson Young en 1884. Ces cellulites se rapprocheraient du type érysipèle et reconnaîtraient surtout pour cause le froid et l'humidité. Elles se caractérisent par la dyspnée, de la dysphagie, un état général très alarmant; enfin l'inflammation, limitée à la partie antérieure du cou, donne au toucher la sensation d'un œdème dur, sans fluctuation. Des 7 cas rapportés par Gray-Croly, 1 s'est terminé par infection purulente, 2 par guérison après suppuration; dans tous les autres l'incision n'a donné issue qu'à un liquide séreux. Dans un phlegmon analogue terminé par guérison, Gacoyen⁽¹⁾ a été témoin d'un phénomène curieux, consistant en un sphacèle et une destruction complète du corps thyroïde.

Complications. — 1° La *diffusion* du pus vers des régions éloignées est un accident qui appartient non seulement aux phlegmons diffus d'emblée, mais également aux phlegmons circonscrits. Elle peut même s'observer dans les abcès sous-maxillaires, et, dans deux cas remarquables, relatés par Malassez et Lucas-Championnière⁽²⁾, le pus d'une collection sus-hyoïdienne avait envahi la poitrine,

⁽¹⁾ GEO. G. GACOYEN, *British med. Journal*, 12 février 1876, p. 171. — LYELL, *Edinb. med. Journal*, 1887, p. 715.

⁽²⁾ MALASSEZ et CHAMPIONNIÈRE, *Deux observations d'abcès sus-hyoïdiens ayant fusé dans la poitrine. Gaz. des hôp.*, 1869, n° 71. — HUGH SMITH (cité par Poulet et Bousquet) relate le cas d'un abcès sous-maxillaire ouvert dans le poumon.