

et nous pouvons marquer les limites d'une collection purulente que nous ouvrons vers le crâne et où nous prélevons, pour l'étude bactériologique, une certaine quantité de liquide. Un second foyer semble se dessiner trois jours après en amont du premier, et une incision nouvelle y est pratiquée; mais le centre de la tuméfaction était encore aussi dur; il y a trois jours à peine, sa consistance a diminué; une nouvelle ponction a été faite au bistouri et drainée, et c'est à partir de ce moment que nous avons vu les bords du phlegmon chronique s'affaisser, les téguments s'assouplir, la rougeur s'atténuer; il nous faut cette disparition graduelle du mal pour dissiper nos craintes, car cette coloration, cette résistance, l'aspect de la tuméfaction nous faisaient, à chaque examen, redouter l'existence d'une dégénérescence cancéreuse.

Mais voyez combien lente est l'évolution de notre phlegmon ligneux: les premières atteintes se sont montrées vers le 10 mai; nous voici tout à la fin de juillet et nous avons encore une plaque dure et rouge; certainement elle a diminué de volume et d'épaisseur, elle n'a plus guère comme étendue que 4 à 5 centimètres de côté, et nous ne trouvons plus de bourrelets saillants à ses limites, mais une tuméfaction notable n'en persiste pas moins, et le mal a près de trois mois de date. Je m'imagine qu'une thérapeutique plus active aurait pu hâter la guérison et, le cas échéant, je me propose de traiter le phlegmon ligneux par des ponctions multiples au thermocautère.

L'examen bactériologique a été fait dans le labora-

toire de M. Cornil, par mon élève, M. Tixeront, et voici un court résumé de la note qu'il m'a remise: avec le pus recueilli dans nos deux pipettes, on a préparé six lamelles; deux sont réservées pour les recherches par coloration simple, les quatre autres sont destinées à subir l'épreuve de la double coloration. L'examen par la coloration simple avec la solution aqueuse du bleu de méthylène à froid, montre quelques diplocoques disséminés dans le champ microscopique et deux ou trois chaînettes du même diplocoque; en somme, on constate que ce pus est peu chargé en micro-organismes. La double coloration ne décèle aucun bacille tuberculeux, mais la préparation est remplie de diplocoques disséminés, ou en chaînettes, ou agglomérés, et quelques-uns sont inclus dans les leucocytes. Le pus renferme donc un micro-organisme, difficilement colorable, propriété qu'il doit sans doute à une membrane d'enveloppe qui se dissout par la chaleur, et le bacille devient alors colorable. En effet, lorsqu'on prend deux lamelles chargées de pus, et qu'on les frotte l'une contre l'autre, si on traite l'une par du bleu de méthylène concentré à froid, et l'autre par du bleu de méthylène très étendu à chaud, on ne trouve que de rares diplocoques dans la première, tandis que la seconde en montre un très grand nombre.

On a fait desensemencements dans du bouillon, sur de la gélatine et sur de l'agar-agar. Les cultures ont été lentes à se développer. Cependant, au troisième jour, le bouillon était légèrement trouble, et il s'était développé quelques rares colonies sur la gélatine et dans l'agar-agar. Elles n'avaient nullement l'aspect des streptoco-

ques, des staphylocoques et des diplocoques des suppurations ordinaires; tel du moins a été l'avis des plus compétents des hôtes du laboratoire, et voilà pourquoi nous avons copié cette note. De nouvelles recherches sont nécessaires; de nouvelles cultures vont être faites, puis des inoculations sur des animaux pour voir si ces microbes sont pathogènes et reproduisent quelque chose d'analogue au phlegmon chronique que nous avons observé. Évidemment, sur un seul examen bactériologique, nous ne saurions prétendre que notre phlegmon ligneux de la région cervicale soit dû à un micro-organisme spécifique. Nous nous bornons à donner l'examen bactériologique tel quel, en faisant appel à de nouvelles études et à de nouvelles observations.

Nous n'oserions, sur des observations si brèves, si peu précises pour la plupart et si notoirement incomplètes, essayer de tracer un tableau d'ensemble des phlegmons ligneux du cou. Dans le fait où la mort, consécutive à un œdème de la glotte, nous eût permis des recherches anatomo-pathologiques minutieuses, l'autopsie ne put être pratiquée par suite du refus formel de la famille; dans un seul de nos quatre cas, l'examen du pus a été fait. C'est vraiment trop peu; aussi nous bornerons-nous à dire qu'il s'agit probablement d'une infection microbienne portant à la fois sur le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans notre dernier fait, un ganglion induré depuis quatre ans paraît avoir été le point de départ de cet envahissement progressif de la peau et du tissu sous-cutané. Mais les foyers de suppuration ont eu pour siège, non un ganglion central,

mais des points situés à la périphérie de la plaque phlegmoneuse.

Que dire de l'étiologie et qu'en savons-nous? Dans aucun de nos premiers cas, l'enquête n'a été suffisante, et nous ignorons quelle a été la cause occasionnelle ou efficiente du développement du mal. Il ressort toutefois de mon souvenir qu'il s'agissait toujours de vieillards ou d'individus usés et sous le coup de tares viscérales. Aucun cependant n'avait, dans l'urine, ni albumine, ni sucre, car l'examen en a toujours été fait. Ce phlegmon me paraît analogue — et c'est ce que l'observation ultérieure devra éclaircir — à ces anthrax plats, à réaction lente, eux aussi d'une consistance de bois, qui ont été vus et signalés depuis longtemps et qui me paraissent avoir plus d'un point de contact avec mon phlegmon ligneux du cou. Pour ceux-là comme pour ceux-ci, il faudrait déterminer si leur forme et leur évolution sont dues au terrain sur lequel ils se développent ou à leur micro-organisme pathogène. Nous ne sommes pas encore en mesure de résoudre ce problème.

Quant au tableau clinique, il a été le même dans tous les cas: c'est toujours au cou, tantôt sur les parties latérales, tantôt en avant que le phlegmon ligneux s'est développé, et toujours il a occupé une large surface; toujours son développement a été lent et la masse, d'un rouge vineux ou violacé, s'est accrue sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables; mais les signes cardinaux du phlegmon ont fait défaut ou ont été très atténués, et si la rougeur et le gonflement existent toujours, la chaleur n'est pas très intense et la douleur

manque presque totalement. En tous cas, elle n'est nullement en rapport avec l'étendue du phlegmon. Puis l'évolution est remarquablement lente : la plaque, d'une résistance qui rappelle celle du cancer à cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer la moindre trace de suppuration. Ce n'est qu'au bout de quatre, de cinq ou de six semaines que l'œdème apparaît, puis des foyers de suppuration se forment. Il peut s'y en trouver plusieurs, qui évoluent séparément ou se réunissent en une collection unique.

Et si j'insiste sur cette marche anormale et sur cet aspect particulier, c'est que, à première vue, et même après un examen plus minutieux, on pourrait se tromper sur la nature du mal. Dans nos quatre cas, j'ai toujours redouté l'existence d'une tumeur maligne ; cette crainte a même persisté après l'apparition de la fluctuation et l'ouverture des abcès. On sait, en effet, que dans les dégénérescences épithéliales de la région cervicale, des collections purulentes ne sont pas rares, dues sans doute à des inoculations par les lymphatiques de la bouche et à quelque association bactérienne. Nous en avons vu de très nombreux exemples dans les ganglions sous-maxillaires ou carotidiens envahis consécutivement au cancer de la langue. Et voilà pourquoi, dans nos quatre observations, notre sécurité n'a été complète qu'après la guérison de notre phlegmon ligneux. Et c'est long, car deux mois, ou même trois, sont souvent nécessaires.

J'en ai fini avec cette variété, à ma connaissance, non décrite, du phlegmon ligneux de la région cervicale. Et je puis résumer cette conférence en quelques lignes fort

courtes : il se développe parfois, dans la région cervicale, sous l'influence de causes que nous ne connaissons guère, mais parmi lesquelles la cachexie paraît jouer un rôle, un phlegmon d'une allure particulière et caractérisé par son évolution lente et la dureté ligneuse que prennent les téguments. Aussi pourrait-on le confondre avec une tumeur maligne de la peau. Dans le seul cas où l'examen bactériologique a été fait, on a trouvé un diplocoque paraissant différer par de nombreux caractères des microbes habituels de la suppuration.

IV

Tétanos céphalique.

MESSIEURS,

Le tétanos *céphalique* se caractérise par les trois symptômes suivants : il a pour origine une blessure du territoire des nerfs craniens ; les contractures restent cantonnées dans les muscles innervés par ces nerfs ; il s'accompagne d'une paralysie faciale, signe presque paradoxal, puisque le tétanos classique a toujours pour conséquence la contracture et jamais la paralysie. Cette forme est décrite sous des noms très différents : tétanos *paralytique* et *trismus hémiplegique*, pour indiquer la paralysie faciale ; tétanos *hydrophobique*, pour rappeler la dysphagie et les spasmes laryngiens, qui se montrent souvent ; nous pensons même que certaines observations de *trismus unilatéral* ou de tétanos *partiel* se rapportent au tétanos céphalique.

L'obscurité qui règne encore sur ce sujet nous engage à publier les cas inédits que nous possédons, et, en particulier, un fait récent que nous avons observé avec MM. Verneuil, Cettinger et Brissaud. Le voici : une femme de cinquante-six ans, métayère à Orion, petit hameau du Béarn, avait, depuis deux jours, sur la lèvre inférieure, une ulcération de la muqueuse provoquée

par une incisive cariée ; dans la nuit du 9 septembre courant, elle prit froid en entretenant, dans les champs de maïs, les feux allumés pour éloigner les sangliers et les blaireaux ; elle rentra chez elle frissonnant et mal à l'aise, et, dès le matin, la lèvre inférieure enflait ; la malade ouvrait moins facilement la bouche et ne pouvait plus avaler que des liquides ; aussi prend-elle le lit le lendemain 11 ; le 12 elle veut se lever, mais elle ressent une douleur intense dans la mâchoire qui s'immobilise et le cou devient raide. Au bout de quelques heures les souffrances s'apaisent, mais la contracture persiste. La famille, effrayée, vient me prier d'aller voir la malade, et le 14 au matin, voici ce que je constate :

Elle est assise dans son lit, le dos soutenu par plusieurs oreillers ; la tête est fixe, immobile, maintenue dans la rectitude par les muscles antérieurs et postérieurs également contracturés ; sous la peau ridée de la région, on voit les cordes saillantes du trapèze en arrière, et, en avant, des sterno-mastoidiens. Leur rigidité est continue et, à aucun moment, une détente de l'un des groupes antagonistes ne permet la flexion ni l'extension. La face est vraiment hideuse ; la lèvre inférieure est doublée ou triplée de volume ; la moitié droite de la figure est lisse, inerte, sans ride et largement étalée, tandis que la gauche est tirée en haut et en dehors, creusée de sillons profonds ou soulevée par la saillie des muscles. Ce côté, dont la grimace est décrite sous le nom de « rire sardonique », contraste singulièrement avec la flaccidité du côté droit, immobilisé par la paralysie faciale. La respiration est facile, mais la déglutition est fort pénible ; elle n'est possible que pour les

liquides, et encore réveille-t-elle un spasme douloureux.

L'existence de cette plaie de la muqueuse labiale, et l'apparition, à l'occasion d'un coup de froid, de cette rigidité des muscles de la mâchoire et de la nuque, cette paralysie faciale du côté droit, ce trismus et ce rire sardonique à gauche, me firent porter le diagnostic de tétanos céphalique que devaient confirmer les jours suivants MM. Verneuil, Brissaud et Ettinger; le repos absolu, la plus grande tranquillité, le chloral à haute dose furent prescrits, et le 15, le 16, le 17 et le 18 la situation reste à peu près stationnaire; le 19, la malade croit pouvoir se lever, mais à peine est-elle assise auprès du feu, qu'une douleur violente éclate au niveau des deux bras dont les contractions permanentes s'accompagnent de redoublements convulsifs. La respiration devient très difficile; le creux épigastrique est le siège d'une souffrance vive et le diaphragme paraît atteint. Heureusement cette crise ne dure que quelques heures, et s'apaise dès le lendemain sous l'influence de doses massives de chloral.

A partir de ce moment, l'état s'améliore peu à peu; la paralysie faciale s'atténue la première, puis le rire sardonique; la dysphagie est presque nulle, la douleur au niveau du creux épigastrique est moindre, et les muscles de la nuque font, sous la peau, des saillies moins accentuées. Le 4 octobre, M. Ettinger revoit la malade; il existe encore une légère contracture du trapèze et des sterno-mastoïdiens, mais les mouvements de rotation de la tête sont faciles; le trismus permet un écartement des mâchoires suffisant pour livrer passage à la langue. Le 9 octobre, il faut un examen minutieux pour retrou-

ver ces symptômes presque effacés. Enfin, le 16 octobre, les contractures ont disparu; la malade, quoique encore affaiblie, se lève; on a cessé l'emploi du chloral et tout permet de croire à une guérison complète de cette attaque de tétanos céphalique. Au 1^{er} novembre elle est absolue.

Ce fait n'est point le seul que j'aie observé; en voici un second encore inédit: le 26 mars 1886, un journalier de quarante-trois ans entre à Broussais pour des brûlures de la face, de la main et du pied. Celles de la face sont les plus graves; elles ont détruit, à gauche, la paupière supérieure et la peau qui recouvre l'os malaire.

L'état général semblait cependant assez bon, lorsque, le 15 avril, le malade accuse un peu de dysphagie; il ouvre assez facilement la bouche pour nous permettre d'examiner le pharynx qui nous paraît normal; le 14, la dysphagie augmente et s'accompagne de quintes de toux fort douloureuses; puis le trismus apparaît et ne nous laisse plus de doute sur la nature de la maladie. Il s'agit d'un tétanos céphalique que souligne l'existence d'une légère paralysie faciale. Nous entourons le malade de ouate, nous l'isolons dans une chambre noire, et nous lui administrons des doses massives de morphine et de chloral.

Ce traitement reste sans effet: le trismus et la paralysie faciale persistent; la dysphagie s'exagère au point que toute ingestion, même de liquide, est devenue impossible; les quintes de toux sont de plus en plus pénibles. L'appréhension de ces crises terrifie le malade au point que lorsqu'il voit un verre, ou même lorsqu'on lui parle de boire, il est pris d'une véritable attaque d'hydrophobie; le ventre est immobile, creusé en bateau;