

On a beaucoup critiqué l'expression d'angine en faisant observer qu'il s'agit en réalité d'un phlegmon du plancher de la bouche, et cependant il y a un grand fond de vérité dans cette dénomination, car en étudiant de près les observations, on constate que le début de la maladie a toujours été une angine qui, ayant duré seulement quelques jours, a disparu au moment où apparaissent les symptômes du phlegmon : l'infection est partie de là. L'agent infectieux paraît être le *streptocoque* qui vit normalement dans la bouche à l'état de saprophyte et dont les propriétés virulentes se sont exaltées à un moment donné sous une influence inconnue; peut-être y trouvera-t-on le *bacille de la gangrène gazeuse*, le *vibrion septique anaérobie* de Pasteur.

Voici un court tableau clinique de cette redoutable maladie :

La région sus-hyoïdienne est très tuméfiée, d'un ou des deux côtés. Elle offre au toucher une dureté ligneuse qui semble se continuer avec celle du maxillaire — la peau n'est ni rouge ni œdématisée et conserve longtemps sa mobilité, ce qui prouve que le foyer est profond. La muqueuse buccale présente un bourrelet dur qui refoule la langue en haut et en arrière.

Douleur intense — température allant jusqu'à 41° — grands frissons — dyspnée — insomnie et délire. — La mort peut survenir après trois ou quatre jours.

Le salut du malade est dans une intervention rapide et énergique — n'attendez pas la fluctuation. Incisez la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane, au besoin latéralement. Traversez le muscle mylo-hyoïdien et pénétrez jusqu'au-dessous de la langue.

Peut-être ne sortira-t-il pas de pus. Le plus souvent, c'est de la sanie brunâtre, fétide, parfois mélangée de gaz et de débris musculaires sphacelés.

Badigeonnez ensuite largement le foyer avec de la teinture d'iode.

La région sus-hyoïdienne présente une *direction* différente suivant que la tête est dans l'attitude normale, dans la flexion, ou dans l'extension. Dans le premier cas, sa direction est sensiblement horizontale; elle est oblique de bas en haut dans le second, et, dans le troisième, oblique en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas. Aussi, pour l'explorer, pour y pratiquer des opérations, faut-il renverser fortement la tête en arrière.

Dans l'attitude normale, la région sus-hyoïdienne se trouve, en quelque sorte, protégée et masquée par la saillie de la mâchoire inférieure, ce qui rend compte de la rareté des plaies qu'on y observe; pour produire ces plaies, l'instrument devrait être tenu verticalement et pénétrerait alors dans la cavité buccale. Si la tête était dans l'extension et que le corps vulnérant agit horizontalement, ce dernier pourrait pénétrer dans le pharynx et intéresser l'épiglotte.

Certains chirurgiens suivent de préférence la région sus-hyoïdienne pour enlever les cancers de la langue.

La région sus-hyoïdienne présente normalement une surface légèrement courbe dont la concavité regarde en bas; cette surface peut, au contraire, être convexe dans le même sens. La forme de la région est, d'ailleurs, variable suivant les sujets, surtout suivant le degré d'embonpoint; on y observe parfois des plis cutanés chargés de graisse, qu'on désigne vulgairement sous le nom de double ou triple menton.

Lorsque les téguments ont été enlevés et les muscles disséqués (voir. fig. 130 et 131), on constate que la région sus-hyoïdienne est limitée en arrière par les