

examen trop rapide, incomplet, insuffisant, peut conduire à un diagnostic erroné. On ne saurait trop insister sur la nécessité de reconnaître de bonne heure la nature de la maladie.

Faire d'une façon précoce le diagnostic exact, c'est se mettre en mesure d'appliquer en temps opportun le traitement convenable, et l'on peut dire que de ce traitement dépend le salut du malade. Il est heureusement, non seulement possible, mais même facile dans la majorité des cas de ne pas se tromper, puisque l'exploration du pharynx nous met en possession de signes physiques positifs et pathognomoniques. Les signes fonctionnels variables dans leur intensité sont bien moins importants, et d'autant plus difficiles à interpréter qu'ils peuvent tous être observés dans d'autres affections. C'est surtout en s'arrêtant à ces seuls signes fonctionnels qu'on est exposé à s'égarer.

Quelques particularités symptomatiques permettraient de distinguer les abcès supérieurs, moyens et inférieurs. Les abcès supérieurs, gênant les mouvements du voile du palais, amèneraient le reflux des liquides par le nez; les inférieurs, gênant d'une autre manière la déglutition, occasionneraient le passage du lait, ou autres liquides, dans les voies aériennes, d'où accès de suffocation, crises de dyspnée, etc. D'ailleurs leur simple présence au niveau de l'orifice supérieur des voies aériennes explique que la dyspnée soit, dans ces cas, plus accentuée qu'à l'ordinaire.

**Marche.** — Abandonnés à eux-mêmes, les abcès rétro-pharyngiens peuvent aboutir à la guérison spontanée, en s'évacuant dans la cavité pharyngienne. Mais il ne faut pas compter sur cette terminaison favorable. La plupart du temps il n'en est pas ainsi et le malade succombe; ou bien il est emporté avant l'ouverture de son abcès par la gêne de la respiration, par propagation au tissu cellulaire du médiastin, ou bien par septicémie après rupture de la poche, qui se vide incomplètement par une ouverture insuffisante et trop tardive. Dans une thèse récente, M. Thoyer-Rosat étudie une complication qui serait une cause fréquente de mort dans le cours de l'abcès rétro-pharyngien. Beaucoup d'enfants mourraient par syncope, attribuable, suivant lui, dans un certain nombre de cas, à des lésions du pneumogastrique situé au voisinage du foyer. La mort subite a été en effet observée dans différentes circonstances, et attribuée dans nombre de cas à l'introduction du pus ou de liquides alimentaires dans les voies aériennes.

Pour M. Thoyer, il s'agirait plutôt de syncope, les autopsies ne révélant habituellement rien dans le poumon, la trachée et les bronches et par contre montrant un cœur petit, contracté, en systole, hypothèse que viendrait encore corroborer l'étude des circonstances dans lesquelles se produit cette mort, et tout particulièrement son caractère de brusquerie.

Au sort lamentable des malheureux petits enfants dont l'abcès aura été méconnu, il faut opposer celui des malades traités de bonne heure par l'incision de leur abcès.

L'évacuation du pus amène un soulagement immédiat, la disparition de la dysphagie, de la dyspnée; la chute de la fièvre, et la guérison complète suit de près la cessation de ces phénomènes alarmants. Mais pratiquée trop tard l'intervention peut demeurer impuissante. On a cité des cas de mort, les uns au moment de l'incision, par syncope, ou par introduction du pus dans le larynx, d'autres le jour même ou les jours suivants, l'organisme, infecté déjà profondément, ne pouvant arriver à reprendre le dessus.

En somme, on peut, sans trop d'exagération, résumer la marche, le pronostic et les indications dans la formule suivante. L'affection est aussi bénigne quand on a appliqué en temps opportun le traitement nécessaire, qu'elle devient grave quand elle a été abandonnée à elle-même ou que l'intervention aura été insuffisante ou trop tardive.

**Traitement.** — Il va sans dire qu'en présence de l'abcès confirmé il n'y a pas lieu de songer à autre chose qu'à donner au pus une issue rapide et large. Or comment satisfaire à cette indication? Deux voies peuvent donner accès sur la collection. Celle-ci n'est séparée de la cavité du pharynx que par la mince paroi de cet organe. Il suffira de la traverser, à l'endroit même où le doigt aura perçu de la fluctuation, pour évacuer le contenu de la poche. D'autre part, une incision cutanée peut conduire sans de grandes difficultés sur les parties latérales et la face postérieure du pharynx et permettre d'appliquer à l'abcès rétro-pharyngien le traitement général des abcès, c'est-à-dire l'ouverture large, la désinfection de ses parois, le drainage, le pansement rigoureusement antiseptique.

La première voie a paru suffisante à tous les chirurgiens jusqu'à ces dernières années. La seconde, adoptée par Chiene (d'Édimbourg), défendue par Watson Cheyne, préconisée par Phocas, compte aujourd'hui de nombreux partisans. Les uns, comme Cheyne, incisant derrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien, les autres, à l'exemple de Burckhardt, préférant suivre le bord antérieur de ce muscle. Il est certain que leurs arguments ne sont pas négligeables. Traiter ces abcès par des procédés applicables actuellement à tous les abcès, procédés dont on connaît les sûrs résultats, c'est-à-dire la cessation des accidents et la mise à l'abri d'une complication, d'une réinfection nouvelle, qui pourrait entraver la cicatrisation régulière, est *a priori* fort séduisant, si l'on songe surtout qu'en ouvrant par la bouche, on met la cavité de l'abcès en communication avec un milieu septique, si bien qu'on expose la poche à des infections secondaires, et en laissant, d'autre part, cette cavité déverser dans le pharynx les produits septiques, on est conduit à craindre l'infection



de l'organisme, on peut se demander s'il ne vaut pas mieux délibérément renoncer à l'incision pharyngienne, toujours délicate d'ailleurs sur un petit être indocile, dont un mouvement intempestif peut amener un malheur — pour adopter la voie cutanée qui se prête mieux à une opération méthodique, à un drainage parfait et n'ouvre pas les voies digestives. Toutes ces raisons sont excellentes et feraient triompher immédiatement les partisans de l'incision sterno-mastoïdienne, si l'expérience de tous les jours ne montrait qu'en réalité les craintes exprimées au sujet de l'ouverture de ces abcès par le pharynx n'étaient parfaitement chimériques. En réalité, les choses marchent d'une façon très simple, l'abcès vidé se cicatrise et le malade guérit.

L'intervention n'est pas grave et ne nécessite ni anesthésie ni dextérité particulière, et dure quelques secondes. Disséquer la région carotidienne pour aller derrière le pharynx est évidemment une méthode très élégante, mais cette dissection n'est guère possible qu'après anesthésie; elle n'est, à vrai dire, ni dangereuse ni difficile, mais, pour être menée à bien, elle nécessite toujours du temps et l'obligation d'appliquer un pansement prolonge encore les manœuvres. L'enfant guéri conserve une cicatrice, considération qui est loin d'être négligeable, quoi qu'on en puisse dire.

On passerait outre évidemment, si c'était indispensable, mais pourquoi se donner tant de mal, quand, à si peu de frais, on obtient une guérison sûre et rapide par l'antique et simple méthode de l'incision pharyngée.

Le traitement doit être institué sitôt le diagnostic formulé. Sur le doigt qui a perçu la fluctuation, on glisse un bistouri jusqu'à ce qu'on sente la pointe libre dans la cavité; on incisera alors de bas en haut et verticalement. Si cette incision est d'emblée assez étendue; on n'aura pas à craindre d'être obligé de refaire, les jours suivants, une nouvelle intervention.

Pour éviter l'introduction du pus dans les voies aériennes, Desprès vidait d'abord la collection à l'aide d'un trocart et incisait ensuite. De même Dubreuil commence par faire une ponction aspiratrice avec l'appareil Potain, pour inciser ensuite. C'est beaucoup compliquer une opération simple, et si de pareilles manœuvres étaient véritablement nécessaires, je cesserais d'être partisan de la voie buccale pour adopter immédiatement la pratique de W. Cheyne et de Phocas.

**B. Abcès latéro-pharyngiens.** — Les abcès latéro-pharyngiens, que M. Broca a distingués avec raison des abcès rétro-pharyngiens (1), siègent sur les parties latérales du pharynx « dans l'espace maxillo-

(1) A. BROCA, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, Paris 1891, t. V.

pharyngien ». Cette séparation s'impose, bien qu'en clinique la distinction ne soit pas toujours aisée entre les deux ordres d'abcès, que relie entre eux certains cas mixtes en quelque sorte, qui servent de transition. Ces abcès latéro-pharyngiens ont une symptomatologie propre, dont Broca a bien groupé les principales lignes, et diffèrent de l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien dont nous venons de donner la description par leur étiologie, leurs signes, et ne comportent pas les mêmes discussions sur la voie qu'il convient de suivre pour les inciser.

Nous comprendrons sous ce titre une variété d'abcès péripharyngiens développés immédiatement au contact de la paroi pharyngienne, dans la région de l'amygdale, au-dessus de l'os hyoïde, à la hauteur de l'angle de la mâchoire. La paroi pharyngée présente là un point faible. Entre le constricteur supérieur et le constricteur moyen, des lymphatiques, des veines, passent par l'hiatus créé par l'écartement des fibres musculaires, et l'on trouve communément à ce niveau de petits ganglions lymphatiques.

Les lésions amygdaliennes et périamygdaliennes sont la cause habituelle de ces abcès latéro-pharyngiens, qui peuvent en outre se développer à la suite d'une lésion de la base de la langue, du voile ou des piliers. L'âge n'aurait pas la même importance que pour les adéno-phlegmons rétro-pharyngiens, et l'on ne retrouverait plus là l'énorme prédominance chez les jeunes enfants.

**Signes.** — Les symptômes diffèrent très notablement. Les signes fonctionnels sont bien moins accusés, les signes physiques le sont bien davantage. La dyspnée et la dysphagie constituent encore les signes fonctionnels principaux, mais les troubles respiratoires, qui d'ailleurs peuvent manquer complètement, ne présentent jamais le caractère d'immédiate et excessive gravité que revêtent fréquemment les abcès rétro-pharyngiens. Par contre, la dysphagie est au moins aussi accentuée, et se traduit chez les jeunes enfants à peu près de la même façon.

Je passe rapidement sur les phénomènes généraux, fièvre, céphalalgie, qui accompagnent toute suppuration aiguë, et ne présentent ici rien de particulier.

Les signes physiques sont plus nettement perceptibles. Le gonflement se manifeste à la fois du côté de la peau et du côté de la cavité pharyngienne. Une tuméfaction se dessine en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire et au niveau du bord antérieur du sterno-mastoidien. A ce niveau la palpation révèle de l'empâtement, de l'œdème, de la douleur. Celle-ci est d'ailleurs spontanée et détermine de la raideur de la tête et du cou. A l'ouverture de la bouche, qui n'est pas toujours facile, l'affection s'accompagnant fréquemment de trismus, on voit l'amygdale et la paroi pharyngienne repoussées vers la ligne médiane et présentant une coloration d'un rouge vif. Le



maximum de la tuméfaction serait un peu en arrière de l'amygdale.

Ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément du côté de la peau ou dans le pharynx. Ils peuvent, après avoir traversé la paroi pharyngienne, former une poche secondaire para-amygdalienne et présenter ainsi une disposition en bissac. Étant interne de M. Richelot, j'ai observé à l'hôpital Tenon un abcès qui présentait cette disposition. On se transmettait la fluctuation de la poche cervicale à la poche intrapharyngée. Il est probable que le pus s'était formé d'abord en dehors du pharynx; la collection péripharyngienne était beaucoup plus considérable que la para-amygdalienne, et cette dernière, si elle avait été primitive, se serait sans doute rompue dans le pharynx avant d'avoir déterminé ce volumineux abcès péripharyngien. L'incision, pratiquée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, me montra tous les organes de l'espace maxillo-pharyngien dissociés par le pus et comme disséqués, et me permit d'introduire une sonde cannelée jusqu'à la muqueuse du pharynx, au-devant de l'amygdale.

Dans cette variété d'abcès, le pus se trouve au contact d'une foule de vaisseaux importants, et il n'est pas surprenant qu'un certain nombre de ces abcès, principalement de ceux qui sont consécutifs à l'angine scarlatineuse, puissent déterminer des ulcérations vasculaires.

Le pronostic des abcès latéro-pharyngiens, malgré la possibilité de cette complication, reste beaucoup moins grave que celui des abcès rétro-pharyngiens; ils sont moins immédiatement graves, à cause surtout de l'importance moindre des troubles respiratoires. Abandonnés à eux-mêmes ils sont susceptibles de s'ouvrir spontanément, soit dans le pharynx, soit à la peau. Dans tous les cas le traitement ne présente pas le caractère d'urgence que nous avons indiqué pour les abcès rétro-pharyngiens.

Le diagnostic ne présente en général pas de difficulté, sauf toutefois avec l'amygdalite phlegmoneuse, comme l'établit dans une excellente leçon M. Gouguenheim (1). La tuméfaction rétro-angulo-maxillaire, la douleur à ce niveau, existent, mais à un moindre degré dans l'amygdalite phlegmoneuse. Mais surtout le gonflement pharyngien n'a pas le même siège. C'est en arrière du pilier postérieur que la paroi du pharynx est soulevée dans le cas d'abcès latéro-pharyngien. C'est le *grand caractère*, dit Gouguenheim. D'ailleurs, il peut y avoir coïncidence, et le phlegmon péri-pharyngien peut reconnaître pour cause une amygdalite phlegmoneuse.

Il n'y a pas lieu d'hésiter ici sur la voie à choisir pour l'intervention. Sans doute la collection soulève la paroi pharyngée et bombe dans le pharynx, mais l'opération pratiquée par le pharynx devient aléatoire et dangereuse. Le voisinage du paquet vasculo-nerveux

(1) GOUGUENHEIM, *Gazette médicale de Paris*, 1894.

carotidien doit inspirer les plus sages réserves sur les conséquences possibles de cette intervention. L'incision cutanée s'impose sans aucune contestation possible. Il faut donc faire une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et prudemment, lentement, avec la sonde cannelée, aller à la recherche du pus, qu'on trouve généralement en notable quantité, et moins profondément qu'on ne serait tenté de le supposer. C'est évidemment à ces cas d'abcès latéro-pharyngiens que s'applique le procédé de Petruni, que Chassaignac recommande pour les cas d'abcès *rétro-pharyngiens*, où « l'inspection bucco-pharyngienne ne fait pas découvrir l'abcès au delà de l'isthme du gosier ». Petruni « incisa verticalement les tissus, au niveau du point saillant et œdémateux, avec une lenteur étudiée, comme dans une préparation anatomique. Cette incision porta sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans l'étendue d'un pouce et demi. Il ne s'écoula pas moins de douze onces de pus. Le malade ouvrit aussitôt la bouche, fit un grand soupir, et la déglutition et la respiration recouvrèrent leur intégrité ». Ce cas de Petruni, considéré par Chassaignac comme abcès *rétro-pharyngien*, est rangé par Goix parmi les abcès *rétro-laryngés*. La lecture de l'observation montre qu'il s'agit sans aucun doute d'un abcès *latéro-pharyngien*.

C. **Phlegmon pharyngo-laryngé** (1). — La paroi postérieure du larynx est séparée de la muqueuse pharyngée par un tissu cellulaire lâche qui en haut se continue avec les replis aryéno-épiglottiques. Ce tissu cellulaire est le siège du phlegmon pharyngo-laryngé, inflammation qui précisément, à cause de son siège, présente un caractère de haute et immédiate gravité.

L'infiltration très rapide du tissu cellulaire lâche des replis aryéno-épiglottiques entraîne en effet des troubles respiratoires qui prennent rapidement une importance prédominante. Aussi ces cas ont-ils été pendant longtemps confondus dans une description commune avec les autres affections susceptibles de déterminer les mêmes phénomènes, et faut-il chercher les premières observations dans les travaux consacrés à l'œdème de la glotte, à l'angine laryngée œdémateuse, à l'angine infiltro-laryngée. Plusieurs cas ont été publiés sous la rubrique de laryngite phlegmoneuse, de laryngite rétro-laryngée, d'abcès rétro-laryngés primitifs, ou encore désignés sous le nom d'abcès antéro-pharyngiens. Il y a en effet une certaine difficulté à circonscrire exactement les limites du sujet, tant sont étroites à ce niveau les connexions du pharynx et du larynx.

Les inflammations du tissu cellulaire pharyngo-laryngé peuvent survenir au cours de l'évolution d'une maladie antérieure, soit du larynx, soit du pharynx, chondrites et périchondrites, rétrécisse-

(1) SESTIER, *Angine laryngée œdémateuse*. Paris, 1852. — JANICOT, thèse de Paris, 1879. — GOIX, *Laryngite phlegmoneuse, abcès rétro-laryngés primitifs*, thèse de Paris, 1881. — MANDELSTAMM, thèse de Paris, 1891. — DUDEFOY, thèse de Paris, 1894.



ments, néoplasmes, etc. Leur intérêt est alors médiocre, car elles constituent de simples complications d'une lésion plus grave.

Le phlegmon primitif, rare il est vrai, nous occupera exclusivement.

L'infection du tissu cellulaire dans la région qui nous occupe peut être produite, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, par une blessure extérieure, l'agent vulnérant ayant traversé les parties molles du cou. C'est ce qui arriva au malade de Larrey, qui est un des premiers cas connus. Sous-officier dans un régiment de la garde, il s'était battu en duel. L'épée de son adversaire lui fit une petite blessure au-devant du sterno-mastoïdien du côté droit. Des accidents de dyspnée obligèrent Larrey à faire la trachéotomie. Le malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva, derrière le larynx, un gros abcès, qui, soulevant la paroi du pharynx, oblitérait presque ce conduit.

Dans d'autres cas c'est une plaie endo-pharyngienne qui a causé la lésion, par exemple une déchirure laissée par le passage d'un os ou d'un corps étranger quelconque.

Ailleurs on note que des fièvres graves, comme la variole, ou la dothiéntérie, ont parfois précédé les accidents. Mais la plupart du temps on ne trouve rien de semblable et l'affection se développe presque toujours chez des sujets dont jusque-là la santé paraissait satisfaisante, souvent chez des sujets jeunes, sans distinction de sexe, et sans autre cause occasionnelle que l'influence du froid, de la fatigue vocale, parfois d'excès de table et de libations trop copieuses.

**Anatomie pathologique.** — L'autopsie ne donne pas toujours une idée complète des lésions. Les infiltrations séreuses sont fugaces et peuvent diminuer ou disparaître après la mort. Or ces phénomènes d'infiltration ont dans l'espèce une importance considérable. Quoiqu'ils soient secondaires, la gravité de l'affection dépend d'eux parfois plus que de la lésion initiale.

La matière purulente peut être à l'état d'infiltration, ou collectée, de manière à former un abcès ou plusieurs petits abcès.

« Tantôt le tissu est simplement infiltré d'une sérosité purulente blanchâtre, ayant l'apparence du petit-lait. » (Sestier.)

« D'autres fois les bourrelets sont durs; ils offrent un aspect blanchâtre presque nacré et ayant l'apparence de tubercules non encore ramollis. » (Sestier.) « Parfois encore les bourrelets, également durs et résistants, offrent une muqueuse lisse, pointillée de taches rouge brun et parsemée de taches blanchâtres qui simulent des pseudo-membranes; leur dissection montre d'abord la muqueuse épaissie et plus ou moins gorgée de sang, puis au-dessous un plasma jaune verdâtre disposé par couches stratifiées. » (Dudefoy.)

Parfois, mais exceptionnellement, le pus a le temps de se col-

lecter en un ou plusieurs petits abcès, du volume d'un pois ou d'une noisette. Les accidents évoluent avec une telle rapidité que ces abcès n'ont pas toujours le temps de se former.

Ces abcès ont été à diverses reprises examinés au point de vue bactériologique: on y a trouvé des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, ces derniers dans un cas où il y avait en même temps une pneumonie.

**Signes.** — La maladie ne se présente pas toujours avec la même physionomie, il y a des formes bénignes et des formes graves.

Mais voici la marche habituelle. Les accidents débutent avec une grande brusquerie, fièvre, douleur, dysphagie et surtout dyspnée. Parfois ce brusque début n'est qu'apparent, et l'on peut retrouver dans les commémoratifs, que les jours précédents le malade souffrait de la gorge et avalait avec quelque difficulté. Mais souvent il s'agit d'individus frappés en pleine santé, qui le jour même avaient pu aller à leur travail. Les phénomènes revêtent bien vite un caractère très alarmant. La dyspnée augmente, s'accompagnant de tirage, de cornage, d'angoisse, de sueurs froides. C'est surtout l'inspiration qui est gênée. L'expiration s'effectue avec une facilité relative.

La difficulté de la déglutition est aussi considérable. Les mouvements du larynx, de la langue, du cou réveillent de vives douleurs.

L'exploration par la vue ne révèle souvent rien de bien anormal, à part quelquefois un peu de rougeur du pharynx et des amygdales; l'introduction du doigt jusque derrière l'épiglotte fait percevoir les replis aryéno-épiglottiques, infiltrés, tuméfiés et enraidis.

On a pu, dans certains cas, faire l'examen laryngoscopique, bien que cet examen présente ici de grandes difficultés, et puisse même déterminer quelques accidents, tels que syncope ou accès de suffocation. On a constaté alors, *de visu*, le nivellement des gouttières latérales du pharynx, l'épaississement des replis aryéno-épiglottiques, déformant et rétrécissant l'orifice supérieur du larynx, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse pharyngienne, derrière le larynx.

Dans certaines formes, à évolution lente et relativement bénigne, on aurait pu reconnaître, au laryngoscope, la présence et le siège des petits abcès. Ce sont les cas favorables, dans lesquels on peut espérer sauver son malade. Mais les formes graves sont plus communes et se terminent fréquemment par la mort. Celle-ci peut survenir de différentes façons, ou bien par asphyxie graduelle, lente et progressive, ou bien par syncope, ou bien par diffusion du processus inflammatoire aux parois du pharynx et au tissu cellulaire péripharyngien.

**Diagnostic.** — Reconnaître un phlegmon pharyngo-laryngé n'est pas toujours chose facile, puisqu'en présence du malade, amené d'urgence le plus souvent, on aura à songer à toutes les causes de dyspnée d'origine laryngée, tumeurs, syphilis, tuberculose, œdème d'origine brightique, corps étrangers, etc. Mais la brusquerie même



des accidents permettra d'éliminer un certain nombre de ces affections, la température élevée fera songer à une maladie inflammatoire, les commémoratifs viendront en aide dans une certaine mesure, la dysphagie et le siège des douleurs appelleront l'attention dans le pharynx inférieur, la constatation par le toucher pharyngien de l'épaississement des replis aryéno-épiglottiques, la douleur déterminée en pressant sur les parties latérales du larynx, comme si on voulait rapprocher les deux bords postérieurs du cartilage thyroïde, mettront sur la voie du diagnostic.

**Traitement.** — En présence des accidents dyspnéiques, on est conduit à faire la trachéotomie d'urgence, qui empêche le malade de mourir d'asphyxie. Mais on est fort désarmé contre la maladie elle-même. Dans le plus grand nombre des cas, l'on doit se borner à soutenir l'état général, et à calmer les douleurs. Chez les plus favorisés, l'œdème rétrocede, l'état général se maintient, l'abcès se collecte et s'évacue spontanément, et la guérison survient. Il faudrait, bien entendu, inciser cet abcès si le laryngoscope en avait décelé la présence. On peut dire, en somme, que le pronostic dépend surtout de la forme de la maladie, et que ce pronostic doit toujours être réservé.

**D. Phlegmons infectieux du pharynx** (1). — Les phlegmons infectieux du pharynx, étudiés par Sénator, Landgraff, Baruch, Merklen, etc., ne doivent être confondus avec aucune inflammation plus ou moins circonscrite du tissu cellulaire pharyngo-laryngé. Ils ont, en effet, une physionomie tout à fait à part.

L'inflammation revêt, dans la forme qui nous occupe, une marche foudroyante et une gravité telle que tous les cas connus se sont terminés par la mort. C'est une affection dont l'allure rappelle un peu celle de certains phlegmons infectieux du plancher de la bouche.

On trouve à l'autopsie du pus infiltré dans l'épaisseur du pharynx, dans tout le tissu cellulaire qui l'entoure, parfois jusque dans le médiastin, avec çà et là des points mortifiés.

Cliniquement l'affection débute comme une maladie infectieuse au premier chef, avec fièvre, délire, douleurs, frissons, albumine dans les urines; le pharynx est rouge, tuméfié dans toute son étendue, la dysphagie considérable. La dyspnée peut être extrême; mais elle peut manquer ou être intermittente. Le cou habituellement est empâté, tuméfié, douloureux, d'un seul ou des deux côtés. Mais ce symptôme lui-même n'est pas constant. L'attention est alors attirée seulement du côté de la cavité pharyngienne et les lésions péripharyngiennes se montrent comme une surprise d'autopsie.

(1) SÉNATOR, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — LANDGRAFF, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — BARUCH, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888. — JOANNES SCHWAMM, thèse de Munich, 1888. — MASSEL, *Congrès de Berlin*, 1890. — MERKLEN, *Soc. méd. des hôp.*, 1890. — SAUVINEAU, *Soc. anat.*, 1891.

Tout traitement est impuissant à conjurer ces terribles accidents, dont la mort a été jusqu'à présent la terminaison constante.

**E. Phlegmon de la loge glosso-thyro-épiglottique** (1). — L'inflammation de la loge celluleuse comprise entre la base de la langue et l'hyoïde d'une part, l'épiglotte de l'autre, a fait l'objet d'un mémoire important de MM. Brault et Brousses qui ont donné, de cette variété rare de phlegmon à point de départ bucco-pharyngien, une description, que les travaux de Vidal et Sestier avaient laissée incomplète.

Or il s'agit d'une affection fort sérieuse qui, méconnue, peut déterminer les plus graves accidents. De la loge où elle a pris naissance, l'inflammation peut se propager vers les voies respiratoires et déterminer des phénomènes d'asphyxie par refoulement de l'épiglotte et infiltration œdémateuse des replis aryéno-épiglottiques, créant ainsi un danger immédiat et formidable. Elle peut en outre envahir le cou et le plancher buccal. A cette dernière période il est à peu près impossible de reconnaître l'origine du phlegmon, mais au début, il aurait une symptomatologie propre. D'après MM. Brault et Brousses, dans ce premier stade de l'affection, 1° la tuméfaction et la douleur seraient circonscrites à une petite étendue du cou, à l'union des régions sus et sous-hyoïdiennes, si bien qu'au point de vue symptomatique, cette localisation semble établir un trait d'union entre les phlegmons rangés classiquement en sus et sous-hyoïdiens; 2° d'autre part, on constaterait « une légère infiltration de la région glosso-épiglottique », sans que toutefois l'exploration digitale permette de sentir à ce niveau ni soulèvement marqué ni collection; 3° il y aurait enfin, et ces constatations sont de la plus haute importance pour le diagnostic, intégrité complète de la langue et du plancher buccal.

Indépendamment du caractère infectieux que ce phlegmon est sans doute susceptible de revêtir dans certains cas, le pronostic est assez alarmant à cause de l'intensité des phénomènes respiratoires. Aussi faut-il donner issue au pus par une intervention. C'est par l'extérieur qu'il faut aller à sa recherche, et pour cela faire une incision sus-hyoïdienne et aller couche par couche jusqu'au foyer, en sectionnant s'il le faut une partie des insertions de la langue à l'os hyoïde.

## V. — TUMEURS

### I. — TUMEURS DES LÈVRES.

Les lèvres peuvent être le siège de tumeurs très variées, qu'on peut ranger en deux groupes, celles qui sont bénignes et celles qui ne le sont pas. Cette division n'est sans doute pas rigoureuse, mais

(1) BRAULT et BROUSSES, *Rev. de clin.*, 1893.