

dans la trachée; c'est ce qu'on a observé dans les abcès aigus ou chroniques situés latéralement le long de la gaine des vaisseaux. Sous ce rapport, chez les enfants, nous devons redouter surtout l'abcès rétro-pharyngien qui, comme nous le verrons, peut verser son contenu dans le larynx.

La canal alimentaire ne court pas d'aussi grands dangers. Cependant le pharynx est rétréci et la déglutition gênée dans les abcès rétro-pharyngiens. L'œdème collatéral produit aussi une dysphagie très notable dans les abcès de la région sous-maxillaire.

Les vaisseaux sanguins, fort heureusement, ne sont pas facilement ulcérés dans les abcès du cou. On a cependant observé des lésions secondaires de presque tous les vaisseaux de cette région; tantôt il s'agit d'affections aiguës avec grande tendance au sphacèle, comme dans la scarlatine, tantôt la lésion affecte une forme chronique, lorsque la tuberculose envahit la paroi vasculaire. Dans ces cas l'incision de l'abcès est suivie d'une hémorragie plus ou moins forte, qui récidive le plus ordinairement et est assez souvent mortelle. On a des observations de lésions des artères ayant intéressé, soit la crosse de l'aorte, soit de grosses branches et même jusqu'aux plus petites ramifications (sous-clavière, carotides externe et interne, linguale); on connaît même des cas de guérison par la ligature du tronc artériel correspondant (DOLBEAU, SOCIN). Les veines jouissent d'une certaine immunité; sous l'influence de l'inflammation et de la pression de l'abcès, elles s'oblitérent avant qu'une perforation ait eu le temps de se produire. Cependant il existe aussi des observations que GROSS a rassemblées, et qui prouvent la possibilité d'une ulcération de tous les gros troncs veineux, tels que la veine cave (FRORIEP), la jugulaire interne, la sous-clavière, etc.

Outre l'hémorragie provenant de la perforation des veines et artères par le pus, les abcès en contact avec les vaisseaux peuvent faire courir d'autres dangers. La compression simultanée de la carotide et de la jugulaire peut être la cause de phénomènes dont la gravité diminue, il est vrai, avec le temps. L'obstacle apporté à la circulation cérébrale est capable de déterminer des symptômes de stase, de la céphalalgie, de l'embarras du sensorium, et même, peut-être, dans quelques cas, des convulsions. Enfin ce que l'on doit encore bien plus redouter, ce sont les maladies des veines, et la formation, dans ces dernières, de thrombus puriformes avec toutes leurs conséquences.

§ 37. — La **marche et le pronostic des abcès du cou** sont naturellement aussi variables que leurs causes et leur siège. On ne peut guère donner d'indications générales sous ce rapport. Les abcès chroniques ne présentent, en général, pas de dangers particuliers, si l'on excepte les fusées purulentes très étendues, et les perforations, plutôt accidentelles, dans les voies respiratoires et les vaisseaux. Par contre leur guérison demande souvent beaucoup de temps et laisse facilement à sa suite des cicatrices difformes. Le danger des abcès aigus dépend de la qualité de l'infection. Les formes graves septiques et diphtéritiques produisent de la fièvre, des phlegmons étendus et divers phénomènes de compression. Les formes simples doivent être redoutées principalement à cause des

phénomènes de compression, et des fusées purulentes qui peuvent se produire du côté de la cavité thoracique.

§ 38. — Dans le **traitement** il sera bon le plus souvent de ne pas insister sur les moyens résolutifs; si nous voulons épargner au malade les dangers dont nous avons parlé, nous devons ouvrir l'abcès le plus tôt possible. Nous pouvons certainement poser ici comme règle, que *plus le processus inflammatoire est aigu, et plus on devra recourir de bonne heure au bistouri et inciser largement.*

Au début des phlegmons diffus on réussit parfois à amener la résolution par des injections parenchymateuses d'acide phénique. Quelques observations en démontrent la possibilité, et ce mode de traitement pourra être essayé à l'avenir.

L'incision d'un abcès du cou peut être une intervention chirurgicale des plus simples, comme elle peut aussi constituer une opération, très difficile, réclamant du chirurgien toute sa présence d'esprit. Les abcès sous-cutanés et ceux qui sont situés sous le peaucier, ne présentent naturellement aucune difficulté; ils doivent être incisés de bonne heure et largement, car ils décollent volontiers la peau et le pus se répand quelquefois en nappe sur une très grande surface, comme nous l'avons dit plus haut. On fera, si possible, l'incision transversalement, le long d'un repli de la peau, afin d'obtenir ensuite une cicatrice qui ne soit pas trop difforme; toutefois on sera bien rarement en mesure d'observer cette règle; le plus souvent on se verra obligé d'inciser là où l'on constate des décollements, et même d'enlever des lambeaux de peau sphacelés. Les fistules et cavités purulentes plus ou moins étendues, qui sont la conséquence fréquente de l'ouverture spontanée insuffisante d'abcès du cou, peuvent être guéries par l'incision des trajets fistuleux et l'excision des bords cutanés avec des ciseaux; le raclage des granulations fongueuses accélère souvent beaucoup la guérison.

Lorsque la fistule a des parois très épaisses, on peut tenter la guérison par des cautérisations, ou bien en enlevant, à l'aide d'une longue curette tranchante les granulations qui tapissent le trajet fistuleux; mais si ces moyens échouent, il ne faut pas hésiter longtemps à recourir à l'incision.

Les abcès profonds ne doivent être traités par l'incision simple que lorsqu'ils sont arrivés sous la peau. Lorsqu'au contraire, il faut, pour arriver sur l'abcès, traverser des couches de tissu situées dans le voisinage des gros vaisseaux, on fera bien d'inciser toujours couche par couche. On fait, à l'aide du bistouri, une incision de la peau longue de 2 à 3 centimètres; les parties profondes sont divisées entre deux pinces ou séparées avec la sonde cannelée. Dans les couches superficielles de la région supérieure du cou on devra éviter la veine faciale, et plus bas la veine jugulaire externe. Plus on pénètre profondément et moins on doit

se servir du bistouri. On pourra arriver dans la cavité de l'abcès, soit à l'aide d'une sonde cannelée, soit de préférence en introduisant avec précaution une pince à pansement; dès que l'on voit le pus s'écouler entre les branches de la pince, on agrandit l'orifice en ouvrant l'instrument (ROSER).

L'application de la méthode antiseptique au traitement des gros abcès du cou a considérablement amélioré leur pronostic; elle met le malade à l'abri des conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de l'incision d'une grande cavité anfractueuse; le pus ne se décompose pas, ne se putréfie pas, et les symptômes graves disparaissent en général rapidement après l'incision, le drainage et le lavage de l'abcès avec des substances désinfectantes. Le meilleur pansement après l'incision des gros abcès consiste à placer autour du cou et jusqu'au milieu de la face antérieure de la poitrine, une grande quantité de gaze chiffonnée, sur laquelle on met un pansement de Lister ou une couche épaisse de ouate, le tout maintenu par des tours de bande passant autour du cou, de la tête et des épaules. Au début on renouvellera souvent le pansement, et si les liquides sécrétés prennent une mauvaise odeur, on aura soin de désinfecter la cavité de l'abcès (acide phénique, sublimé, et avant tout l'iodoforme).

En France surtout on traite encore quelquefois les abcès chroniques du cou par la ponction et l'aspiration, dans le but d'éviter des cicatrices difformes. Quant à nous, nous avons l'habitude, dans ces cas, de faire de petites incisions, d'introduire des drains et de traiter l'abcès par la méthode antiseptique. Mais si la poche de l'abcès a déjà contracté des adhérences étendues avec la peau, on ne devra pas hésiter longtemps à faire de grandes incisions; on est assez souvent obligé dans ces cas d'enlever des membranes tuberculeuses, des granulations et des glandes caséuses, qui sont la source de la suppuration. Dans la cavité des abcès chroniques tuberculeux on introduira de l'iodoforme après avoir fait le raclage à l'aide de la curette tranchante, de façon à enlever la membrane de l'abcès et les masses glandulaires malades.

§ 39. — Il nous reste à examiner les phlegmons de l'espace rétro-viscéral de HENKE, désignés sous le nom d'abcès rétro-viscéraux ou rétro-pharyngiens et rétro-œsophagiens.

Ces processus inflammatoires se développent dans le voisinage du pharynx et de l'œsophage. Ces deux conduits sont unis à la colonne cervicale par un tissu conjonctif très lâche, dans lequel on peut promener largement le doigt depuis la base du crâne jusqu'au thorax. Au-dessous du cartilage cricoïde l'espace se rétrécit et entoure circulairement l'œsophage; ce dernier se meut cependant très librement au-devant de la colonne vertébrale, tandis qu'il est uni plus intimement avec la trachée. L'espace rétro-viscéral se continue directement avec le médiastin postérieur, et en arrière de la crosse de l'aorte, il entoure aussi l'extrémité inférieure de la trachée. Du côté de la gaine vasculaire il est assez bien fermé, sauf inférieurement, où il existe une communi-

cation au niveau de la thyroïdienne inférieure. Plus bas, comme nous l'avons dit, la trachée est comprise dans l'espace rétro-viscéral, et, dans cette région, les différents espaces du tissu conjonctif communiquent largement entre eux.

§ 40. — Nous devons étudier un peu plus longuement les abcès qui se développent dans l'espace rétro-viscéral, car ils constituent un type morbide; par leur extension dans une région profonde et par la pression qu'ils exercent sur les organes voisins, ils peuvent causer déjà de bonne heure des phénomènes graves et même la mort.

Le pus s'accumulant dans les limites que nous avons tracées plus haut, fait bomber en avant la paroi du pharynx et la sépare de la colonne vertébrale. L'abcès ainsi formé rétrécit ou oblitère complètement le canal alimentaire; quelquefois aussi il bouche l'orifice postérieur des fosses nasales et détermine une respiration stertoreuse particulière; en outre il peut, en recouvrant l'orifice supérieur du larynx, empêcher le passage de l'air à travers la glotte. Si le pus remplit l'espace péri-œsophagien, une compression de la trachée en sera la conséquence. L'abcès peut s'ouvrir au dehors au niveau du bord du maxillaire inférieur; il peut aussi, en suivant le trajet de l'artère thyroïdienne inférieure, communiquer avec l'espace vasculaire, et former une tumeur en dedans et en dehors du sterno-cleido-mastoïdien. L'extension du phlegmon de haut en bas amène des symptômes de compression des organes thoraciques et quelquefois une perforation dans la plèvre et le péricarde. On observe aussi parfois une altération ou une perforation des vaisseaux.

Les phénomènes que produisent ces processus phlegmoneux, diffèrent considérablement suivant qu'il s'agit d'une forme aiguë idiopathique ou d'une forme secondaire à une affection chronique de la colonne vertébrale. On peut en distinguer trois formes.

1. **Le phlegmon aigu septique** du tissu conjonctif rétro-viscéral. Nous retrouverons cette forme à propos des corps étrangers de l'œsophage, car leur étiologie se rattache le plus souvent à des lésions du pharynx et de l'œsophage, plus rarement à des ulcérations ayant amené la perforation de ces organes. A la suite d'une perforation du pharynx ou de l'œsophage des substances en putréfaction pénètrent dans le tissu sous-muqueux, et y provoquent le développement d'un phlegmon putride suraigu. La laxité du tissu conjonctif de l'espace rétro-viscéral est extrêmement favorable à la dissémination des substances septiques phlogogènes, qui y pénètrent continuellement avec des parcelles d'aliments.

Le processus inflammatoire, qui provoque une gangrène putride des tissus, se propage rapidement dans l'espace rétro-viscéral, et, par les voies déjà décrites, pénètre dans la cavité thoracique et dans l'espace vasculaire. On observe à la fois des symptômes de compression des voies respiratoires et les phénomènes d'une fièvre septique due à la résorption