

Les considérations anatomiques que nous avons données au début de ce chapitre rendent aisément compte de la direction que suivent les fusées purulentes dans les différentes variétés de phlegmons du cou. C'est ainsi que le phlegmon superficiel développé au-devant de l'aponévrose moyenne n'aura aucune tendance à gagner vers la profondeur, le plus ordinairement même il se limite naturellement, car la résistance de la peau qui finit par s'enflammer elle-même est bientôt vaincue et le phlegmon se vide au dehors avec persistance plus ou moins longue d'une fistule.

Les phlegmons développés dans la gaine du sterno-mastoïdien dont la résistance est plus grande ont moins de tendance à se vider au dehors; ils peuvent s'étendre à une certaine longueur, mais ils ne sauraient dépasser en bas les insertions du muscle et gagner la poitrine.

Au contraire le phlegmon développé en arrière de l'aponévrose moyenne peut sans obstacle envahir tout le tissu connectif de la grande loge du cou, comprimer le pharynx et le larynx, gêner la déglutition et la respiration, pénétrer dans la gaine des vaisseaux, et même les ulcérer en empêchant la nutrition de leurs parois par oblitération des vasa vasorum. Le pus ainsi formé peut fuser le long des organes, le long des vaisseaux et des nerfs et gagner le médiastin. On connaît des exemples de fusées purulentes parties des régions supérieures du cou, à la suite de phlegmons sus-hyoïdiens ou sous-maxillaires qui se sont propagés jusqu'au médiastin antérieur.

Quand c'est dans cette loge et dans la gaine des vaisseaux que le phlegmon se développe, on conçoit que le pus bridé par l'aponévrose moyenne ne puisse se porter au dehors et que les accidents que détermine sa présence soient graves dès le début; le cou est dans toute sa hauteur gonflé, empâté, la fluctuation peu manifeste, la tête est infléchie vers le côté malade par contraction réflexe du sterno-mastoïdien. La respiration, la déglutition, la phonation sont difficiles, l'anxiété est excessive, la fièvre des plus intenses; dans quelques cas la circulation du larynx gênée par la compression qu'exerce la collection purulente peut être cause d'un œdème de la glotte, mortel. On a vu, et c'est alors une chance heureuse, le phlegmon envahir et ulcérer le pharynx, l'œsophage, la trachée et se vider par ces voies naturelles au milieu de crises violentes de toux ou de vomissements.

Mais les phlegmons profonds du cou n'ont heureusement pas toujours cette gravité, quelquefois ils se circonscrivent, l'aponévrose cède ou s'enflamme elle-même, la tumeur fait une légère saillie, la peau devient œdémateuse et au-dessous d'elle on perçoit une fluctuation peu distincte, il est vrai, mais suffisante pour permettre de reconnaître le foyer.

En raison même de la grande difficulté ou de l'impossibilité absolue de constater la fluctuation, le diagnostic du phlegmon profond du cou

n'est pas chose facile. C'est la déformation du cou, la fièvre intense, les douleurs lancinantes, le gonflement, l'empâtement de la région qui permettent de soupçonner l'existence d'un phlegmon.

Traitement. — Tous les antiphlogistiques, tous les abortifs, tous les vésicatoires, les onguents, tout aussi bien que les cataplasmes ne sont que des palliatifs qui au début sont utiles pour calmer les douleurs et modérer un peu la fièvre; mais une fois le processus phlegmoneux établi, jamais ils n'empêcheront la suppuration. Il faut donner issue au pus; si l'abcès est superficiel et circonscrit, rien n'est plus facile, on peut le vider par incision, ou par ponctions aspiratrices. Mais quand le foyer purulent est profond, quand il siège au-dessous de l'aponévrose moyenne, qu'il envahit le tissu connectif au milieu duquel cheminent les nerfs et les vaisseaux du cou, l'opération devient délicate: on recherchera avec soin le point où la suppuration paraît être la plus superficielle et l'aponévrose la moins résistante, puis, se basant sur des connaissances anatomiques précises, on incisera couche par couche en se servant surtout de la sonde cannelée. Une fois le pus évacué, on lavera le foyer, on placera un drain à travers lequel on poussera de fréquentes injections; il est inutile de dire que les pansements rigoureusement antiseptiques sont d'absolue nécessité.

2° ADÉNITES DU COU.

Toutes les inflammations des muqueuses, de même que celles de la peau, et à plus forte raison leur desquamation épithéliale se propagent au réseau lymphatique sous-jacent et gagnent ainsi les ganglions auxquels se rendent les troncs lymphatiques de la région malade. Si la lésion est limitée, un seul ganglion peut être pris, mais lui-même deviendra une cause d'irritation pour les vaisseaux lymphatiques efférents et toute la chaîne ganglionnaire peut ainsi se prendre consécutivement. Il en est évidemment de même lorsque des bacilles tuberculeux ou syphilitiques venus du dedans sont transportés par les voies lymphatiques et aboutissent aux ganglions. Il en est de même encore quand au lieu de bacilles ce sont les éléments formatifs des tumeurs de toute nature qui sont transportés aux ganglions et les envahissent.

Localisée d'abord sur un petit nombre de ganglions, l'infection se propage à toute la chaîne. Il est évident que le siège de l'accident initial déterminera la région dans laquelle se trouveront les ganglions envahis, ganglions sous-maxillaires, sterno-mastoïdiens, de la nuque, etc.

Les adénites du cou peuvent donc être de toute nature; franchement inflammatoires elles constituent des *adéno-phlegmons* qui s'ouvrent au dehors après adhérence et ulcération de la peau, leur guérison est simple. Sont-elles dues au transport des bacilles scrofulo-tuberculeux, leur marche est lente, un grand nombre de ganglions se prennent suc-

cessivement en produisant une tumeur volumineuse qui déforme le cou, sans que pour cela la peau éprouve aucune altération.

Les ganglions sont alors envahis par une infiltration caséuse qui gagne plus ou moins tous leurs éléments, le tissu connectif ambiant se condense à leur pourtour et forme une coque épaissie, résistante. A ce moment il peut se faire qu'une fonte purulente de ces éléments caséux se produise et qu'un abcès froid s'ensuive; peu à peu la peau, infiltrée elle-même d'éléments tuberculeux, s'amincit, prend une couleur livide et s'ulcère pour livrer passage à du pus grumeleux, mal lié. La coque épaissie, envahie elle aussi par les bacilles, reste au fond de l'abcès et entretient par sa présence une fistule dont la suppuration est fort longue à tarir.

Lorsque des éléments sarcomateux, carcinomateux, épithéliomateux arrivent aux ganglions, ils les envahissent tout comme les bacilles tuberculeux et déterminent alors des altérations ganglionnaires de même nature. Si les éléments de la tumeur sont mous, infiltrés de liquides, la tumeur acquiert bientôt des dimensions considérables, elle est bosselée, envahit le long du cou jusqu'à la ligne médiane qu'elle peut même dépasser pour gagner le côté opposé, c'est ce qui se passe dans la variété la plus fréquente du lympho-sarcome. D'autres fois dans une autre variété de la même maladie, la tumeur reste dure, à évolution lente, à transformation fibreuse; dans le premier cas la lésion porte surtout sur les voies lymphatiques intra-ganglionnaires, tandis que dans le second ce sont les éléments connectifs périphériques et interstitiels qui sont atteints. La généralisation viscérale de ces tumeurs malignes en est toujours la conséquence, elle est plus rapide quand la tumeur est molle, moins prompte mais tout aussi fatale quand elle est dure.

Il existe enfin des cas où le lympho-sarcome semble avoir pris son origine directement dans le ganglion sans que ses éléments y aient été apportés d'une région voisine. Sa marche est alors identique à celle de tous les sarcomes, d'abord le centre du ganglion est pris, le tissu connectif ambiant se condense, puis cette coque se rompt, les éléments sarcomateux envahissent le tissu connectif et les organes voisins, la tumeur gagne de proche en proche, les lymphatiques efférents transportent les éléments cancéreux aux ganglions voisins, les viscères finissent par être envahis à leur tour et la mort survient fatalement dans quelques mois.

Il est bon de faire remarquer cependant que de même que nous avons vu plus haut des lympho-sarcomes dus au transport d'éléments nés dans une autre région, pouvoir rester durs, avec évolution plus lente, de même aussi des lympho-sarcomes nés sur place peuvent affecter une marche moins rapide et rester un certain temps indurés et localisés; c'est dans ce cas seulement que l'on peut fonder quelque espoir de guérison sur l'extirpation; quand au contraire il s'agit de lympho-sarcomes

mous, l'opération n'a guère de chance de réussite, elle peut même précipiter les accidents de généralisation.

Toutes les tumeurs du cou, quelle qu'en soit la nature, agissent, on le comprend, sur les organes voisins qu'ils compriment et dont ils gênent le fonctionnement physiologique. Plus elles sont dures et volumineuses, plus la trachée, l'œsophage, le larynx, le pharynx peuvent être comprimés, déplacés et plus la respiration, la phonation, la déglutition seront gênés; dès que des menaces d'asphyxie se manifesteront, il faudra les combattre et livrer, s'il est nécessaire, passage à l'air au moyen de la trachéotomie.

Traitement. — Nous n'avons pas besoin de revenir sur le traitement de l'adéno-phlegmon inflammatoire; nous ne nous occuperons ici que du traitement des adénites tuberculeuses, de beaucoup les plus fréquentes de toutes les tumeurs du cou.

Le traitement général que si souvent déjà nous avons indiqué: toniques, reconstituants de toute nature, séjour à la mer, usage des eaux de Salies, etc., doit faire la base de toute la médication. Si la tumeur est volumineuse, si elle gêne les fonctions, il faudra opérer. En est-il de même quand dans un but d'esthétique ou de coquetterie le malade désire être débarrassé? C'est au chirurgien à peser attentivement les chances de succès et les dangers qu'il peut faire courir au malade. En effet l'extirpation n'est pas toujours facile, si les ganglions superficiels étaient seuls pris, l'opération serait sans difficulté, mais trop souvent, presque toujours quand l'affection est ancienne, toute la chaîne ganglionnaire est malade et il faut remonter très haut, jusqu'au voisinage de l'apophyse mastoïde, pour tout enlever, d'autre part très souvent le tissu connectif péri-ganglionnaire est très induré et a contracté adhérence avec la gaine des vaisseaux dont les parois ramollies peuvent céder sous le moindre effort d'énucléation et des hémorragies mortelles peuvent en être la suite.

Une autre opération a pris dans ces derniers temps sa place dans le domaine chirurgical, c'est le curage des ganglions qui permet d'en vider le contenu et de les débarrasser de tous les éléments altérés; facile quand on s'adresse aux ganglions superficiels, cette opération devient elle aussi difficile lorsqu'il faut remonter jusqu'aux insertions supérieures du sterno-mastoïdien.

Inutile de dire que l'usage de toutes les pommades dites fondantes doit être abandonné.

3° TUMEURS ANÉVRYSMALES DU COU.

Les blessures des grosses artères du cou donnent rarement naissance à des anévrysmes traumatiques, l'hémorragie primitive ou secondaire est d'habitude telle que le malade succombe avant que la

tumeur ne soit formée. Les piqûres par pointes d'épée, de fleuret ou autres atteignent d'ordinaire à la fois la veine et l'artère, si alors l'ouverture des deux vaisseaux n'est pas d'un diamètre suffisant pour que l'écoulement sanguin fasse succomber le malade, si la plaie de la veine n'est pas en parallélisme avec l'ouverture de la peau, cette dernière peut se cicatriser et un anévrysme artérioso-veineux s'établira; ce qui explique la plus grande fréquence relative de cette dernière variété de tumeurs vasculaires.

Il en est de même des anévrysmes artériels consécutifs à des traumatismes venus de dedans en dehors, déterminés par des corps étrangers introduits dans le pharynx, etc.

Les anévrysmes de cause pathologique, déterminés par l'athérome, sont beaucoup plus fréquents; la carotide primitive dans son long trajet au cou ne donne aucune branche de quelque importance avant sa bifurcation; c'est toujours les collatérales voisines d'un tronc qui fournissent à celui-ci les vasa-vasorum destinés à nourrir ses parois. Ces voies nourricières n'arrivent à la carotide primitive en bas que par les branches ascendantes de la sous-clavière et en haut que par celles descendantes de la carotide externe. On comprend donc que les parois de ce gros vaisseau se trouvent en raison de cette difficulté de leur nutrition dans des conditions favorables à leur altération pathologique et à leur dégénérescence athéromateuse. Les anévrysmes carotidiens se développent sur tous les points du trajet de l'artère, ils paraissent plus fréquents en haut près de sa bifurcation, et en bas près de son origine; on en a signalé à tout âge, malheureusement les observations ne rendent aucun compte des raisons qui ont pu déterminer l'altération de leurs parois et la formation de l'anévrysme, et toujours cependant il faut qu'une lésion pathologique de leurs parois préside à la dilatation du vaisseau.

Toujours la tumeur est située au-dessous du sterno-mastoïdien qu'elle repousse en dehors; la saillie qu'elle forme ainsi est en rapport avec le volume de la poche anévrysmatique; tantôt elle atteint à peine celui d'une pomme, tantôt au contraire elle est ovoïde, à surface plus ou moins lisse et s'étend de la clavicule à la mastoïde en suivant exactement le trajet du muscle, dont elle étale les fibres à sa surface. Mais de même qu'elle agit en dehors sur le sterno-mastoïdien, elle réagit en dedans sur les organes situés dans la profondeur; elle comprime les nerfs vague, laryngés, grand sympathique, empêche leur conduction et produit ainsi tous les accidents que la physiologie nous fait connaître. Quand la tumeur est très volumineuse et surtout quand elle a son siège à la base du cou, elle comprime les nerfs du plexus brachial; toutes ces compressions nerveuses expliquent les paralysies et anesthésies que l'on observe toujours dans ces affections. Outre les nerfs, l'anévrysme en comprimant, en aplatissant, en obstruant la jugulaire gêne la cir-

culatation de retour, d'où une dilatation de toutes les veines supérieures du cou et de la face.

La tumeur, quand elle est volumineuse, peut encore déplacer le larynx, le pharynx, la trachée, l'œsophage et produire les accidents que nous avons décrits plus haut, et signalés comme appartenant à toutes les espèces de tumeurs du cou.

Outre tous ces phénomènes déterminés par la compression, l'anévrysme agit encore sur l'encéphale par un mécanisme tout différent. Le sang artériel s'épanchant dans la tumeur n'arrive plus au cerveau en quantité suffisante pour assurer la nutrition parfaite des éléments nerveux, le fonctionnement cérébral devient donc défectueux, d'où la somnolence, la stupeur, les vertiges, etc. D'autre part encore le sang, après son passage dans la cavité de l'anévrysme, peut entraîner un fragment de caillot et cette embolie déterminera les accidents de paralysies, d'anesthésie, d'asphyxie correspondants à la zone cérébrale à laquelle se rendait l'artère oblitérée.

La poche anévrysmale tend d'habitude à augmenter sans cesse de volume, d'une manière lente il est vrai; on a vu cependant des cas où pour une raison inconnue l'anévrysme cessait de s'accroître. Abandonnée à elle-même la distension de la tumeur finit par en amincir les parois qui se rompent et laissent le sang s'épancher dans le tissu connectif ambiant ou dans la cavité de la trachée, et de l'œsophage. Si la paroi de l'anévrysme est assez solide pour résister et produire par pression l'ulcération de la peau, l'hémorrhagie se fait au dehors. Quel que soit le point où cette rupture se produit, elle est presque fatalement mortelle par la perte de sang.

Les symptômes généraux des anévrysmes (voir t. I) appartiennent à ceux de la carotide, on y rencontre les souffles et les battements caractéristiques, mais il est important de remarquer qu'une collection purulente, placée au-devant du vaisseau, peut en recevoir les battements qui, en raison des propriétés physiques des liquides, se transmettront à toute l'étendue de la poche phlegmoneuse et pourront la faire confondre d'autant plus facilement avec un anévrysme que la jugulaire comprimée par l'abcès entravera la circulation de retour et fera dilater les veines. La persistance des battements dans la temporale superficielle et la faciale permettra en ce cas de croire à l'intégrité de la carotide, tandis que leur absence fera conclure à l'anévrysme. Toutes les tumeurs vascularisées du cou, celles du corps thyroïde, tout aussi bien que les sarcomes et carcinomes télangiectasiques peuvent, en raison des battements et des bruits de souffle qu'on y perçoit, être confondues avec un anévrysme. Ce ne sont alors que la marche de l'affection, les renseignements fournis par le malade sur l'évolution de la tumeur qui permettront de conclure et toujours les erreurs sont possibles.

Traitement. — Nous avons assez longuement insisté (t. I, p. 655) sur

le traitement des anévrysmes en général pour ne pas y revenir en détail ici. Il est quelques points spéciaux au traitement de l'anévrysme carotidien qu'il nous faut signaler.

La compression directe ou indirecte est toujours difficilement supportée, car il est impossible de ne pas comprimer en même temps le pneumo-gastrique et cependant on connaît un certain nombre de succès obtenus par la compression digitale, mais toujours on est exposé aux accidents cérébraux que détermine l'interruption de la circulation encéphalique, aussi vaudrait-il toujours mieux s'adresser à la compression intermittente.

La ligature a fourni d'assez nombreux succès; on devra y avoir recours lorsque le trop grand volume de la tumeur ne permet pas la compression ou que les accidents nerveux qu'elle détermine forcent à y renoncer. La méthode d'Anel est souvent très difficile à employer, et même impossible quand l'anévrysme a son siège à la naissance de la carotide tout près de la clavicule, elle a en outre l'inconvénient d'exposer à des hémorragies consécutives par le bout céphalique, en raison des anastomoses intra-crâniennes entre les deux carotides internes et les communications entre les branches des carotides externes des deux côtés. Enfin l'application de cette méthode a presque toujours été suivie de l'inflammation du sac, ce qu'explique le petit nombre de *vasa vasorum* qui nourrissent les parois de la carotide.

La méthode de Brasdor, bien qu'ayant donné également des résultats satisfaisants, ne doit être appliquée que lorsque la méthode d'Anel est impraticable. Elle expose à la rupture du sac et n'a jamais produit qu'une diminution de la tumeur sans disparition totale des battements, l'impulsion et l'ondée sanguine est trop forte dans ces gros vaisseaux si rapprochés du cœur pour que l'on puisse compter sur l'oblitération totale de la poche anévrysmatique par une ligature placée au delà du sac.

De toutes les méthodes de ligatures, la meilleure est incontestablement celle qui consiste à lier à la fois en deçà et au delà du sac, que l'on ouvre ce dernier après l'opération, ou qu'on n'y touche pas. Malheureusement quand la tumeur est volumineuse il n'est pas facile de préciser le point où existe l'ouverture qui fait communiquer l'artère avec le sac et l'opération devient d'une excessive difficulté.

Les *anévrysmes artérioso-veineux* de la carotide donnent lieu à des tumeurs volumineuses qui envahissent tout le cou, compriment les organes voisins et occasionnent des douleurs violentes sur le trajet des nerfs comprimés, mais ces tumeurs sont beaucoup moins graves que les anévrysmes artériels, ce n'est qu'assez rarement qu'elles mettent la vie en danger; aussi est-on d'accord pour ne les traiter que par la compression, et la méthode de Valsalva.

Les *anévrysmes de la sous-clavière* par leur siège à la base du cou, par la saillie qu'ils font au-dessus de la clavicule, sont décrits d'ordinaire avec les anévrysmes du cou. Je crois cependant préférable de les rattacher aux anévrysmes du membre supérieur pour ne pas les séparer des anévrysmes de l'axillaire, dont ils se rapprochent par leurs relations anatomiques et par beaucoup de phénomènes de compression qui leur sont communs.

En étudiant les affections du pharynx et celles du tube laryngo-brachial nous avons décrit les *tumeurs kystiques congénitales ou acquises* que l'on peut rencontrer quelquefois au cou. Il ne nous reste plus à signaler que quelques rares cas de *kystes hydatiques* que l'on a trouvés sur les parties latérales du cou. Tantôt elles y prennent naissance, tantôt au contraire la saillie qu'elles font à la base du cou n'est que le prolongement vers le haut d'une tumeur hydatique dont l'origine est située beaucoup plus bas. Ces tumeurs peuvent acquérir un volume énorme, déplacer la clavicule, éroder les vertèbres, comprimer les vaisseaux, le sommet des poumons, s'insinuer dans la cage thoracique, et y produire des désordres extrêmes. Le nombre des cas connus est trop petit pour permettre d'en faire une étude d'ensemble; tout ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que ces tumeurs sont fort difficiles à distinguer d'avec les autres kystes du cou, et que le traitement qu'on leur a appliqué, la ponction suivie d'injections irritantes, n'a donné que des résultats fort peu satisfaisants.

CHAPITRE III. — MALADIES CHIRURGICALES DE LA POITRINE

Considérations générales.

Le thorax, de même que la face, le cou et l'abdomen, est constitué par la coalescence des lames ventrales sur la ligne médiane. Au cou et à l'abdomen, ces lames restent membraneuses et se réunissent sur un raphé médian fibreux. A la face elles se soudent une à une par soudure osseuse; au thorax, la ligne médiane de coalescence, le sternum devient osseux, ses parties intermédiaires, analogues aux disques intervertébraux, restent longtemps fibro-cartilagineuses et ne s'ossifient successivement qu'au moment où leur accroissement est terminé. Toujours cependant jusqu'à la vieillesse le fibro-cartilage intermédiaire entre la première et la deuxième pièces sternales continue à persister avec des jetées osseuses périphériques de plus en plus denses; toujours aussi l'extrémité inférieure de cet axe antérieur persiste à l'état cartilagineux et se continue par sa pointe avec le tissu fibreux non