

cale, porte d'entrée de l'agent morbifique, caractérisée par une induration à tendance gangreneuse, à marche envahissante de la région sus-hyoïdienne, par une évolution clinique propre et accompagnée de symptômes généraux graves ». Il accepte en la modifiant l'idée émise autrefois par von Thaden et en fait un bubon infectieux sous-maxillaire.

Plus récemment cette question a été reprise devant la Société de chirurgie, à la suite d'un rapport de Nélaton, sur une observation de Linon. M. Linon, ayant observé un phlegmon sus-hyoïdien ayant fusé jusque dans le médiastin, se demandait s'il ne s'était pas trouvé en présence d'une angine de Ludwig. Or le rapporteur, qui avait eu lui-même l'occasion d'observer deux cas de phlegmon septique du cou, conclut qu'on peut observer à la région cervicale exactement comme aux membres : « 1° la septicémie aiguë ; 2° le phlegmon diffus gangreneux ; 3° les phlegmons circonscrits plus ou moins étendus, et qu'en définitive le terme d'angine de Ludwig devait être rejeté, si nous ne voulons nous servir d'un terme dont nous ne connaissons en aucune façon la portée ».

M. Delorme, d'après les observations de sa pratique, pensait qu'il « ne lui semblait pas possible de méconnaître l'existence du phlegmon sublingual, qui a surtout été décrit sous le nom d'angine de Ludwig. Son siège, sa symptomatologie, sa gravité et son traitement spéciaux forcent à le distinguer ».

Comme échos de cette discussion, il faut signaler la thèse de Leterier, élève de Delorme, le mémoire de Demoulin, et celui de Huguet et de Bovis.

De ce court historique, il résulte tout d'abord ce fait que le terme d'angine de Ludwig est deux fois malheureux, d'abord parce qu'il ne s'agit pas d'une angine, ensuite parce que l'affection dont il s'agit avait été décrite avant Ludwig ; d'autre part, que les cliniciens qui semblent avoir vu les mêmes faits, différent dans leur interprétation ; et qu'enfin il s'agit d'une affection difficile à classer dans le cadre nosologique. Et c'est peut-être pourquoi nous revenons toujours à ce mauvais mot d'angine de Ludwig, condamné par tous ceux qui s'en servent, et dont la signification est discutée, mais qui reste néanmoins dans le langage scientifique.

Bien qu'il soit couramment employé, nous le laisserons de côté pour nous servir du terme de phlegmon infectieux du plancher de la bouche, qui nous paraît mieux répondre au siège et au caractère de la maladie.

**Symptômes.** — Voici quelle est habituellement la marche de la maladie. A la suite d'une plaie, d'une lésion de la langue ou des gencives, et le plus souvent d'une extraction dentaire pratiquée sans précautions antiseptiques, on voit survenir une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne, tuméfaction le plus souvent unilatérale au

début, parfois se développant simultanément des deux côtés. Cette tuméfaction se développe parfois sans grande douleur au milieu de phénomènes généraux d'emblée inquiétants, insomnie, agitation, délire, pâleur de la face, teint jaunâtre et terreux, température élevée. Mais ces phénomènes peuvent être plus tardifs, et les accidents évoluer au début sous des apparences trompeuses.

La peau, au niveau de la tuméfaction, est parfois de coloration normale, parfois rosée ou grisâtre. La palpation révèle une dureté ligneuse dans toute l'étendue de la zone œdématiée. Cette masse, dure comme du bois, s'étend dans tout le plancher de la bouche, vers la joue, vers le cou, déformant considérablement toutes ces régions, et donnant au malade un singulier aspect, que plusieurs auteurs trouvent « grotesque ». Le gonflement s'étend dans toute l'épaisseur des parties molles qui séparent la peau de la cavité buccale. Il refoule en arrière la langue, et vient faire derrière l'arcade dentaire une saillie en relief en forme de bourrelet.

Naturellement, il en résulte une gêne considérable de la mastication, de la déglutition et de la respiration. La bouche reste ouverte et laisse écouler la salive. La langue est sale, d'abord blanchâtre et plus tard sèche et fuligineuse.

Les symptômes sont ainsi au complet vers le quatrième jour.

Après cette période d'induration, en vient une autre de mortification. La peau se couvre de marbrures, de phlyctènes remplies de sérosité roussâtre, puis on voit apparaître au niveau de ces phlyctènes des taches noirâtres qui ultérieurement deviendront le centre des escarres. De même, sur la muqueuse, on voit aussi des plaques grisâtres ou noirâtres, indices de mortifications partielles. A travers les solutions de continuité spontanément survenues au pourtour de ces escarres, on voit suinter un liquide sanieux, ichoreux et fétide. L'état général s'aggrave, les signes d'infection et d'adynamie se prononcent, les phénomènes d'asphyxie s'accroissent, et le malade succombe, soit à la dyspnée d'origine laryngée, soit avec des phénomènes de broncho-pneumonie diffuse, soit par intoxication, soit enfin par pyohémie quand il a résisté jusqu'à la période d'élimination des escarres.

Dans des cas malheureusement trop rares, la maladie serait susceptible de rétrocéder et de guérir spontanément. Mais il ne faut pas compter sur cette terminaison, et si les malades échappent à la mort, ils le doivent presque toujours à une intervention chirurgicale, rapide et large. Il s'agit en effet d'une affection grave, très grave.

J'ai pour ma part été témoin de deux faits de ce genre, dont l'un m'est resté profondément gravé dans la mémoire, à cause précisément de l'apparente bénignité des symptômes du début. Il s'agit d'un boucher de quarante ans qui fut amené un matin à la consultation de l'hôpital Broussais pour une tuméfaction sous-maxillaire du côté

droit. A la suite d'une avulsion dentaire pratiquée deux jours auparavant, il avait vu apparaître cette tuméfaction. La peau était considérablement soulevée, la muqueuse très légèrement, celle-ci présentait une teinte d'un gris bleuâtre, les léguments légèrement œdématisés étaient à peine rosés. Son médecin, qui l'accompagnait, avait fait le diagnostic de... « grenouillette sanguine »!!! Je fis sur la tuméfaction, qui était dure comme de la pierre, une longue et profonde incision parallèlement à la branche horizontale de la mâchoire, et traversai, dans une épaisseur de plus de deux doigts, des tissus infiltrés et présentant une teinte d'un jaune rougeâtre. Très profondément, mais je ne suis pas sûr que ce soit au-dessus du mylo-hyoïdien, je finis par rencontrer une petite collection d'un pus grisâtre, une cuillerée à café à peu près. Le malade revint le lendemain; malgré mes conseils il n'avait pas voulu entrer à l'hôpital. En dépit de toniques, de sulfate de quinine, son état général s'était aggravé. Il n'avait pas de fièvre, mais la figure était pâle, d'une pâleur jaunâtre, le nez effilé; il avait passé une mauvaise nuit et quelque peu déliré. La tuméfaction n'avait pas augmenté du côté de la région sus-hyoïdienne, mais elle conservait sa dureté, et, au centre de cette masse dure, on voyait l'incision, creusée comme un puits, ses lèvres demeurant écartées et rigides, ne donnant issue qu'à une petite quantité d'un liquide grisâtre. D'autre part, le pilier gauche du voile du palais, l'amygdale et la paroi correspondante du pharynx étaient depuis la nuit le siège d'une tuméfaction rougeâtre, qui donnait absolument l'aspect de ce qu'on observe dans une amygdalite phlegmoneuse avec symptômes accusés, à cela près que la rougeur était un peu moins vive. Le malade se refusant toujours à rester à l'hôpital, une nouvelle incision fut pratiquée sur la tuméfaction amygdalienne; elle ne donna issue qu'à du sang noirâtre. Gargarisme au sublimé. Le surlendemain il y avait une légère diminution de la masse sus-hyoïdienne et de la tuméfaction amygdalienne, mais toute la région parotidienne gauche avait pendant la nuit augmenté de volume et cette saillie considérable donnait l'impression, non pas d'une infiltration œdémateuse par propagation, mais bien d'une véritable parotidite. Toujours pas de fièvre, mais la nuit avait été détestable. Cette fois la famille du malade réclama son hospitalisation. Il mourut le lendemain dans le service de mon excellent maître Campenon.

L'autre cas a été également recueilli à la consultation de l'hôpital Broussais. Il s'agissait d'un enfant de trois ans, qui nous fut amené 48 heures après le début des accidents. Il avait une énorme tuméfaction du plancher de la bouche, de la joue et de la partie supérieure du cou, tuméfaction dure comme du bois. La langue était soulevée et repoussée en arrière par un bourrelet œdémateux sublingual considérable. État général sérieux, fièvre vive. Une large incision sous-

maxillaire pratiquée du côté gauche où était le maximum de la tuméfaction ne rencontra point de pus, bien qu'elle eût intéressé tous les plans de la région jusqu'à la muqueuse buccale. L'enfant guérit après nous avoir inspiré pendant deux jours de grandes inquiétudes. L'induration considérable des tissus persista pendant une dizaine de jours. La résolution se fit peu à peu. C'est à peine s'il y eût quelques gouttes de pus dans la plaie à partir du quatrième ou du cinquième jour.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du phlegmon infectieux sus-hyoïdien n'est pas difficile, puisque sa gravité, sa tendance à la diffusion et sa dureté sont pour ainsi dire caractéristiques. Sa marche diffère singulièrement de l'adéno-phlegmon ordinaire, des périostites du maxillaire, de l'ostéomyélite de cet os; pas n'est besoin d'insister sur les glossites, ni sur les accidents assez bizarres, mais éphémères, désignés sous la rubrique de grenouillette aiguë.

L'important est de ne pas méconnaître au début la nature de la maladie, pour ne pas formuler un pronostic rassurant que l'événement viendrait démentir, et pour pouvoir instituer en temps opportun un traitement convenable.

MM. Brault et Brousses, en appelant l'attention sur le phlegmon de la loge glosso-thyro-épiglottique, ont signalé ce fait que l'inflammation pouvait diffuser dans la région sous-maxillaire, et qu'il devenait alors à peu près impossible d'en reconnaître le point de départ. Toutefois l'analyse serrée des symptômes présentés par le malade, et surtout l'étude attentive de la marche et du mode de début, suffiront dans bien des cas pour conduire au diagnostic exact. D'ailleurs, il s'agit d'une affection peu commune, qui commencée par de la dysphagie et des troubles respiratoires et dans laquelle l'œdème, qui débute au niveau de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, et qui est donc purement cervical à ce moment, n'envahit pas la partie tout antérieure du plancher, et ne détermine pas la production du bourrelet œdémateux sublingual.

**Anatomie pathologique.** — L'étude des désordres causés par cette maladie nous donne peu de renseignements bien utiles. Les autopsies, d'ailleurs rares, nous montrent du tissu cellulaire infiltré de sérosité ou mortifié, les muscles détruits, transformés en bouillie grisâtre, les glandes sous-maxillaires et sublinguales, parfois respectées, ailleurs baignant dans un liquide ichoreux et fétide ou encore dissociées et partiellement détruites.

Ces constatations n'ont donc rien de particulièrement concluant.

La bactériologie nous donnera-t-elle la clef des phénomènes observés? Tissier, sous l'influence des idées courantes au moment où il écrivait son travail, pensait qu'il devait y avoir un microorganisme spécial, spécifique, un microbe de l'angine de Ludwig. Ce qu'on sait aujourd'hui des variations de virulence d'un même microbe qui,

sous l'influence de causes variables, peut ici être inoffensif, ailleurs déterminer les plus formidables accidents, ne nous autorise plus à accepter l'opinion de Tissier. Et même c'est le contraire qui paraît plus probable; des microbes vulgaires peuvent déterminer les plus terribles phénomènes : question de terrain et question de virulence. On ne peut plus admettre aujourd'hui qu'il s'agisse en pareil cas du parasite de l'actinomycose, comme l'avaient dit Böllinger, Israël, Esmarch et Ponfick.

Les staphylocoques ont été rencontrés à différentes reprises, mais le streptocoque paraît être plus souvent le microorganisme en cause (Chantemesse et Widal, Tédenat et Lyons), et même Lyons (1) va jusqu'à dire que les streptocoques, à cause de leur grande virulence, sont les principaux, peut-être les seuls agents microbiens de l'affection que nous étudions.

**Étiologie.** — Il faut, dans ces conditions, faire une part considérable au terrain, à l'organisme sous lequel évolue la maladie. Une foule de circonstances peuvent prédisposer à cette grave infection.

Bien qu'on ait cité des cas (dont plusieurs il est vrai sont discutables) chez de tout jeunes enfants, le phlegmon infectieux sus-hyoïdien s'observe ordinairement chez des adultes, plus souvent chez des hommes. Ceux qui ont une dentition défectueuse y sont exposés plus que d'autres. Les débilités, les albuminuriques, les diabétiques y seraient particulièrement exposés. M. Reynier insista sur les circonstances prédisposantes, lors de la discussion de la Société de chirurgie, appuyé en cela par Verneuil, qui défendait depuis longtemps ces idées comme doctrine générale.

**Traitement.** — L'affection une fois reconnue, sans délai, immédiatement, on instituera un traitement très énergique.

Dans certains cas où le malade serait en état d'asphyxie, il pourrait être indiqué de faire avant toute chose une trachéotomie, comme intervention d'urgence absolue, mais, sauf le cas où l'on aurait la main pour ainsi dire forcée, il ne faudra pas recourir à ce moyen.

D'emblée on s'attaquera à la cause première des accidents. Le phlegmon incisé, la dyspnée cessera immédiatement.

Cette incision peut être médiane ou latérale. Médiane, elle a été surtout conseillée lors de phlegmon bilatéral : on passe entre les ventres antérieurs des digastriques, et on traverse le mylo-hyoïdien. On a ainsi un accès facile dans le creux sublingual, où, dit-on, débute l'inflammation. Mais cette voie est étroite et insuffisante. Il vaut mieux faire des incisions latérales, parallèles à la mâchoire, d'un seul ou des deux côtés. Ces incisions pourront être faites au bistouri ou au thermocautère. Il faut aller profondément, très profondément, et ne pas craindre d'inciser le mylo-hyoïdien, au-dessus duquel se

(1) Lyons, thèse de Montpellier, 1897.

trouve souvent le pus, parfois bien lié et verdâtre, mais généralement grisâtre et en petite quantité.

Bien entendu on remontera le malade par toutes sortes de boissons réconfortantes, champagne, café, grog, potion à la caféine. Actuellement, étant donnés les résultats qu'on obtient par les injections de sérum dans les diverses septicémies, il serait indiqué d'y avoir recours dans ces cas d'infections éminemment septiques.

#### B. — DES SUPPURATIONS PÉRIPHARYNGIENNES.

Comme M. A. Broca, je décrirai à part les abcès rétro-pharyngiens et les abcès latéro-pharyngiens. A ces deux localisations des infections péripharyngiennes, je pense aussi qu'il faut en ajouter une autre, le phlegmon pharyngo-laryngé. Enfin, pour compléter la série des phlegmons développés au voisinage des voies digestives supérieures, je dirai quelques mots du phlegmon de la loge glosso-thyro-épiglottique, variété spéciale qui ne peut être décrite avec les glossites et que, d'autre part, il est difficile de faire rentrer dans les phlegmons sus-hyoïdiens.

**A. Abcès rétro-pharyngiens (1).** — Le tissu cellulaire qui sépare la paroi postérieure du pharynx de l'aponévrose prévertébrale est le siège de suppurations qui portent le nom d'abcès rétro-pharyngiens. Il y en a de deux espèces : des collections froides, lentement développées, de nature tuberculeuse, presque toujours liées à des lésions tuberculeuses des vertèbres supérieures et en particulier au mal sous-occipital. Ce sont là des abcès par congestion, qui ne diffèrent de ceux qu'on observe aux régions dorsale ou lombaire que par leur localisation, qui peut prêter à des considérations particulières et légitimer des indications thérapeutiques spéciales. Nous les éliminerons de notre cadre, l'étude de ces lésions trouvant sa place naturelle dans la partie de cet ouvrage consacrée au mal de Pott, à ses complications et aux interventions chirurgicales qu'il comporte (2).

Chassaignac consacre, il est vrai, un chapitre aux abcès froids rétro-pharyngiens, qu'il ne confond pas avec les abcès tuberculeux, et cite des observations, l'une de Desault, où la simple incision procura l'évacuation d'une quantité considérable de pus et amena la guérison, et une autre de Dupuytren, cette dernière plus qu'insuffisante, puisque le diagnostic ne fut pas même vérifié par l'incision. Outre

(1) GILLETTE, thèse de Paris, 1867. — ROUSTAN, thèse de Paris, 1869, n° 105, ind. bibl. — ARNOZAN et MOURE, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. PHARYNX, 1887. — CHIENE, *Brit. méd. Journal*, 1877, vol. II. — DE SAINT-GERMAIN, *Rev. des mal. de l'enfance et Leçons cliniques*, 1888. — BURCKHARDT, *Centralblatt f. Chir.*, 1888. — POLLARD, *Lancet*, 1892, vol. I. — PHOCAS, *Semaine méd.*, 1892. — LAFONT, thèse de Montpellier, 1891. — REUMAUX, thèse de Lille, 1895. — THOYER ROZAT, thèse de Paris, Juin 1896, t. XXXV, ind. bibl. — EDMOND MOREAU, thèse de Paris, Mars 1896. — GOUGUENHEIM, *Gaz. méd., de Paris*, Paris, 1894. — MERMET, *Gaz. des hôp.*, 1895. (2) VOY. CHIPAULT, *Traité de chirurgie clinique*, t. IV, p. 922.

ces deux observations, Gillette en rapporte d'autres, dont une personnelle, qui lui font admettre aussi que les abcès rétro-pharyngiens peuvent avoir une marche chronique et même parfois très chronique. Ces faits sont intéressants, mais à coup sûr exceptionnels. Nous les laisserons complètement de côté, et nous nous occuperons des seuls abcès chauds qui constituent l'autre variété, la plus fréquente, la plus importante aussi à bien connaître.

Immédiatement accolés à la paroi pharyngienne, tout près de la ligne médiane, et symétriquement placés au-devant de la première ou de la deuxième vertèbre du cou, on trouve à l'ordinaire deux ganglions lymphatiques de notable volume. Ces ganglions reçoivent des lymphatiques de la paroi postérieure du pharynx, mais spécialement du pharynx nasal et de l'amygdale de Luschka, et de la pituitaire.

Ce sont ces ganglions qui sont le plus souvent le point de départ des abcès rétro-pharyngiens. Infectés par des germes transportés par les vaisseaux lymphatiques qui les auront puisés dans le pharynx supérieur ou dans les fosses nasales, ils infectent à leur tour le tissu cellulaire qui les entoure. Il y a donc d'abord adénite, puis péri-adénite, et les abcès rétro-pharyngiens sont en définitive des adéno-phlegmons profonds du cou. Cette manière de comprendre l'abcès rétro-pharyngien, admise par Verneuil, défendue par Gillette, est aujourd'hui partout adoptée. Cependant, et à titre exceptionnel, le tissu cellulaire rétro-pharyngien peut être infecté directement par effraction de la paroi pharyngée, soit par une plaie par arme à feu, soit par quelque corps étranger du pharynx, piqué par une arête, dilacération par un corps étranger irrégulier, ulcération par contact prolongé, ou blessures pendant des tentatives d'extraction, ou encore après ablation d'une tumeur du pharynx, ou enfin comme complication secondaire au cours d'une ulcération évoluant dans la cavité de cet organe. Mais il s'agit de modes d'infection très rares. J'en dirai autant de l'apport de microbes par la voie sanguine, qui serait possible, comme en tout autre point de l'économie, à la suite de fièvres puerpérale ou typhoïde, de pyohémie, etc., et en définitive la règle est que l'infection soit d'abord ganglionnaire et du ganglion diffuse dans le tissu cellulaire ambiant.

Il serait possible, d'après Bokai, que le ganglion infecté et tuméfié puisse, après quelques jours, revenir à ses proportions normales; cette inflammation bénigne, cette augmentation de volume temporaire, et cette résolution spontanée constituent une forme rare de la maladie qui, d'une façon presque constante, se termine par suppuration.

Aviragnet (1) a cité un cas où le pus siégeait non pas dans le tissu cellulaire prévertébral, mais dans l'épaisseur même de la paroi pharyngée.

(1) AVIRAGNET, *Revue des mal. de l'enfance*, 1893.

**Étiologie.** — L'abcès rétro-pharyngien s'observe presque exclusivement dans l'enfance, et surtout dans la première enfance. Aussi l'affection a-t-elle été surtout étudiée et décrite par les médecins et chirurgiens d'enfants. Exceptionnellement, toutefois, on la rencontre chez des adolescents ou les adultes. Je viens d'en observer un à la consultation de l'hôpital Broussais, sur un jeune homme de dix-huit ans. On en a vu même chez des vieillards.

Les lésions des fosses nasales et de leurs arrières-cavités en constituent la cause première habituelle. C'est le plus souvent chez de petits nourrissons hérédosyphilitiques, ou bien encore chez des enfants dont le pharynx supérieur est rempli de végétations adénoïdes. La syphilis agit ici de deux manières, d'abord en diminuant la résistance de l'organisme et en le rendant ainsi plus apte aux infections d'autre part en fournissant à celles-ci des portes d'entrée à cause de la fréquence des lésions nasales. Il en est de même de la scrofule, et de la plupart des fièvres éruptives de l'enfance, dont les manifestations pharyngées sont si communes, ainsi de la rougeole qui commence toujours par un catarrhe intense de la pituitaire, de la scarlatine dont les manifestations angineuses sont constantes pour ainsi dire. Les abcès du sein, les galactophorites chez la nourrice seraient susceptibles d'amener chez le nourrisson des abcès rétro-pharyngés (1). La diminution de fréquence chez l'adulte doit être attribuée vraisemblablement à la diminution graduelle du tissu lymphoïde dans la paroi du naso-pharynx, et à la rareté plus grande des inflammations naso-pharyngiennes.

On a attribué cette immunité relative de l'âge adulte vis-à-vis des abcès rétro-pharyngiens à la diminution et à la disparition des ganglions lymphatiques rétro-pharyngiens. Je ne sais où cette opinion a pu prendre naissance. Ces ganglions sont constants, chez les enfants comme chez les adultes, et rien n'est plus facile que de les mettre en évidence même chez des sujets déjà avancés en âge, et loin de diminuer, ils semblent qu'ils soient plus volumineux chez l'adulte que chez l'enfant.

On a réparti les abcès rétro-pharyngiens, d'après leur siège, en trois variétés cliniques, cette division étant superposable à la classique division du pharynx en trois segments: supérieur ou nasal, moyen ou buccal, inférieur ou laryngien.

Cette division est à la vérité un peu théorique; presque tous ces abcès prennent naissance au niveau du pharynx buccal, on ne les voit presque jamais au niveau du pharynx supérieur, et quand ils siègent au niveau du troisième segment du pharynx, c'est presque toujours que le pus a accompli une migration. Si l'on songe d'ailleurs à l'exiguïté du pharynx d'un tout petit enfant, on comprend sans

(1) DAMOURETTE, thèse de Paris, 1864.

peine qu'un abcès n'aura pas besoin d'avoir un gros volume ni de fuser bien loin pour répondre à la fois aux portions moyenne et inférieure du pharynx.

**Signes.** — A la suite d'un coryza, d'une fièvre éruptive, presque toujours chez un nourrisson, débute d'une manière habituellement très brusque l'abcès rétro-pharyngien. Exceptionnellement, le mode de début est un peu différent, lent, presque insidieux, graduel. A l'ordinaire il n'en est pas ainsi, l'enfant est pris de fièvre, de convulsions, de vomissements.

Au moment des tétées on observe un phénomène très particulier et qui doit immédiatement appeler l'attention du côté du pharynx. Il y a, en effet, une gêne considérable de la déglutition, qui se traduit de la manière suivante. L'enfant prend le sein, mais, dès les premiers mouvements de succion, il se rejette en arrière, en poussant des cris.

Parfois les troubles de la respiration prennent dans la symptomatologie une importance prédominante. La dyspnée peut être telle, et même présenter un tel caractère de rapidité dans son développement, qu'on songe à des spasmes de la glotte, à la laryngite striduleuse, ou au croup.

Il est d'autant plus important de ne pas se laisser égarer par ces signes que l'enfant presque toujours est trop jeune pour s'exprimer. Quand le malade peut parler, on remarquera que la voix a un timbre nasonné, comparable à celui de la voix amygdalienne. Un peu plus âgé, il pourra fournir d'utiles renseignements sur le siège de la douleur, sur la difficulté de la déglutition. Au début, la gêne de la déglutition est liée à la douleur; plus tard à cette cause s'ajoute l'obstacle mécanique causé par la saillie de l'abcès.

Parfois la tête et le cou sont immobilisés par la contraction des muscles, et l'on a une sorte de torticolis, dont on n'aura généralement pas de peine à reconnaître la nature véritable.

L'examen du petit malade doit commencer par la palpation du cou qui, dans certains cas, permettrait de déceler un empâtement, une résistance anormale dans les parties profondes du cou. Mais cette exploration restera la plupart du temps négative, et aurait-on perçu quelque chose, qu'avant de rien conclure il faudrait faire l'exploration endo-pharyngée.

L'examen de la gorge et du pharynx doit être fait pour ainsi dire d'une façon systématique chez tout enfant qui commence une maladie aiguë; ici cette exploration est absolument de rigueur, et doit comprendre deux temps, examen par la vue, exploration par le toucher. L'examen par la vue, en s'aidant de l'abaisse-langue, est toujours une exploration un peu délicate chez les enfants très jeunes, surtout quand il s'agit de voir non seulement le voile du palais et les amygdales, mais le fond même du pharynx. Que penser alors de l'usage du laryngoscope, préconisé par Arnozan et Moure? L'introduc-

tion d'un miroir laryngoscopique nécessite de la part du sujet beaucoup de bonne volonté, de résignation et de docilité. C'est dire que les indications de cette méthode resteront forcément très restreintes chez les enfants très jeunes, où la dyspnée rendrait l'opération encore plus laborieuse et son succès plus aléatoire.

On peut heureusement se passer de ces procédés compliqués d'investigation.

Le toucher digital vérifie et complète les données acquises par la simple inspection, et l'on peut ainsi établir son diagnostic avec une très suffisante précision. On aperçoit la paroi postérieure du pharynx soulevée par une tuméfaction au niveau de laquelle elle présente une rougeur plus ou moins intense. Ce soulèvement de la paroi pharyngée est unilatéral, ou asymétrique, au début du moins. La tuméfaction est plus ou moins étendue, plus ou moins limitée, mais le seul fait d'avoir constaté ce soulèvement anormal vous met sur la voie. Mais on ne peut rien affirmer avant d'avoir touché du doigt le fond du pharynx. Il faut autant que possible se mettre à l'aise et prendre quelques précautions si l'on veut percevoir des sensations bien nettes. L'enfant doit être immobilisé; pour cela un bon moyen est de l'enrouler dans une serviette ou une alèze, et de le tenir soi-même. Assis sur une chaise, le chirurgien serre entre ses genoux les jambes du petit malade, et maintient sa tête appliquée contre sa poitrine. Il faut alors introduire son index jusqu'au fond du pharynx, faire une exploration rapide et cependant complète, ce qui est beaucoup plus facile à dire qu'à faire. L'introduction du doigt détermine souvent les crises de dyspnée, qui obligent parfois à s'y « reprendre ». Mais enfin voici ce qu'on constate.

Le pharynx paraît soulevé par une bosselure, parfois résistante, presque toujours molle et dépressible. Il est rare qu'on puisse introduire simultanément les deux index, pour y chercher la fluctuation par le procédé usuel. C'est d'ailleurs inutile. On peut arriver beaucoup plus simplement à acquérir cette notion: La pression brusque sur la tumeur avec le bout du doigt qu'on laisse ensuite immobile, appliqué contre la paroi pharyngienne, est suivie d'un choc en retour, dû au liquide déplacé qui vient soulever à nouveau cette paroi. On perçoit ainsi une sorte de ballottement qu'on a comparé au ballottement de la tête fœtale, comparaison empreinte, il est vrai, d'une certaine exagération. Bref cette sensation est pathognomonique de la présence d'un liquide, qui, dans le cas particulier, ne peut être que du pus. Sitôt constaté, on peut affirmer la présence de l'abcès rétro-pharyngien.

**Diagnostic.** — On trouve dans les livres la longue énumération des erreurs de diagnostic auxquelles ont donné lieu et donneraient même encore lieu les abcès rétro-pharyngiens, depuis la méningite, l'otite, jusqu'aux corps étrangers des voies aériennes, au croup et au torticolis. En réalité, ces méprises ne sont plus excusables, et seul un