

en suivant la gaine des vaisseaux. Mais la pénétration dans le médiastin est tout à fait exceptionnelle, même pour les diverses variétés de phlegmons sous-hyoïdiens, qui tendent de préférence à se propager vers les régions axillaires et sous-claviculaires, quelquefois sous le trapèze. Nous avons insisté suffisamment sur ces accidents, pour ne pas y revenir.

Nous dirons seulement qu'une médiastinite antérieure ou postérieure, une péricardite ou une pleurésie purulente, un abcès du poumon avec pyohémie ou septicémie compliquent souvent l'invasion de la poitrine par ces suppurations diffuses. Il est rare que le pus se fasse jour par la paroi thoracique. Cependant, dans un cas de Kœnig, il apparut entre la 1^{re} et la 2^e côte. Mais il est bon de noter que ces extensions inusitées des phlegmons circonscrits, de même que les collections primitivement diffuses ne se produisent guère que chez les individus débilités par une maladie antérieure, ou convalescents d'une affection générale grave (scarlatine, variole, diphtérie).

C'est aussi dans ces circonstances que s'observe la *transformation gangreneuse* des foyers purulents. Les alcooliques, les diabétiques y sont également prédisposés; mais, chez eux, il est plus commun de voir le phlegmon cervical, après un début aigu, affecter une allure subaiguë ou chronique, avec tendance aux décollements et à la mortification des tissus. Le pronostic de ces suppurations est fort grave; elles précipitent souvent l'instant de la terminaison fatale.

3° Il est des symptômes qui, par leur exagération, attirent parfois toute l'attention, réclament une intervention spéciale et constituent de réelles complications. Tels sont la *dysphagie*, la *dyspnée* continue, les accès de *suffocation*, l'*œdème glottique*, plus spécial au phlegmon sus-hyoïdien.

4° Toutefois, les complications qui retentissent sur l'arbre aérien résultent moins souvent de sa compression que de l'*inflammation*, de l'*ulcération de la muqueuse* laryngo-trachéale (Gillette). Ces accidents ne sont pas rares; à titre exceptionnel, nous devons mentionner la *congestion pulmonaire*, la *broncho-pneumonie*, la *pleurésie purulente* (par propagation ou par effraction).

5° Bien plus intéressantes et plus spéciales sont les complications qu'il nous reste à étudier. Elles sont, du reste, *communes aux abcès chauds et aux abcès froids*; nous voulons parler de l'ouverture dans les voies digestives et respiratoires et des complications vasculaires.

C'est à tort que Sarazin (1) considère l'*irruption du pus dans le pharynx, dans l'œsophage* comme un accident à peu près mortel; les exemples de terminaison heureuse sont assez nombreux. La *pénétration dans les voies aériennes* est bien plus grave; néanmoins la guérison est possible. Dans un cas de Frazer (2), un abcès tuberculeux ouvert dans la trachée guérit spontanément, sans l'intervention du chirurgien. Binaut (3) a vu un abcès antérieur du cou, communiquant avec la trachée et ayant nécessité la trachéotomie, par suite d'asphyxie imminente. Un cas plus curieux (4) concerne un phlegmon profond du cou, s'accompagnant d'œdème du membre supérieur par thrombose de la veine axillaire. L'individu qui en était porteur expulsa subitement 1/2 litre de pus dans un accès de toux. La fluctuation disparut et fit place à une sonorité tympanique. La tumeur gazeuse, réductible à la pression, fut incisée au-dessous de la clavi-

(1) SARAZIN, art. Cou du *Dict. de méd. et de chir. prat.*

(2) FRAZER, *Monthly Journal*. London, janvier 1848, p. 505.

(3) BINAUT, *Bull. méd. du Nord*, juillet 1865.

(4) *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1875, n° 22, p. 589.

cule. La plaie opératoire donna issue à un mélange d'air et de pus. Le sujet fut pris d'accidents de collapsus grave, mais finit néanmoins par guérir (1).

5° Les complications du côté du système vasculaire du cou (2) sont de différents ordres. Ce sont tantôt des perforations, tantôt des compressions.

a. *Ulcération vasculaires*. — Elles sont dangereuses à deux points de vue : d'une part, par les hémorragies qu'elles entraînent, d'autre part, par la pénétration possible du pus dans les canaux sanguins. Ces accidents sont relativement fréquents dans la région qui nous occupe; sur 88 cas rassemblés par Monod (3), 28 se rapportent à des perforations des artères du cou par des collections purulentes.

Ces ulcérations des vaisseaux se rencontrent notamment dans le cours des abcès scarlatineux (Pepper) (4) et la plupart des faits qui forment la statistique de W. Gross (5) concernent des enfants ou des adolescents. On les observe aussi bien à la suite d'abcès chauds qu'au cours d'abcès tuberculeux. Le processus de l'ulcération vasculaire a été suffisamment discuté dans le premier volume de cet ouvrage, auquel il nous suffit de renvoyer. Mais l'ulcération n'amène pas fatalement l'hémorragie, le vaisseau peut être oblitéré, avant que la perforation soit complète. L'inflammation de la paroi vasculaire ne se limite pas, en effet, à la tunique externe, elle gagne la tunique interne. L'endophlébite oblitérante est toutefois infiniment plus fréquente que l'endartérite et, si on songe à la facilité de la compression des veines, qui résistent bien moins que les artères, on n'aura pas de peine à comprendre pourquoi ces derniers vaisseaux, notamment ceux d'un certain calibre, sont, plus que les premiers, exposés aux perforations (Lindner) (6). L'ouverture du vaisseau peut se produire au moment même de l'incision de l'abcès. Mais ordinairement le processus inflammatoire, l'infiltration tuberculeuse marchent lentement et n'aboutissent à la perforation qu'à un moment imprévu, quelques jours ou quelques semaines après l'évacuation du foyer.

Depuis que Liston (7) a publié le fait d'un abcès communiquant avec la carotide primitive, les observations se sont multipliées; il n'est pas une des grosses artères du cou, qui n'ait été une ou plusieurs fois le siège de ces lésions. Dans la statistique de Gross (1874), la carotide primitive est atteinte 5 fois, la carotide interne 3 fois, la sous-clavière 1 fois; la thyroïdienne supérieure 2 fois, la linguale, la faciale, la thyroïdienne inférieure, chacune 1 fois. Dans 11 cas, on n'a pu déterminer exactement l'artère intéressée. Depuis cette époque, d'autres faits ont été publiés. Dauvé (8) a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un soldat porteur d'une adénite cervicale chronique, qui s'ouvrait dans le pharynx et avait ulcéré à la fois la carotide commune et la carotide externe.

(1) Dans un fait exceptionnel, un abcès de la partie postérieure du cou communiquait avec le canal rachidien. (HENROT, *Bull. de la Soc. méd. de Reims*, 1875, n° 15.)

(2) Il faut encore mentionner les lymphorrhagies signalées par Després comme consécutives aux adénites et péri-adénites suppurées du cou. *Chir. journ.*, 1877, p. 157 et 181.

(3) MONOD, *De la perforation des artères au contact des foyers purulents*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 666. — FLOUS, Thèse de Paris, 26 juin 1884, n° 262.

(4) PEPPER, *British med. Journ.*, 1872, t. II, p. 510. — Cet auteur a observé 6 cas d'hémorragie foudroyante sur 5957 scarlatines.

(5) W. GROSS, *Amer Journ. of med. sc.*, avril 1871, p. 571.

(6) LINDNER, *Des hémorragies des grosses artères dans les abcès*. *Deutsche med. Wochensch.*, 1887, n° 24, p. 455. — LANGENBUCH, *Ulcération des gros troncs vasculaires et son traitement par la charpie au chlorure de zinc*. *Samml. klin. Vorträge*, 1878, n° 29.

(7) LISTON, *Brit. and Foreign. med. Rev.*, 1845, XV, p. 155

(8) DAUVÉ, *Bull. de la Soc. de chir.*, juillet 1871.

Cette dernière était seule perforée chez un malade de Kœnig. Un cas analogue est relaté par Buman (1). Une enfant, soignée par Fraser (2) pour un abcès scarlatineux, mourut en un quart d'heure d'une hémorragie de la carotide interne. Une autre jeune fille, dont la carotide externe était ulcérée par une adénite sous-maxillaire chronique, fut sauvée par la ligature de la carotide primitive (3). Une opération analogue fut faite dans des circonstances semblables par Chever (4). Plus récemment encore, Roth (5) et Ashby (6) ont observé des ulcérations mortelles de la carotide externe par des bubons scarlatineux. Les artères très profondes, telles que la vertébrale, ne sont point épargnées par la perforation. Un abcès tuberculeux, venant des vertèbres cervicales fut incisé par Weil (7); une hémorragie abondante fut traitée avec succès par la ligature de la carotide; mais le malade mourut de tuberculose miliaire. Dans un cas de Bornhaupt (8), une fistule, occupant la partie inférieure du sterno-mastoïdien, et symptomatique d'une tumeur blanche cervicale, devint le siège d'une abondante hémorragie qui nécessita la ligature de la carotide primitive. Au bout de quatre heures, retour de l'hémorragie, accidents dyspnéiques, extravasation du sang en arrière du pharynx. On reconnut une ulcération de la vertébrale; le sang s'arrêta par le tamponnement, le malade finit par guérir, après expulsion d'un séquestre.

Ces hémorragies artérielles sont parfois foudroyantes ou nécessitent une intervention immédiate. Mais elles peuvent aussi être successives, se reproduire pendant plusieurs jours: témoin un fait bien connu de Dolbeau (9), qui dut, chez une jeune fille, lier la carotide externe, pour des hémorragies répétées qui avaient été causées par l'ulcération de la linguale, à la suite d'adéno-phlegmon sus-hyoïdien. Quant à la perforation elle-même, elle est le plus souvent unique; elle se présente rarement sous forme d'un large trou; en général, l'ulcération a détruit les tuniques externe et moyenne sur une petite étendue, mais la solution de continuité de la tunique interne affecte l'aspect d'une simple fissure. Dans un fait intéressant de Bœckel (10), la mort survint subitement après injection d'éther iodofomé dans un abcès tuberculeux sus-claviculaire. L'autopsie démontra que le foyer était en communication avec l'artère sous-clavière, qui offrait tout près de son origine une fente longitudinale de 11 millimètres. Dans deux faits de Roth et de Burk (11), l'aorte communiquait directement avec un abcès sus-sternal. La perforation siégeait un peu au-dessous de la naissance du tronc brachio-céphalique, elle affectait une disposition fissuraire sur la membrane interne; la tunique adventice était détruite sur un espace de deux lignes anglaises.

L'ulcération ne se borne pas toujours aux parois artérielles; on l'a vue (cas de Savory) (12) détruire à la fois une grande partie de la carotide, de la veine jugu-

(1) BUMAN, *Revue de la Suisse rom.*, nov. 1870, p. 571.

(2) FRASER, *British med. Journal*, 1872, t. II, p. 25.

(3) *Centralblatt für Chir.*, 1876, n° 42.

(4) CHEVER et NORMANS, *Med. and surg. Rep. of the Boston city hosp.*, 1877, p. 225.

(5) ROTH, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1878, n° 24, p. 745.

(6) ASHBY, *Lancet*, 15 février 1886, p. 501.

(7) WEIL, *Ligature des gros troncs vasculaires dans la continuité* *ager med. Woch.*, 1880, n° 15, p. 142.

(8) BORNHAUPT, *Wratsh*, 1880, n° 24, p. 290.

(9) DOLBEAU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1864, p. 180.

(10) BÖECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1^{er} juillet 1885, p. 76.

(11) BURCK, *Med. chir. Transact.*, 1846, XI.

(12) SAVORY, *British med. Journal*, 30 octobre 1880, p. 706, et *Saint-Barthol. hosp. Rep.*, 1879, XV, p. 264.

laire et du nerf pneumogastrique. Parfois la communication ne s'établit qu'avec une des grosses veines du cou, de préférence avec la jugulaire interne (15 cas de Gross, Lartin (1), Chever (2), Savory). On a vu également intéressées: la veine cave supérieure (Froriep), la veine innommée (Payne), la jugulaire externe. Dans les cas de Gross, la mort a constamment été la conséquence de cette complication et a succédé le plus souvent à des hémorragies multiples; dans 5 cas seulement, l'hémorragie a été foudroyante.

b. *Compressions vasculaires.* — Les veines, en particulier, peuvent être influencées par un autre mécanisme, par la compression qu'exercent sur elles les collections purulentes. Toutefois cette gêne de la circulation en retour ne provoque guère qu'une hyperémie passagère, car si la jugulaire interne est en cause, le sang revient bientôt par les nombreuses voies anastomotiques. La nutrition et le fonctionnement du cerveau sont bien autrement compromis, si la carotide est comprimée, seule ou avec sa veine satellite. C'est alors qu'on observe une céphalalgie intense, du délire, des convulsions, du coma. La nature du phlegmon joue certainement un rôle important dans la production de ces phénomènes.

Ces compressions, sur lesquelles Kœnig insiste beaucoup, nous paraissent toutefois devoir céder le pas aux accidents qui résultent de la coagulation du sang par inflammation de la paroi vasculaire. L'oblitération par thrombose est, on le sait, bien plus fréquente pour les veines que pour les artères. S'il se fait une infection microbienne, un ramollissement puriforme des thrombus veineux, ceux-ci peuvent, entraînés par le torrent sanguin, produire des abcès métastatiques et la pyohémie (3). S'ils sont de nature bacillaire, ils engendreront une tuberculose miliaire généralisée. Dans d'autres circonstances, suivant leur volume, ils donneront naissance à des *infarctus* du poumon ou entraîneront la mort subite par embolie de l'artère pulmonaire (Narbonne) (4). Enfin Jacquy cite, dans sa thèse, des troubles cérébraux, des attaques épileptiformes, résultant de thromboses et d'embolies dans le système carotidien. Ces accidents, thromboses, phlébites, accompagnées d'infection purulente, menacent naturellement, nous le répétons, les malades qui se trouvent dans de mauvaises conditions de santé générale, ceux dont les abcès tendent à revêtir la forme gangreneuse et putride.

Pronostic. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous dispensent d'insister sur la variabilité du pronostic. On conçoit qu'il diffère notablement suivant le siège et la nature du phlegmon, suivant qu'il a des allures franches ou qu'il prend une extension inusitée, selon qu'il apparaît chez un sujet vigoureux ou chez un individu convalescent d'une fièvre grave ou débilité par une affection chronique diathésique. Toutefois, il est bon de savoir qu'en toute circonstance,

(1) MARTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 612.

(2) CHEVER, *Reports of the city hosp. of Boston*, 1882, p. 266.

(3) GILLES, *Abcès du cou. Ulcération de la jugulaire interne. Pyohémie, mort. Echo médical*, 25 mai 1889, p. 215. — Les exemples de phlébite de la jugulaire interne dans le cours des phlegmons cervicaux ne sont pas rares. — SCHÜTZENBERGER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, p. 42. — TRÉLAT, *Gaz. des hôp.*, 1869. — BROCA, *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1874, p. 496. — Dans un cas complexe de Perrier (*Lancet*, 1875, I, p. 158), on trouva à l'autopsie une ulcération de la jugulaire interne sur une étendue de 5 centimètres, des abcès métastatiques des poumons et une endocardite ulcéreuse.

(4) NARBONNE, Thèse de Paris, 1849, n° 181.

le phlegmon sous-aponévrotique du cou est une affection grave, capable, à un moment donné, de mettre en danger la vie du malade.

Diagnostic. — 1° Le diagnostic différentiel des phlegmons aigus du cou n'offre à peu près jamais de sérieuses difficultés. Le début récent, la marche aiguë ne permettent pas de les confondre avec aucune autre affection de la région, et un examen attentif empêche de confondre un abcès carotidien ou sus-claviculaire avec un anévrysme enflammé.

L'adéno-phlegmon sous-maxillaire est parfois fort difficile à distinguer de l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Les deux affections reconnaissent d'ailleurs la même cause habituelle et la première peut succéder à la seconde. Il y a néanmoins grand intérêt à les distinguer, car la marche et le pronostic en sont tout différents. Les caractères suivants, indiqués par Tillaux, sont pathognomoniques : « La tuméfaction, dans l'ostéo-périostite, répond au corps et au bord inférieur de la mâchoire; elle siège au-dessous de cet os dans l'adéno-phlegmon. La tuméfaction n'étant pas nettement limitée, empiète sans doute sur les deux régions, mais dans le premier cas, son maximum est à la face et se porte vers la portion massétérine de la joue; dans le second, le maximum répond au cou. Dans l'adéno-phlegmon, le vestibule de la bouche est libre; dans l'ostéo-périostite, il est douloureux au toucher, de plus il est tuméfié et présente quelquefois de la fluctuation. » Nous ajouterons (1) que dans l'adéno-phlegmon, lorsque le malade peut ouvrir la bouche, en appuyant le doigt sur le plancher buccal on perçoit souvent de l'œdème et un soulèvement notable de la base de la langue. Enfin les commémoratifs ont aussi leur importance; le début de l'affection par un mal de gorge par exemple suffit à éliminer l'idée de périostite. Cette dernière succède le plus souvent à des lésions dentaires.

2° Le diagnostic de la variété se fait d'après la forme du gonflement, d'après les signes fonctionnels, les accidents de compression. On devra s'enquérir également du mode de début, de la cause, et ne pas oublier que l'affection initiale est quelquefois guérie quand paraît la complication cervicale.

3° Il est enfin un point plus délicat à résoudre, la formation de la collection purulente. La fluctuation est un guide fort incertain, surtout dans les adéno-phlegmons profonds, car elle est tardive et difficile à percevoir. En l'absence de ce signe, on se fondera sur les douleurs pulsatiles, sur l'existence d'un point particulièrement sensible à la pression, sur l'empâtement des couches superficielles, sur les frissons répétés, etc., pour soupçonner la collection du foyer purulent.

4° Dans certains cas, l'inflammation ne se traduit que par une induration qui envahit à la fois les couches superficielles et les parties profondes. Reclus a récemment rappelé l'attention sur ces cas dans lesquels l'aspect, la consistance ligneuse de la plaque indurée rappellent absolument les caractères du cancer et peuvent un certain temps faire hésiter le diagnostic.

Traitement. — En présence d'un phlegmon nettement circonscrit, sans tendance manifeste à la diffusion, serait-on en droit d'essayer le traitement anti-phlogistique, notamment les vésicatoires et les sangsues (Velpeau, Nicaise)? Dans plusieurs cas, où la suppuration semblait imminente, Duplay a obtenu

(1) VERNEUIL, *Adéno-phlegmon sus-hyoïdien et périostite du maxillaire inférieur*. Bull. méd., 1888, p. 585.

la résolution par l'application de plusieurs vésicatoires volants. Les douleurs parfois intenses à la période initiale, seraient avantageusement combattues par les applications froides, les vessies de glace (Kœnig).

Bertels (de Saint-Petersbourg) aurait réussi à faire avorter des phlegmons par des injections phéniquées à 2 pour 100. Chavasse, dans deux cas, a évité la suppuration et obtenu la guérison par des injections interstitielles répétées de 2 grammes d'une solution phéniquée à 5 pour 100, de 2 grammes de sublimé à 1 pour 1000. — Toutefois, il faut se méfier du faux avortement des abcès (Chassaignac), des améliorations apparentes, pendant lesquelles le mal s'étend en profondeur.

D'ailleurs, dès qu'on soupçonne que le pus est collecté, il faut lui donner issue. Les ponctions capillaires (Voillemier, Crocq), le séton (Bonfont, Saint-Germain), le drainage simple (Chassaignac) ont quelquefois été suivis de bons résultats.

Le traitement de choix est l'incision antiseptique, avec drainage. Les sections doivent être faites avec prudence, en tenant compte des connaissances anatomiques; elles porteront sur le point le plus sensible à la pression du doigt, elles seront petites, pour éviter les cicatrices difformes; elles ne comprendront que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Puis le chirurgien ira à la recherche du pus à l'aide de la sonde cannelée de Nélaton ou de la pince dilatatrice de Lister. Dans les phlegmons sous-maxillaires, l'incision la plus convenable est celle qui est parallèle au bord inférieur du maxillaire, placée à 2 ou 3 centimètres au-dessous de lui, et un peu plus rapprochée de l'angle de la mâchoire que de la symphyse mentonnière. L'ouverture par la voie sus-hyoïdienne est préférable, même pour les abcès sous-maxillaires qui proéminent vers la cavité buccale. Dans les phlegmons suppurés de la région sterno-mastoïdienne, on divisera les tissus le long du bord antérieur ou du bord postérieur du muscle; la double incision, en ces deux points à la fois, est souvent utile.

2° Mais, dans les formes graves, par leur nature ou par leur extension, dans les phlegmons diffus d'emblée, une semblable conduite n'est plus de mise; il faut pratiquer, sans attendre que la collection soit formée, des débridements profonds, larges et multiples, au bistouri ou au thermo-cautère, pour combattre les effets de l'étranglement exagéré des tissus (Racis) (1). Après Chassaignac, Gray-Croly a beaucoup et à juste titre insisté sur l'importance des incisions précoces, qui peuvent porter sur plusieurs lignes, qu'il distingue en lignes de sûreté et en lignes dangereuses. Les premières se trouvent sur le raphé médian du cou, sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien et au bord inférieur du maxillaire. Les secondes correspondent au bord antérieur de ce muscle et à une ligne qui, partie de l'angle de la mâchoire, aboutit au milieu de la clavicule. Mais souvent le chirurgien ne peut s'appuyer sur des considérations théoriques; il doit inciser au lieu de nécessité.

Il est enfin des accidents qui réclament d'urgence une intervention. L'œdème de la glotte peut obliger à la trachéotomie. Les hémorragies dues aux lésions vasculaires ont quelquefois cédé au tamponnement; mais il est préférable de lier dans la plaie et, en cas d'échec, de recourir à la ligature à distance du tronc principal.

(1) RACIS, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, n° 9, p. 141.