

Sur un homme de vingt-deux ans, il put ainsi aborder un rétrécissement bas situé, inaccessible à la vue, et qui s'était reproduit très vite après une première intervention pratiquée par les voies naturelles. Et en effet, en présence de rétrécissements dont le traitement régulier est impossible en passant par la bouche, on est autorisé à s'ouvrir une voie artificielle par la méthode de M. Vallas ou par toute autre pour supprimer l'obstacle, ou du moins agir directement et sans danger sur le rétrécissement.

Les suites de ces diverses opérations sont en général simples, les malades souffrent un peu des divers appareils laissés à demeure dans le pharynx, quand il s'agit de rétrécissement naso-pharyngien, mais ils s'y habituent assez vite. Ces corps étrangers sont eux-mêmes assez bien tolérés par les tissus, mais on note parfois des ulcérations de la sous-cloison, ou des parties du voile et du pharynx qui sont en contact avec eux. Dans le cas de Verneuil, où la malade était encore en période de syphilis active, des ulcérations syphilitiques reparurent sur le voile et le pharynx et il fallut prématurément relâcher, puis supprimer l'appareil. Le malade de Trélat eut une complication assez rare, de l'emphysème du cou et des joues, mais il guérit spontanément en quelques jours.

#### IV. — SUPPURATIONS DÉVELOPPÉES AU VOISINAGE DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX.

Nous étudierons successivement les *infections péri-buccales*, avec leurs localisations aux lèvres, à la joue et au plancher, puis les *infections péripharyngiennes*, qui, suivant leur siège, doivent être divisées en *abcès rétro-pharyngiens*, *latéro-pharyngiens*, *pharyngo-laryngés*.

Quelques-unes de ces infections revêtent un caractère spécial de gravité, et c'est précisément dans l'étude de ces formes anormales que réside aujourd'hui l'intérêt de la question.

##### A. — SUPPURATIONS PÉRIBUCCALES.

1° **Suppurations des lèvres et des joues.** — Il suffit de mentionner les *furuncles* et *anthrax* des lèvres. Ils déterminent un œdème considérable, prédominant du côté de la muqueuse. Il en résulte une déformation toujours très accentuée de l'orifice labial. Si l'on n'était prévenu, on chercherait la lésion du côté de la muqueuse et non du côté de la peau, où parfois rien n'attire l'attention tout d'abord. Ces furuncles sont très douloureux. Leur évolution est habituellement très bénigne, mais il ne faut jamais les considérer comme quantité négligeable. Ils peuvent en effet s'accompagner de phlébite faciale,

dont on connaît les fâcheuses propagations aux veines de l'orbite et aux sinus crâniens.

Au *niveau du menton*, se développent parfois des abcès dont la physiologie est assez spéciale. Ils siègent juste sur la ligne médiane, au niveau de la partie antérieure du menton. Qu'on les laisse s'ouvrir spontanément, où qu'on donne issue au pus par une incision, ils se terminent par une fistule. Mon éminent maître Richet, les considérait comme des hygromas suppurés. Il décrivait à ce niveau une bourse muqueuse, multiloculaire à parois très épaisses, qu'il appelait bourse prémentonnaire. Son inflammation donnerait lieu à ces abcès. Il n'est pas impossible en effet que chez certains sujets il existe en cette région un organe séreux, et je ne voudrais pas mettre en doute une disposition constatée par un anatomiste tel que l'était Richet. Cependant je dois dire que je l'ai recherchée avec beaucoup de soin sur presque toutes les têtes qui ont été disséquées dans mon pavillon de prosecteur à l'École pratique, sans avoir jamais rencontré rien de semblable. Si donc il y a là une bourse séreuse, je crois qu'elle doit être bien rare, et que ses hygromas sont encore problématiques. Ces abcès sont sans aucun doute d'origine dentaire, et reconnaissent pour cause une lésion radiculaire d'une des incisives médianes, bien que parfois ces dents soient saines en apparence. En pressant sur leur couronne on détermine généralement de la sensibilité au niveau de l'une d'elles, et un stylet introduit par la fistule conduit, dans la majorité des cas, sur la racine altérée. Il faut se résoudre à extraire la dent, bien que la couronne soit saine; mais quand la lésion radiculaire est limitée, on peut, après résection de l'extrémité malade, tenter la réimplantation.

Parmi les *inflammations de la joue*, les plus communes de beaucoup sont consécutives à des périostites du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur, elles-mêmes sous la dépendance de lésions dentaires. Les accidents revêtent tout d'abord les caractères de la périostite (1) : tuméfaction, rougeur, œdème. Les abcès, qui sont la terminaison commune de ces infections d'origine dentaire, peuvent siéger au contact de l'os, sous le périoste, mais fréquemment la suppuration envahit la joue, et quand un traitement hâtif et bien compris ne vient pas mettre fin aux accidents, il peut persister une fistule génienne, à bords déprimés, qui durera tant qu'on n'aura pas supprimé la dent ou le petit point de nécrose du maxillaire qui a été la cause première de l'abcès et qui tient la fistule sous sa dépendance. Il faut savoir que, dans certains cas, la relation entre une fistule ou un abcès de la joue et cette lésion dentaire n'est pas immédiatement évidente. J'ai examiné récemment, dans le service de M. Le Dentu, un jeune homme de seize ans, qui portait au centre de la joue gauche un abcès du volume

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t II, p. 601.



d'une noisette. La peau au niveau de cet abcès était amincie et violacée, la collection paraissait froide et n'était pas douloureuse. Les dents au premier abord semblaient magnifiques, et il fallait un sérieux examen pour constater une sorte de petit cordon qui de la partie supérieure de l'abcès semblait se diriger vers la mâchoire et la deuxième petite molaire. Le jeune homme en avait un peu souffert quelque temps auparavant et ces douleurs s'étaient spontanément calmées. Il y avait eu dans ce cas migration du pus dans l'épaisseur de la joue.

Une autre variété beaucoup plus rare de suppuration de la joue a son siège dans un ganglion lymphatique situé dans l'épaisseur de la joue, au-devant du bord antérieur du masséter, sur la face extérieure du buccinateur. Ce ganglion signalé par Cruikshank (1), plus récemment par Poncet et Verdier (2) qui, dans ces dernières années, ont bien étudié les *adénites géniennes*, est susceptible de s'enflammer sous l'influence d'une lésion du grand angle de l'œil et des paupières, ou bien d'une lésion de la cavité buccale.

La collection occupe la partie postérieure de la joue, et l'œdème s'étend sur la face externe du masséter et du maxillaire. Quand on est prévenu de l'existence de cette variété, on n'aura pas de peine à en faire le diagnostic.

Un peu plus bas, sur la face externe du maxillaire, immédiatement au-devant du masséter, et en contact avec l'artère faciale, se trouve un autre ganglion lymphatique, à peu près constant.

L'adéno-phlegmon de ce ganglion est très fréquemment confondu avec la périostite du maxillaire inférieur. J'ai entendu Verneuil, dans ses cliniques, insister sur cette confusion. Celle-ci s'explique facilement, la tuméfaction siégeant à son maximum, sur le corps de la mâchoire, et l'inflammation diffusant autour du ganglion, œdématisant les tissus de la joue, gênant les mouvements de la mâchoire. Toutefois, dans ce dernier cas, le sillon gingivo-génien restera à peu près libre, la pression sur le maxillaire et sur les dents voisines ne déterminera pas de douleurs. Enfin, dans certains cas, on pourra établir d'une part l'intégrité du système dentaire, d'autre part reconnaître à la maladie une porte d'entrée non buccale, comme une lésion des paupières, une inflammation de la conjonctive ou du sac lacrymal.

Le phlegmon de la joue est parfois la conséquence de lésions traumatiques et en particulier d'une plaie de la muqueuse. J'ai été, il y a quelques années, témoin d'un fait de ce genre. Le sujet de l'observation avait été, sous le chloroforme, l'objet de tentatives opératoires multiples ayant pour but l'extraction d'une molaire dont l'implantation était, paraît-il, d'une solidité tout à fait anormale. Au cours de ces manœuvres, la muqueuse de la joue fut, à diverses reprises, contusionnée et dilacérée. Le soir même, un œdème énorme

(1) CRUIKSHANK, Traité des vaisseaux lymphatiques.

(2) VERDIER, thèse de Lyon, 1892.

envahit toute la joue, l'infiltration gagnant la région temporale, en passant sous l'arcade zygomatique, la tempe fit à son tour une saillie considérable, séparée de la tuméfaction génienne par un sillon antéro-postérieur déprimé répondant à l'arcade. Après quatre ou cinq jours pendant lesquels le malade souffrit beaucoup et fut dans l'impossibilité à peu près complète d'ouvrir la bouche, un abcès génien s'ouvrit spontanément dans le vestibule buccal, et la guérison s'effectua.

En présence d'une suppuration génienne, on peut se demander par quelle voie il faut lui donner issue, du côté de la bouche ou du côté de la peau.

En incisant par la peau, on laisse à son malade une cicatrice, parfois disgracieuse. L'homme a généralement la ressource de dissimuler dans l'épaisseur de la barbe ces petites infirmités; mais il faut, quand cela est possible, éviter aux femmes et principalement aux jeunes filles cette cause d'infériorité. Dans un certain nombre de cas, on pourra tenter de faire l'incision par la bouche, de nettoyer l'abcès par cette voie, et de le drainer à l'aide d'une mèche iodoformée qui viendra ressortir dans le vestibule de la bouche. Pour les adéno-phlegmons juxta-maxillaires, il vaut toujours mieux les ouvrir par une petite incision cutanée.

D'autre part, il ne faut pas oublier, en prenant le bistouri, qu'il existe dans la joue deux organes dont les lésions sont excessivement fâcheuses, le canal de Sténon et le nerf facial. Il faut donc faire en sorte d'éviter l'un et l'autre : 1° en faisant une incision antéro-postérieure; 2° en se servant de la sonde cannelée, aussitôt la section des téguments effectuée.

Quand il s'agit d'un abcès d'origine dentaire, cette simple incision ne suffit pas. Il faut attaquer la dent qui est en cause, et en pratiquer l'extraction, sinon il persistera une fistule, ou le malade sera exposé à de nouveaux abcès. Cette fistule est presque constante quand le malade aura attendu l'ouverture spontanée de son abcès. Le trajet ayant une certaine tendance à se raccourcir sous l'influence de la rétraction inodulaire, l'orifice de cette fistule est situé au fond d'un petit infundibulum. Par l'exploration du vestibule buccal, on sent presque toujours ce trajet sous forme d'une bride résistante soulevant la muqueuse et allant s'insérer à l'un des maxillaires. Dans les cas de fistules dépendant du maxillaire supérieur, Chassaignac pratiquait l'opération suivante : Il incisait la bride dans le vestibule buccal, de façon à faire du trajet fistuleux deux tronçons, dont l'un était relié à l'os, et l'autre à la peau. Un drain était passé à travers ce dernier jusqu'à ce qu'il n'y eût plus de danger de voir les deux tronçons se réunir. On retirait alors le drain et l'orifice cutané se fermait spontanément. Il y avait ainsi « transposition de l'orifice fistuleux, ou substitution d'un orifice intrabuccal à un orifice cutané ». L'idée de cette intervention lui avait été inspirée « par la conduite



qu'on tient pour remédier aux fistules du canal de Sténon ». Personne aujourd'hui n'aura la tentation d'imiter cette pratique. On s'adressera directement à la cause première, dont la suppression entraînera la guérison rapide de la fistule génienne.

2° **Suppurations du plancher de la bouche.** — Si l'on peut à la rigueur, en se plaçant au point de vue de la marche des tumeurs, considérer les parties molles comprises entre la mâchoire comme divisées en deux étages distincts séparés par le mylo-hyoïdien, le premier situé au-dessus de ce plan musculaire constituant le plancher de la bouche proprement dit, le deuxième situé au-dessous et faisant partie du cou, cette division est difficile à maintenir quand il s'agit d'inflammations. Ce plancher musculaire est en effet très incomplet. En arrière du mylo-hyoïdien, une large baie livre passage au canal de Wharton et au prolongement antérieur sus-mylo-hyoïdien de la glande sous-maxillaire, si bien qu'il y a pour ainsi dire juxtaposition des glandules postérieures de la sublinguale et des lobules antérieurs de la sous-maxillaire.

Le tissu cellulaire sous-muqueux communique largement avec le tissu cellulaire de la loge sous-maxillaire. Le mylo-hyoïdien lui-même, traversé par des anastomoses artérielles et veineuses, présentant en divers points des lacunes, des solutions de continuité par lesquelles font souvent hernie des prolongements de la glande sublinguale (1), constitue un plan incomplet, incapable de servir de barrière sérieuse à une inflammation. Il en résulte que les phlegmons graves développés dans cette région ont la plus grande tendance à diffuser dans toute l'étendue et dans toute l'épaisseur du plancher de la bouche.

Nous étudierons successivement les adéno-phlegmons sus-hyoïdiens médians et latéraux ou sous-maxillaires, puis les phlegmons du plancher de la bouche proprement dits.

a. **Adéno-phlegmons sous-hyoïdiens médians.** — Il existe entre les ventres antérieurs des digastriques un petit groupe ganglionnaire, composé habituellement de deux ou trois ganglions, parfois quatre ou cinq, situés au voisinage de la ligne médiane et reposant sur la face inférieure du muscle mylo-hyoïdien.

On voit quelquefois des ganglions qui reposent sur le ventre antérieur du digastrique et servent ainsi de trait d'union entre ce petit groupe et celui des ganglions sous-maxillaires.

Ces glandes sont susceptibles de s'engorger sous l'influence d'une lésion du menton ou de la lèvre inférieure, principalement de la partie moyenne de cette lèvre. C'est une localisation rare des inflammations aiguës, bien que l'engorgement chronique de ces ganglions soit commun.

(1) MORESTIN, *Soc. anatom.*, avril 1897.

Les signes habituels des inflammations aiguës accompagnent et décèlent l'infection d'un de ces ganglions, et pas n'est besoin d'insister sur la symptomatologie qui est banale, sur le diagnostic qui est évident, ni sur le traitement qui découle de la constatation en ce point d'un abcès chaud.

b. **Adéno-phlegmons sous-maxillaires.** — Les ganglions sous-maxillaires siègent presque tous sur la face externe de la glande sous-maxillaire, au voisinage de son bord supérieur, cachés par le bord inférieur du maxillaire. Ces ganglions reçoivent des lymphatiques du front, des paupières, des narines, des joues, mais surtout de la cavité buccale. Toute lésion de ce vaste territoire lymphatique pourra infecter ces ganglions. Aussi les adéno-phlegmons sous-maxillaires sont-ils d'observation très commune. Parfois la porte d'entrée est si petite qu'elle passe inaperçue; d'autres fois la lésion ulcéreuse, la petite plaie qui a livré passage aux germes est déjà cicatrisée quand se déclarent les phénomènes d'infection ganglionnaire.

Dans la grande majorité des cas les organismes pathogènes viennent de la bouche, et presque toujours à la suite d'une lésion des dents. Mais les stomatites, les angines, les plaies de la langue, du plancher buccal peuvent infecter les ganglions.

Bien plus, à la surface d'une tumeur, une excoriation peut donner aux germes l'entrée des voies lymphatiques, et l'on voit une suppuration ganglionnaire simple venir compliquer la maladie première. A la vérité, les ganglions sont souvent eux-mêmes déjà le siège d'un processus pathologique, quand vient se greffer sur l'altération primitive une infection secondaire. Fréquemment on voit ainsi des ganglions touchés par la tuberculose présenter brusquement des signes d'inflammation aiguë sous l'influence d'un nouvel apport microbien. De même des ganglions déjà un peu envahis par le cancer peuvent devenir le siège de redoutables adéno-phlegmons à marche rapide et à pronostic grave.

Mais nous nous occuperons surtout ici de l'abcès chaud sous-maxillaire de l'adéno-phlegmon ordinaire et banal, celui qu'on observe dans la pratique de tous les jours.

Le début, rarement très brusque, est marqué par des douleurs dans la région sous-maxillaire et un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire, et en même temps par la constatation d'une tumeur arrondie et mobile. Dès le deuxième ou troisième jour, les phénomènes s'accroissent, le gonflement augmente et se diffuse, il n'est déjà plus possible de sentir la glande, les douleurs sont plus vives, la mastication plus pénible. Il y a de la fièvre; la bouche est pâteuse, « amère », la langue saburrale. Quand les malades se présentent au chirurgien, c'est d'ordinaire au quatrième ou au cinquième jour de la maladie, le gonflement est généralement considérable.



Au lieu d'une dépression au-dessous du maxillaire, il y a une voussure. Au niveau de la région tuméfiée la peau est d'un rouge plus ou moins foncé, s'effaçant peu à peu aux limites de la zone tuméfiée. La palpation détermine le godet, signe caractéristique de l'œdème, et détermine surtout une très vive douleur. Le maximum de la douleur coïncide avec le point le plus élevé de la voussure.

C'est aussi là qu'on trouve le plus facilement la fluctuation quand le pus est devenu superficiel. Mais très fréquemment il est difficile de percevoir nettement la fluctuation. A cela on peut donner trois raisons, l'épaisseur des parties molles augmentée par la tuméfaction, la présence de l'aponévrose tendue à la surface de la collection (Velpeau), l'absence d'un plan profond résistant qui fournisse un point d'appui dans cette recherche (Richet). Aussi, est-il recommandé d'introduire un doigt dans la bouche entre la langue et la gencive pour immobiliser en quelque sorte les parties profondes de la région sous-maxillaire et les empêcher de fuir sous la pression.

Dans les cas de ce genre, le caractère inflammatoire de l'affection ne laisse aucun doute. D'autre part, même quand on n'a pas nettement constaté la présence du pus, on en peut soupçonner l'existence. Mais le côté véritablement délicat du diagnostic est de différencier l'adéno-phlegmon de la périostite des maxillaires inférieurs. Or les deux affections succèdent aux mêmes causes et leur symptomatologie est très voisine. D'autre part elles peuvent coïncider. Voici les éléments dont il faut tenir compte pour arriver au bon diagnostic.

Dans la périostite, la voussure, siège plus haut. Son maximum se trouve au niveau du maxillaire lui-même, l'œdème s'étend davantage sous la peau et c'est surtout dans ce cas qu'on le voit atteindre les paupières.

Dans la périostite, le sillon génio-gingival n'est jamais libre. On y constate toujours de la douleur et de l'empatement. Enfin il y a souvent de la constriction des mâchoires, beaucoup plus accentuée que dans le cas d'adéno-phlegmon.

L'incision pratiquée par le chirurgien donne issue à du pus en quantité variable, parfois minime: ce pus est habituellement franchement phlegmoneux. On a étudié au point de vue bactériologique le contenu de ces abcès, et, comme il fallait s'y attendre, on y a trouvé toutes sortes de microorganismes, depuis les staphylocoques ordinaires jusqu'aux spirilles de la bouche (Verneuil et Clado). Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès s'ouvrent spontanément et le malade peut arriver à guérir. Mais il est manifeste que de très sérieuses complications pourraient survenir, propagation au tissu cellulaire du cou, aux replis aryténo-épiglottiques, etc. Pour ma part, dans ces formes ordinaires d'adéno-phlegmons francs, j'ai toujours vu les malades, vaincus par la souffrance, accepter immédiatement de subir l'incision de leur abcès, et toujours je les ai vus guérir en

quelques jours. Je n'ai donc pas été témoin des complications, des diffusions qui sont surtout le propre des phlegmons infectieux du plancher de la bouche.

Une complication particulièrement notée dans les adéno-phlegmons consécutifs à la scarlatine est l'ulcération des artères, donnant lieu à de formidables hémorragies. Ch. Monod a rassemblé dans une importante monographie un grand nombre de faits de ce genre.

Le *pronostic* de cette affection est donc bénin, en définitive, sauf peut-être chez des individus dont la résistance est diminuée par quelque tare organique, diabétique, albuminurique, ou chez des malades profondément débilités par quelque grave maladie infectieuse.

Le *traitement* est fort simple. Il y a du pus: l'indication est nette, il faut l'évacuer. Une incision sera pratiquée parallèlement au maxillaire, sur la partie la plus saillante de la voussure. Avant de prendre le bistouri, repérer l'artère faciale. Ce vaisseau est généralement repoussé en arrière et en dedans par la collection. Néanmoins, la peau incisée, il est prudent de déposer le bistouri, et d'agir avec la sonde cannelée pour effondrer la paroi externe de la poche. Une petite incision suffit. C'est un point sur lequel insistait Verneuil, qui « voulait bannir les larges balafres de la thérapeutique des abcès ». Avant lui, Chassaignac faisait remarquer « l'exiguïté de l'ouverture nécessaire pour la guérison de ces abcès sous-maxillaires ». « Il y avait une si grande disproportion entre le volume du phlegmon, sa durée datant de quelques jours, et la petitesse de l'ouverture qui a suffi pour amener la résolution, qu'on ne sait vraiment à quel degré il faudrait que le phlegmon fût poussé pour qu'une simple ponction n'amenât pas les choses à bien. »

#### c. Phlegmons du plancher de la bouche proprement dits.

— Parmi ces phlegmons, il en est qui se limitent et dont l'évolution est bénigne, et d'autres dont la tendance à la diffusion et la gravité sont remarquables. Aux premiers convient le nom de *phlegmons circonscrits du plancher de la bouche*. Je désignerai les autres sous le nom de *phlegmons infectieux du plancher buccal*.

Le *phlegmon circonscrit* peut s'observer à la suite de plaie, par coup de feu, ou par instrument piquant ou tranchant, par corps étranger, arête de poisson, épingle ou aiguille placée dans la bouche, etc. Mais leur cause principale est une fracture du maxillaire, simple, ou double, ou comminutive; ce sont des fractures ouvertes, et ouvertes dans la bouche, milieu éminemment septique. Il n'est donc pas étonnant que leur foyer s'infecte souvent et qu'on voie, autour du maxillaire brisé et dans l'épaisseur du plancher, se développer les indurations phlegmoneuses et des abcès. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans la bouche, et, de concert avec les liquides déversés du foyer de la fracture, contribuer à produire cette septicémie, décrite par Chassaignac



sous le nom de *cachexie buccale purulente*, et par Richet sous le nom d'*intoxication putride d'origine buccale*.

L'antisepsie, pratiquée aujourd'hui d'une façon préventive dans le cas de fracture du maxillaire, met généralement à l'abri de ces accidents. Mais j'ai pu encore les observer dans le service même de Richet, sur un malade qui du reste en mourut. Ailleurs je les ai vus survenir chez deux opérés, auxquels on avait pratiqué la suture du maxillaire pour pseudarthrose.

Parmi ces phlegmons circonscrits, il est une variété assez spéciale, l'*abcès sublingual*, qui siège sous la muqueuse du plancher buccal, entre la langue et la face postérieure du maxillaire, et se traduit par une tuméfaction en forme de bourrelet, repoussant la langue en arrière. Il y a souvent de vives douleurs; les mouvements de la langue sont alors très difficiles, et la parole est inintelligible. Je viens d'en recueillir une observation à l'hôpital Broussais sur une jeune femme de vingt-quatre ans. La tuméfaction était considérable, exclusivement localisée à la région sublinguale et survenue sans cause apparente. Une simple incision transversale conduisit dans un petit foyer purulent, dont l'évacuation amena la guérison très rapide.

*Phlegmon infectieux du plancher de la bouche* (1). — Sous ce titre, je décrirai une forme tout particulièrement grave d'infection péri-buccale et revêtant, en raison même de cette gravité, un caractère clinique très spécial.

Un court résumé des différentes phases de la question nous aidera à comprendre ce dont il s'agit.

Ludwig (de Stuttgart), en 1836, décrivit une inflammation du cou à tendance gangreneuse qu'il considéra comme une maladie spéciale, une véritable entité morbide. La tuméfaction était caractérisée principalement par sa dureté, que Ludwig compare à celle de la pierre. Il rapprochait cette maladie de l'érysipèle et affirmait qu'il fallait, en outre, un autre facteur, l'état nerveux du sujet.

M. Lyons, dans une thèse récente, revendique pour Gensoul la première description de la maladie. En effet, en 1830, Gensoul avait décrit très clairement le phlegmon sus-hyoidien grave, qu'il avait eu l'occasion d'observer trois fois. « Cette inflammation a marché avec une rapidité effrayante, et, dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, la respiration a été embarrassée. »

Mais la description du chirurgien français passa inaperçue. Celle de Ludwig eut au contraire quelque retentissement, même dans le monde extramédical, car, dit-on, les cas de mort qui auraient attiré l'attention de Ludwig concernaient des personnes de la haute société

(1) BOEHLER, thèse de Paris, 1885. — TISSIER, *Progrès médical*, 1886. — GUILLET, *Arch. prov. de chir.*, 1892, et *Soc. de chirurgie*, 1893. — LETERRIER, thèse de Paris, 1893. — DEMOULIN, *Arch. de méd.*, 1894. — HUGUET et DE BOVIS, *Arch. de méd.*, 1894. — LYONS, thèse de Montpellier, 1897.

(la reine Catherine de Wurtemberg serait même morte de cette maladie).

De fait, presque immédiatement surgirent des publications rapportant des observations semblables et adoptant plus ou moins la manière de voir de Ludwig. (Theurer, Bosch, Hering, Leube, Schmetzer, etc.)

Ce fut Camerer qui, en 1837, donna, à cette affection, le nom d'*angina Lodovici*, qui, avec des fortunes diverses, est venu jusqu'à nous.

En comparant la maladie à l'érysipèle, Ludwig se dispensait de déterminer le siège anatomique de la maladie. Ce fut précisément le but que se proposèrent un certain nombre de ses successeurs, qui furent ainsi amenés à prendre parti contre sa doctrine, ne voyant pas là de maladie spéciale, et tentèrent de la localiser et d'en établir le point de départ. Blasberg admet son origine lymphatique et en trouve la cause dans une lésion dentaire. Cnopf, ne trouvant pas ces lésions dentaires d'une façon constante, songea, au contraire, à une origine amygdalienne. Enfin von Thaden vit là un bubon sous-maxillaire, opinion défendue chez nous par Gillette, et reprise récemment par Tissier.

Roser (1), réagissant à son tour contre ces nouvelles doctrines, soutint avec énergie l'essentialité de la maladie et son caractère spécial. Mais sa conception diffère profondément de celle de Ludwig; pour lui il s'agit d'une inflammation primitive de la glande sous-maxillaire et du tissu cellulaire qui l'entoure.

Mais, suivant Tissier, Roser fut longtemps le seul partisan des idées de Ludwig, au point de vue de la spécificité de la maladie.

Chez nous, Gillette et Tillaux admettaient qu'il s'agit d'adéno-phlegmon, et Boehler, en 1885, exposant dans sa thèse la doctrine courante, écrivait: « L'angine de Ludwig n'est pas une entité morbide spéciale, de nature infectieuse, se distinguant par ses caractères cliniques et par ses lésions anatomiques des autres processus inflammatoires de la région du cou. Il s'agit dans tous les cas de simples phlegmons secondaires, dont on peut toujours trouver le foyer d'origine dans la région même. La dénomination d'angine de Ludwig doit être rejetée; elle prête à confusion, parce qu'elle implique l'idée d'essentialité. Elle est superflue, parce qu'elle a été attribuée à des cas qui rentrent, sans peine, dans les cadres classiques de la pathologie. »

En 1886, le remarquable travail de Tissier vint apporter encore une fois la note discordante. Il croit, comme Roser et Ludwig, qu'il s'agit d'une maladie à part et définit « l'angine de Ludwig, ou mieux l'angine infectieuse sous-maxillaire, un processus septique infectieux, forcément et toujours identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buc-

(1) ROSER, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1883.