

peau, tandis qu'il est mobile sur les tissus sous-jacents dont le sépare une couche de tissu conjonctif lâche; c'est ce dernier qui permet aux processus inflammatoires de se propager d'une façon diffuse. On constate alors une rougeur et une tuméfaction étendue à toute la région occupée par le peaucier; le pus peut décoller largement ce muscle et se frayer un passage depuis la partie supérieure du cou jusqu'au niveau du thorax, où il perfore la peau en plusieurs points. J'ai observé de pareils processus inflammatoires à l'état subaigu chez des personnes âgées, et entre autres, d'une façon tout à fait typique, chez deux tuberculeux.

Avant de passer à la description des abcès occupant les grands espaces de tissu conjonctif des parties profondes du cou, nous voulons encore dire deux mots à propos de certains petits abcès typiques. De même qu'on observe des abcès du psoas, on peut voir se former au cou un abcès musculaire sur le trajet du sterno-mastoidien, soit à l'extrémité supérieure, soit à l'extrémité inférieure de ce muscle. L'abcès inférieur peut provenir, soit d'une affection du point d'insertion du muscle, soit d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire; quant à l'abcès supérieur, une affection de l'apophyse mastoïde peut en être le point de départ. On voit, en outre, quelquefois un abcès tuberculeux des ganglions lymphatiques situés sur la face postérieure du sterno-mastoidien, pénétrer dans la gaine de ce muscle. Il s'agit là d'abcès chroniques ayant par eux-mêmes peu d'importance. Enfin on observe, assez rarement il est vrai, un abcès bien plus important, habituellement aigu et circonscrit, et développé dans le tissu conjonctif de la base de l'épiglotte. Il s'étend de l'os hyoïde vers la membrane thyro-hyoïdienne et en arrière de celle-ci, et produit une tuméfaction du côté de la peau et en dedans au niveau et au-dessous de l'épiglotte. Il en résulte facilement des symptômes graves de suffocation. Le diagnostic doit être fait par l'exploration externe et par la cavité buccale (à l'aide des doigts ou du laryngoscope).

§ 35. — Toutes les couches profondes de la région du cou peuvent être le siège d'abcès. On peut les diviser en plusieurs groupes suivant les différents espaces de tissu conjonctif. Il est nécessaire de connaître ces groupes si l'on veut se faire une idée de l'extension topographique de ces abcès et des dangers qui peuvent en résulter.

Nous allons étudier rapidement les plus importants de ces groupes, ce que nous ne pouvons faire qu'en nous basant sur la distribution anatomique des espaces de tissu conjonctif du cou.

Les espaces suivants peuvent être distingués comme point de départ de formes typiques d'abcès.

**1. La capsule de la glande sous-maxillaire.** — La glande sous-maxillaire est contenue dans une loge fibreuse dense, qui envoie *les prolongements dans les différentes couches de tissu conjonctif* du cou. On observe ici des processus phlegmoneux diffus, par exemple dans le cours d'une angine diphthérique; tous les tissus jusqu'à la

peau peuvent être comme frappés par l'infection; le processus, après une forte tension inflammatoire, peut se terminer par une *gangrène diffuse des tissus*. L'intérieur même de la loge fibreuse est, sans doute, le plus souvent le point de départ des abcès que l'on a désignés sous les noms de *cymanche sublinguale*, *d'angine de Ludwig*, etc. Il suffit d'avoir une fois sorti la glande sous-maxillaire de son enveloppe presque séreuse, pour comprendre à quel degré de pression doivent être soumis les produits inflammatoires dans l'intérieur de la capsule. D'autre part, lorsqu'un processus phlegmoneux se localise dans cette loge fibreuse, on voit survenir aussitôt une forte tuméfaction due à l'infiltration inflammatoire du voisinage; il en résulte, vu la proximité du larynx et du pharynx, des symptômes notables de compression de ces deux organes, et la forte tension à laquelle se trouve soumis l'exsudat, est favorable à l'absorption de substances phlogogènes. Le danger de ces suppurations consiste, en effet, dans la fièvre intense et les symptômes de rétrécissement des voies respiratoires par pression directe, ou par œdème collatéral. Ici encore la forte tension produit assez souvent une gangrène des tissus dans l'intérieur du foyer inflammatoire.

Les ganglions lymphatiques situés dans l'intérieur de la loge fibreuse, et souvent entre les lobules de la glande sous-maxillaire, doivent sans doute être considérés comme le point de départ habituel de ces abcès.

**2. L'espace situe entre la face antérieure du larynx, de la trachée et de la glande thyroïde, et la face postérieure des longs muscles de la région antérieure du cou recouvrant ces organes (espace préviscéral de HENKE).**

Dans la plupart des cas les abcès de cette région proviennent de la glande thyroïde ou du tissu conjonctif du voisinage. Le danger résulte ici de la pression du pus sur la trachée et des fusées qui se produisent du côté du médiastin antérieur. Le danger provenant de la compression n'existe à un haut degré que dans les cas où la trachée avait été préalablement fixée par un processus pathologique.

Un enfant de deux ans, apporté à ma clinique dans un état d'asphyxie, présentait une forte tuméfaction de la face antérieure du cou. L'incision faite dans le but de pratiquer la laryngo-trachéotomie conduisit, alors que l'enfant ne respirait déjà plus, sur un abcès du volume d'une grosse noix, qui descendait jusqu'en arrière du sternum. Aussitôt après l'incision, la respiration se rétablit et resta complètement libre, si bien que la trachéotomie ne fut pas nécessaire.

Vu le point de départ de ces abcès dans l'espace préviscéral, nous les désignons avec HENKE sous le nom d'**abcès préviscéraux**. Il n'est pas très rare de voir le pus de ces abcès fuser vers la cavité thoracique,

dans le médiastin antérieur, et quelquefois même il se fait jour au dehors à travers un espace intercostal.

**3. La gaine de tissu conjonctif qui enveloppe les vaisseaux et qui, par ces derniers, communique directement avec la cavité thoracique (espace vasculaire).**

Le tissu conjonctif qui enveloppe les vaisseaux a une importance relativement grande au point de vue de la formation des abcès, car il contient un certain nombre de vaisseaux et de glandes lymphatiques, qui sont, nous l'avons vu, le point de départ de foyers inflammatoires. Ces abcès sont caractérisés par une tuméfaction qui soulève le sterno-mastoïdien et s'étend bientôt de haut en bas, le long des vaisseaux. Le pus arrivé au niveau du tiers inférieur du sterno-mastoïdien, à côté de la trachée, peut perforer le feuillet aponévrotique qui ferme ici l'espace vasculaire, puis l'aponévrose superficielle et la peau; ou bien, ce qui arrive quelquefois, il vient s'ouvrir au niveau du bord postérieur du muscle, ou encore il peut fuser, le long des vaisseaux, dans le médiastin antérieur.

**4. L'espace correspondant à la partie inférieure du sterno-cleido-mastoïdien.** Ce muscle est entouré à ce niveau d'une vaste gaine de tissu conjonctif qui facilite ses mouvements étendus de glissement sur les parties latérales du cou. Tout à fait inférieurement l'omohyoïdien glisse largement sur la face postérieure du sterno-cleido-mastoïdien. Il en résulte ici également un espace virtuel situé en avant des scalènes et des gros nerfs du cou et en communication avec la cavité axillaire par les vaisseaux sous-claviers et les nerfs du plexus brachial. Il est vrai que cet espace communique librement avec la gaine vasculaire et n'est pas complètement fermé par le sterno-cleido-mastoïdien; cependant c'est dans cet interstice musculaire que se développent volontiers les abcès ganglionnaires qui apparaissent vers le bord postérieur de ce muscle. Ils forment une tumeur dans le creux sus-claviculaire, et si le pus n'est pas évacué à ce niveau spontanément ou par le bistouri, il fuse sous la clavicule jusque dans le creux axillaire; rarement il pénètre dans la cavité thoracique le long des vaisseaux sous-claviers.

Les différents espaces de tissu conjonctif que nous venons de mentionner, ne présentent pas de limites absolues; il en est de même des abcès qui s'y développent. Cependant le pus ne se fraye un passage vers les espaces voisins que lorsqu'il a déjà produit une forte tension des tissus, ou que la qualité de l'épanchement est de nature à favoriser sa diffusion.

§ 36. — Le diagnostic des abcès aigus du cou ne présente quelquefois aucune difficulté. Dans les régions correspondant aux espaces que nous avons décrits, on constate bientôt une tumeur fluctuante, qui ne s'étend pas d'une façon notable sur les parties voisines. Cependant, en règle générale, l'inflammation ne reste pas ainsi limitée. La tendance à

l'extension des processus inflammatoires est due aux conditions anatomiques. Lorsqu'un petit abcès se développe au-dessous de l'angle de la mâchoire, ou le long du sterno-cleido-mastoïdien ou de la clavicule, on constate un œdème inflammatoire très notable des régions voisines, ce qui entraîne une certaine difficulté de diagnostic. L'endroit où l'abcès arrive sous la peau ne sera peut-être reconnu que comme un petit point mou au milieu des tissus tuméfiés. Les formes graves ont une tendance très grande à la diffusion; le gonflement inflammatoire envahit rapidement un côté du cou et s'étend même de l'autre côté; il présente une consistance dure et le diagnostic du foyer purulent peut être d'une difficulté extraordinaire, si un petit point fluctuant ne vient nous mettre sur la voie. Autant il est difficile de localiser exactement ces processus inflammatoires aigus, autant il est facile en général de poser le diagnostic des abcès ganglionnaires chroniques et des abcès par congestion. Quelquefois seulement, en présence d'une tumeur arrondie, molle, fluctuante, on pourrait penser que l'on a affaire à un kyste, et même il peut arriver que l'on soit obligé d'avoir recours à la ponction et à l'examen microscopique du liquide.

Nous ne voulons pas prolonger davantage la description des abcès des différents espaces de tissu conjonctif du cou, et nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos de la topographie de cette région, seul guide qui puisse nous permettre de reconnaître le siège du foyer purulent, si toutefois un pareil diagnostic est possible. Par contre nous allons passer rapidement en revue une série de phénomènes, qui sont de la plus haute importance au point de vue de la marche et du pronostic des abcès du cou; nous voulons parler des phénomènes qui sont la conséquence de la situation de l'abcès dans le voisinage des voies respiratoires, alimentaires et circulatoires.

Les voies respiratoires peuvent être intéressées de manières très diverses. Rappelons d'abord les cas dans lesquels le phlegmon pénètre, le long du tissu conjonctif de la partie inférieure du cou, directement dans la cavité thoracique, dans le médiastin antérieur ou postérieur; il peut même arriver dans la cavité pleurale et déterminer une pleurésie. Celle-ci est le plus souvent la conséquence d'un phlegmon septique développé dans l'espace rétroviscéral; cependant on l'observe aussi à la suite d'abcès de la gaine vasculaire ou de l'espace préviscéral. Ces derniers peuvent causer l'asphyxie lorsque le pus descend, et vient s'accumuler entre la partie supérieure du sternum et la trachée (voir § 35, 2). Les abcès rétro-pharyngiens peuvent aussi, comme nous le verrons plus loin, produire chez les enfants une occlusion directe des voies respiratoires. Dans les abcès situés entre le maxillaire et le larynx, ainsi que dans les abcès rétro-pharyngiens, on a à craindre tout particulièrement le développement d'un œdème aigu des replis aryéno-épiglottiques. Dans un petit nombre de cas on a vu la trachée rétrécie par une tuméfaction inflammatoire très résistante qui comprimait et fixait ce conduit. Enfin des symptômes tout à fait aigus de suffocation peuvent être dus à l'introduction du pus