

§ 32. — Les plaies des parties molles profondes du cou offrent une grande variété de formes, de façon qu'on ne rencontre jamais deux cas tout à fait semblables, et que, pour en faire une description exacte, il faudrait en rapporter les diverses observations. C'est ainsi que les **plaies de l'œsophage**, qui ne sont du reste pas très fréquentes, varient beaucoup sous le rapport de leur situation, de leur étendue et de leur importance. L'œsophage peut être atteint de plaies par instruments tranchants ou piquants, ou par armes à feu; il peut être blessé de dedans en dehors par des corps étrangers, sans parler des cas rares de rupture spontanée dans les efforts de vomissements. De simples perforations de l'œsophage guérissent parfois sans donner lieu à aucun symptôme; cependant elles peuvent s'accompagner de troubles notables de la déglutition. Les aliments, en se répandant dans les tissus voisins, y développent un phlegmon, accident surtout à redouter lorsque l'œsophage a été complètement sectionné, et que le bout inférieur a fui vers la cavité thoracique. Il n'est pas rare de voir une plaie intéresser en même temps la trachée et l'œsophage, et cela plus souvent à leur partie supérieure qu'à leur partie inférieure; la grande majorité de ces plaies sont dues à des suicides et, dans la règle, la section de la trachée ou du larynx est plus complète que celle de l'œsophage.

Dans ces cas de blessures simultanées des conduits respiratoire et alimentaire, les symptômes se compliquent de troubles de la respiration. Lorsqu'un bol alimentaire pénètre dans la plaie de la trachée, il provoque des accès de toux, mais rarement des symptômes pulmonaires graves. En outre on constate de l'enrouement dans les cas de lésion d'un récurrent, et une aphonie complète lorsque les deux récurrents ont été sectionnés. Le danger est surtout grand lorsque les deux conduits ont été complètement divisés à la partie inférieure du cou, de façon que les deux bouts inférieurs ont fui vers la cavité thoracique; il survient alors très facilement un phlegmon accompagné de symptômes graves.

SCHULLER, au travail duquel nous avons puisé ces renseignements, a trouvé que le pronostic des plaies de l'œsophage n'est pas aussi mauvais qu'on pourrait le croire. Sur 48 cas rassemblés par cet auteur, il y eut 8 morts. La plaie n'est absolument mortelle que lorsque de gros vaisseaux ont été blessés en même temps. On a vu quelquefois des **fistules** persister après la guérison.

On a encore trop peu de données positives concernant la guérison de ces plaies pour pouvoir trancher la question de la suture de l'œsophage. Cependant nous sommes d'avis que, dans une plaie récente, il y a lieu certainement de tenter la suture au catgut de la paroi externe du conduit, avec toutes les précautions antiseptiques. Les blessures longitudinales n'ont guère besoin d'être suturées, car elles se réunissent très facilement. Les bords de la plaie s'écartent fortement, au contraire, dans les blessures transversales et dans les solutions de continuité complètes, si bien que

l'on ne réussit pas toujours à réunir les deux bouts; l'inclinaison de la tête en avant favorise leur rapprochement. Qu'on ait fait ou non la suture, le malade ne doit prendre absolument rien pendant les premiers jours; on commencera ensuite à le nourrir avec la sonde œsophagienne.

La guérison des fistules présente des difficultés. On peut observer des fistules isolées des voies aériennes; ou bien, lorsque la plaie intéressait un point élevé, elles font communiquer à la fois avec l'extérieur les conduits respiratoire et alimentaire (fistules laryngo-pharyngiennes). Lorsque la blessure siégeait plus bas, on observe deux fistules, dont l'une communique avec la trachée et l'autre avec l'œsophage. Pour guérir les fistules simples on peut se servir des procédés que nous avons décrits plus haut, par exemple celui de RIED. Dans un cas de fistule double HUETER a obtenu la guérison de la manière suivante: il décolla en premier lieu les bords de la fistule œsophagienne, les renversa en dedans, et les réunir par quelques points de suture; sur cette partie réunie de l'œsophage il implanta ensuite un lambeau en forme de languette. Puis vint l'occlusion de la fistule trachéale après dilatation préalable du rétrécissement cicatriciel du larynx.

III. MALADIES INFLAMMATOIRES DU COU. PHLEGMONS ET ABCÈS

§ 33. — La fréquence des phlegmons et abcès de la face antérieure du cou est déjà un motif suffisant pour nous livrer à une étude spéciale des processus inflammatoires de cette région. Mais ce qui mérite surtout d'être pris en considération, ce sont les dispositions anatomiques compliquées qui président à la propagation de ces inflammations.

Les processus phlegmoneux du cou, comme ceux de toutes les autres régions, reconnaissent pour cause un agent phlogogène ayant pénétré de l'extérieur dans les tissus. Cet agent peut arriver dans une plaie par la voie la plus directe, et suivant la qualité de la substance nuisible, y provoquer le développement d'un abcès local ou d'un phlegmon diffus septique, diphtéritique, etc. Dans d'autres cas le phlegmon propagé dans les espaces de tissu conjonctif du cou, provient de l'inflammation de régions voisines, comme le maxillaire inférieur, la tête (apophyse mastoïde), le sternum, la clavicule, la plèvre, le corps des vertèbres. Toutefois ces phlegmons nés sur place ou propagés des régions voisines ne sont pas aussi fréquents que les abcès développés par l'intermédiaire des voies lymphatiques. Du point d'inoculation, qui peut être une excoriation de la bouche, une plaque diphtéritique des amygdales, etc., le poison pénètre dans les voies lymphatiques, se localise dans une glande

et y devient le point de départ d'une lymphadénite, qui, à son tour, donne naissance à un phlegmon. Par contre il est rare que des abcès métastatiques du cou se développent par l'intermédiaire du courant sanguin.

Ainsi donc tous les processus phlegmoneux du cou reconnaissent pour cause une infection, et celle-ci peut être comparée le plus souvent à une infection par inoculation; la substance infectieuse pénètre par le point d'inoculation périphérique, et est transportée par les vaisseaux lymphatiques dans un ganglion voisin ou dans des glandes plus éloignées. Le nombre considérable des processus phlegmoneux du cou s'explique ainsi par la grande fréquence des lésions inflammatoires de la face et du pharynx; ces parties se distinguent par leur richesse vasculaire et sont bien disposées pour l'absorption des substances phlogogènes; les nombreux ganglions de la région antérieure du cou forment pour ainsi dire autant de réservoirs dans lesquels viennent se déverser les vaisseaux lymphatiques.

Les substances phlogogènes qui provoquent le développement de phlegmons et d'abcès, sont très diverses, ce qui explique les différences que l'on observe dans la marche de ces inflammations. Il faut d'abord distinguer les inflammations aiguës et chroniques; ces deux formes peuvent se combiner, lorsque, par exemple, une nouvelle cause morbide vient transformer un abcès chronique en abcès aigu. Les **abcès chroniques** se développent principalement sur le terrain de la scrofule et de la tuberculose. Ils se localisent presque sans exception dans les glandes lymphatiques, à moins qu'il ne s'agisse d'abcès par congestion provenant d'affections osseuses des vertèbres, du crâne, du maxillaire. Le virus tuberculeux produit une infection tuberculeuse des glandes lymphatiques avec tendance à la caséification et à la suppuration caséuse (*voir § suivant*). Les **processus inflammatoires aigus** varient beaucoup quant à leur nature et leur importance. Si nous faisons abstraction des suppurations et des phlegmons septiques développés directement dans les plaies du cou, nous observons dans cette région un grand nombre de formes particulières d'inflammations, ayant pour point de départ la cavité buccale; cette grande diversité de formes s'explique lorsqu'on songe que la bouche est un terrain favorable au développement des divers agents de putréfaction, spécifiques ou autres. Il suffit de rappeler ici les abcès simples et putrides, qui se développent dans le cou à la suite de la carie dentaire; de même les formes diphtéritiques, scarlatineuses, typhiques, auxquelles appartient probablement la maladie décrite il y a quelque temps par les médecins wurtembergeois sous le nom d'*angine de Ludwig*. La cavité buccale est, en outre, un foyer pour certains parasites particuliers étudiés seulement depuis quelque temps, et qui, en pénétrant dans les tissus, y provoquent des processus inflammatoires. C'est ainsi que le développement du **leptothrix** doit être considéré comme la cause

de certains abcès provenant de dents cariées. Mais on observe encore plus souvent des abcès du cou ayant pour point de départ les maxillaires et les dents, et qui au lieu de se guérir après avoir été ouverts, ont une tendance à décoller la peau à la manière des abcès tuberculeux. Si l'on incise ces collections purulentes on en voit sortir un pus grumeleux, dans lequel on découvre au microscope des amas de champignons de forme rayonnée (**actinomycètes**). ISRAEL a étudié avec soin ces abcès, qui peuvent causer aussi des métastases et s'accompagner de symptômes graves; il considère ces champignons comme analogues aux parasites que BOLLINGER a découverts, dans l'espèce bovine, au milieu de certaines formations particulières du maxillaire offrant les caractères des néoplasmes. Avec BOLLINGER il désigne sous le nom d'**actinomy-cose** la maladie causée par ce champignon; ce dernier est considéré comme ayant son foyer d'origine dans les dents cariées et les amygdales.

§ 34. — Laissons de côté ces courtes considérations sur l'étiologie si intéressante des processus phlegmoneux du cou, pour étudier les **conditions topographiques**, qui sont de la plus grande importance pour le développement des phlegmons de cette région. Examinons d'abord rapidement les abcès du cou au point de vue topographique, en allant de la surface vers la profondeur. Très souvent nous trouvons des abcès de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané. Le plus souvent ce sont des processus chroniques, scrofuleux, ou résultant d'une tuberculose locale. Il en est de même des foyers de suppuration qui siègent dans le tissu conjonctif au-dessous du peaucier et qui, sans doute, dans la plupart des cas, ont pour point de départ des ganglions lymphatiques. Tels sont les abcès que l'on observe très souvent au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien et dans la région sous-maxillaire; de même la région située en arrière de ce muscle est fréquemment le siège de ces collections purulentes, qui n'ont aucune tendance à descendre et à se propager au loin. Le pus formé chroniquement n'est pas capable de produire une inflammation diffuse. La glande lymphatique primitivement affectée est le point de départ de petits nodules avec tendance à la dégénérescence (tubercules miliaires), se développant dans les tissus du voisinage, tels que l'aponévrose et la peau. C'est ce qui nous explique pourquoi les parties recouvrant les glandes affectées, s'ulcèrent si facilement et sont le siège de ces **ulcérations scrofuleuses** bien connues, avec leurs bords cutanés amincis et décollés. L'**actinomy-cose** déjà décrite plus haut, détermine aussi quelquefois, comme nous l'avons dit, de petits abcès superficiels de la région sous-maxillaire. Enfin on observe, dans les couches superficielles, des **processus phlegmoneux diffus**, dont le mode de propagation s'explique par la disposition anatomique de la région. C'est le peaucier qui joue à ce point de vue le rôle principal; ce muscle est uni d'une façon assez intime à la