

toxique et microbicide (NICOLAS), puisqu'il va porter atteinte à la vitalité des bacilles de Löffler qui, comme on le sait, restent dans la fausse membrane. La sérothérapie a considérablement abaissé dans ces trois dernières années la mortalité par diphtérie, surtout dans les hôpitaux d'enfants.

Par quel mécanisme physiologique se produit l'immunisation du cheval? On admet qu'il se forme dans son organisme, sous l'influence des doses répétées de toxine, une substance très active, antagoniste de celle-ci et capable d'en neutraliser les effets: on la désigne sous le nom d'*antitoxine*. C'est elle qui, injectée à l'homme, avec le sérum qui la contient, lui confère immédiatement l'immunité. Cette antitoxine n'est pas une sorte de transformation chimique de la toxine; c'est un produit nouveau, élaboré par toutes les cellules de l'organisme et notamment par les leucocytes pour se défendre contre le microbe et ses produits solubles. Elle ne détruit pas, ne neutralise pas chimiquement la toxine, mais elle s'oppose à ses effets nocifs soit en activant la phagocytose, soit en exaltant les propriétés bactéricides et antitoxiques du sérum.

Le traitement de la diphtérie ne se résume pas tout entier dans la sérothérapie; on doit encore prescrire de fréquents lavages de la bouche avec une solution antiseptique (acide salicylique à 3 p. 1000), relever l'état général par l'alcool et les toniques, enfin traiter les complications dès leur début. Le *croup* nécessite une intervention spéciale: le *tubage* (t. II, p. 29) ou la *trachéotomie*.

C. PROPHYLAXIE. — L'isolement des malades atteints de croup ou de diphtérie pharyngée doit être aussi précoce que possible, à cause de la grande contagiosité de l'affection; il faut aussi se rappeler que ces malades, une fois guéris, portent encore pendant plusieurs semaines des bacilles de Löffler virulents dans leur bouche et leurs fosses nasales, d'où la nécessité d'isoler les convalescents ou tout au moins de ne pas les renvoyer directement à l'école.

Les fausses membranes ne doivent pas être projetées sur le sol ou crachées dans un mouchoir, mais recueillies dans des

crachoirs et stérilisées. Les instruments, les vêtements du personnel qui approche les malades, les salles ou les appartements doivent être désinfectés par le sublimé, l'acide sulfureux ou la formaldéhyde. Dans quelques cas on a pratiqué des injections prophylactiques de sérum, mais leur action préservatrice n'est que transitoire.

ARTICLE II

ANGINES AIGUËS

Ces angines comprennent l'amygdalite aiguë, les angines secondaires aux maladies infectieuses, les angines à fausses membranes, l'angine herpétique.

§ 1. — AMYGDALITE AIGUË

La muqueuse de l'amygdale forme de nombreux replis et des cryptes. Les divers microorganismes apportés par les aliments ou par l'air inspiré, et surtout ceux qui descendent avec les sécrétions du pharynx nasal, se trouvent dans les meilleures conditions de pullulation: c'est ce qui explique l'extrême fréquence des infections amygdaliennes.

1° Étiologie et pathogénie. — L'amygdalite aiguë est surtout fréquente chez les enfants; il en est chez lesquels elle récidive avec une ténacité remarquable.

Les amygdales hypertrophiées, friables et facilement inoculables, constituent une prédisposition; mais cette hypertrophie résulte elle-même de poussées aiguës répétées. Il est probable que l'amygdale se laisse inoculer par les sécrétions qui descendent du pharynx nasal, où se développent les microbes apportés par l'air inspiré. Ceux qui peuplent ses anfractuosités (microbisme latent) peuvent aussi, sous l'influence de causes diverses, acquérir de la virulence et devenir ainsi pathogènes.

Le froid et l'humidité jouent un grand rôle dans l'apparition de l'amygdalite. Elle succède souvent à un coryza ou à une opération sur la muqueuse nasale (RUAULT).

Tantôt elle évolue isolément pour son propre compte; tantôt elle n'est que le prélude d'une maladie générale, telle que la grippe, etc.

Toutes les angines aiguës sont des maladies infectieuses; cette nature infectieuse est démontrée par leur contagiosité, par l'engorgement ganglionnaire, par leurs complications à distance (néphrite analogue à celle des maladies infectieuses, pseudorhumatisme, manifestations du côté des séreuses, méningites, endocardites, etc.).

Il n'existe pas de microbe spécifique de l'angine catarrhale aiguë; le streptocoque de l'érysipèle a été vu par FUMBRINGER et par HANOT, le pneumocoque virulent par HANOT, par RENDU et par JACCOUD, le staphylocoque par d'autres observateurs.

Une réceptivité particulière est probablement nécessaire comme pour toutes les autres maladies infectieuses. Parmi les causes qui favorisent l'invasion microbienne le froid est certainement la plus importante.

2° Symptomatologie. — Souvent ce sont des troubles de l'état général qui ouvrent la scène: insomnie, malaise, courbature, nausées, anorexie, état saburral de la langue, céphalalgie, gêne des mouvements du cou, frissons, élévation de la température. L'ensemble de ces divers troubles est décrit sous le nom de *fièvre préamygdalienne*. — Dans d'autres cas, ce sont les symptômes locaux qui s'installent d'emblée.

a. *Symptômes fonctionnels.* — Le malade éprouve dans la gorge une sensation de chaleur et de sécheresse, puis une *douleur* continue, considérablement augmentée par la pression en arrière de l'angle de la mâchoire et par les mouvements de *déglutition*: celle-ci, de plus en plus douloureuse, même pour les liquides et la salive, finit par devenir impossible, et ce n'est qu'au prix de pénibles efforts que le malade arrive à ingurgiter un peu de boisson. Le pharynx et la bouche sécrètent un mucus épais,

filant et visqueux, qui provoque d'incessants efforts de déglutition ou d'expuition. L'haleine est mauvaise et plus ou moins fétide. La *voix* est nasonnée, ce qui tient à la gêne des mouvements du voile du palais; en même temps elle est étouffée, à cause de la tuméfaction de la muqueuse du pharynx qui ne peut plus remplir son rôle de résonateur.

La douleur se propage vers les oreilles; elle s'accompagne de bourdonnements et d'un certain degré de *surdité*. Ces troubles fonctionnels sont dus à l'obstruction de la trompe d'Eustache dont l'orifice pharyngien participe à l'inflammation. Il est, en effet, tapissé d'un tissu réticulé analogue à celui de l'amygdale et connu sous le nom d'amygdale tubaire ou de Gerlach.

Un *trismus* intense rend difficile et très douloureux l'écartement des mâchoires.

b. *Signes objectifs.* — L'examen direct donne des résultats variables.

Dans l'*angine érythémateuse* ou catarrhale, la plus fréquente, la muqueuse pharyngienne et les amygdales sont injectées, d'un rouge vif; celles-ci sont passablement saillantes. La paroi postérieure du pharynx présente, de chaque côté de la ligne médiane une saillie verticale, due à la tuméfaction de la muqueuse, et parallèle aux piliers postérieurs: c'est le *faux pilier postérieur*. La luette est allongée et œdématisée.

Dans l'*angine pultacée* les amygdales sont recouvertes d'un enduit crémeux, qui débute au niveau de leurs cryptes, d'où le nom d'angine à *points blancs*. Plongé dans l'eau cet enduit se désagrège rapidement, au lieu de résister comme le ferait une fausse membrane.

Dans l'*angine phlegmoneuse* ou suppurée, la tuméfaction d'une amygdale, plus rarement des deux, est très prononcée; sa surface est lisse, tendue; elle bombe fortement au-dessous du pilier antérieur œdématisé qu'elle soulève et déforme, en même temps qu'elle touche la luette et atteint la ligne médiane.

Le gonflement du pilier antérieur et de la partie du voile contiguë atteint son maximum dans la *periamygdalite* suppurée; l'amygdale est alors refoulée en dedans par le pus collecté entre elle et les parois de sa loge.

c. *État général.* — L'état général est celui d'une maladie infectieuse ; la fièvre se maintient entre 39° et 39°,5 ; la céphalalgie et l'état nauséux sont la règle.

3° Évolution et pronostic. — La maladie met quatre ou cinq jours pour arriver à son apogée ; elle s'y maintient deux jours environ ; puis tous les symptômes décroissent rapidement. Son évolution ne dépasse ordinairement pas un septenaire. Sa défervescence est brusque, son tracé thermique comparable à celui d'une pneumonie. L'angine se termine généralement par la résolution ; chez un grand nombre de sujets, ce n'est là qu'une guérison apparente : tous les ans, tous les mois, aux changements de saisons, reparait une nouvelle angine (*amygdalites à répétitions*).

Dans l'*angine phlegmoneuse*, qui reconnaît une étiologie analogue, les symptômes fonctionnels et la salivation sont plus pénibles ; l'état général est plus grave, la température oscille entre 40° et 41°. La surface de l'amygdale est lisse, sèche, tendue ; le pus finit par s'ouvrir un passage vers la muqueuse ; cette issue est suivie d'une détente marquée et la pression sur l'amygdale ou sur la partie latérale du cou fait sourdre du pus en arrière du pilier antérieur. Dans les cas malheureux, le pus ne peut se frayer un passage au dehors ; il se propage vers le larynx, produit l'asphyxie par infiltration de la région sus-glottique, ou une hémorragie foudroyante par ulcération des gros vaisseaux du cou.

4° Complications : amygdalites infectieuses. — Indépendamment des complications locales dues à l'extension du processus phlegmatique (œdème de la glotte, suppuration, etc.), les angines aiguës peuvent s'accompagner d'une série de complications à distance, indices de l'atteinte générale de l'organisme. Lorsque ces complications sont nombreuses et importantes, elles donnent à la maladie un caractère tout particulier de gravité, et on désigne ces formes sous le nom d'*amygdalites infectieuses*, bien qu'entre elles et l'angine la plus bénigne il y ait tous les intermédiaires. Ces complications sont les suivantes :

a. La *néphrite* : l'albuminurie est très fréquente au cours ou à la fin de l'amygdalite aiguë, et les urines contiennent de nombreux microbes : tantôt elle est passagère et ne dure que quelques jours ; tantôt il s'agit d'une néphrite aiguë susceptible de passer à l'état chronique et d'entraîner des lésions irrémédiables. Cette néphrite infectieuse d'origine amygdalienne (BOUCHARD) est surtout à redouter dans les angines à répétition ; beaucoup de néphrites chroniques qu'on ne sait à quoi attribuer ne reconnaissent pas d'autre cause.

b. Les *douleurs articulaires* généralisées avec gonflement. Elles constituent une variété de *pseudo-rhumatisme infectieux*.

c. La *pleurésie*, la *péricardite* et l'*endocardite* valvulaire (FRENKEL, FURBRINGER).

d. L'*orchite* ou l'*ovarite*.

e. Les *paralysies* (GUBLER), des *méningites*, etc.

En général, plus la réaction locale est importante, moins ces complications sont à redouter ; ainsi elles sont exceptionnelles dans l'amygdalite phlegmoneuse.

5° Traitement. — Contre la fièvre préamygdalienne et les phénomènes généraux on donnera de l'antipyrine (4 grammes) ou de la quinine (1 gramme à 1gr,50). Les phénomènes locaux réclament un traitement calmant : pulvérisations et gargarismes à la cocaïne ou à l'infusion de feuilles de coca. L'eau bicarbonatée en gargarismes (à 10 grammes par litre) dissout le mucus qui tapisse la gorge. L'amygdalite suppurée nécessite le plus souvent l'incision. On devra instituer sans retard le régime lacté si on constate de l'albuminurie post-amygdalienne.

Pour prévenir le retour des poussées, le meilleur traitement consiste dans l'ablation des amygdales ; il faut opérer à froid, c'est-à-dire dans l'intervalle de deux poussées aiguës. Chez l'adulte, cette ablation ne doit pas être faite à l'amygdalotome, parce que les vaisseaux, maintenus béants par le tissu de sclérose qui les environne, donnent du sang en abondance, mais à l'anse galvanique ou mieux encore *par morcellement*. On peut aussi recourir à la galvanopuncture, qui transforme l'amygdale en tissu fibreux, mais cette manière de faire a l'inconvénient de

produire des adhérences et d'exposer le malade par la suite à des abcès très douloureux en cas de récurrence.

§ 2. — ANGINES AIGUES SECONDAIRES AUX MALADIES INFECTIEUSES

L'amygdalite aiguë, la diphtérie, certaines angines à fausses membranes représentent des angines infectieuses primitives, c'est-à-dire des infections qui frappent d'abord le pharynx. Les angines infectieuses secondaires ou symptomatiques ne sont au contraire que la localisation pharyngée d'une infection déjà existante : on les observe dans la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre herpétique, la tuberculose, la syphilis. En raison de leur importance ces dernières sont décrites dans des articles spéciaux, d'autant qu'elles peuvent être quelquefois primitives.

1° Angine de la scarlatine. — L'angine de la scarlatine n'est pas une complication de cette maladie : elle compte parmi ses symptômes habituels. Elle se manifeste dès son début, quelquefois avant même l'éruption ; elle s'annonce par une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge et par de la douleur à la déglutition. L'examen direct fait alors constater un érythème intense de la luette, des amygdales, des piliers du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx, puis peu à peu cette rougeur devient écarlate, la muqueuse présente une sécheresse très appréciable, elle se tuméfie et les cryptes de l'amygdale laissent sourdre des amas purulents. Dans quelques cas l'amygdale s'ulcère par places, et ces ulcérations se recouvrent d'exsudats diphtéroïdes ou même de fausses membranes rappelant tout à fait celles de la diphtérie ; en réalité, ce n'est là qu'une angine pseudo-diphtérique : elle n'est pas due au bacille de Löffler, mais au streptocoque et à d'autres microbes associés. Elle s'accompagne très rarement de croup.

Certaines scarlatines (scarlatines frustes) peuvent être consti-

tuées uniquement par l'angine, l'éruption faisant défaut ; on en a observé de véritables épidémies (LASÈGUE).

L'otite suppurée est une complication fréquente de l'angine scarlatineuse ; l'infection de l'oreille s'opère par la trompe d'Eustache.

2° Angine de la rougeole. — L'angine de la rougeole est surtout prodromique. Cette maladie débute en effet par un catarrhe des muqueuses, surtout de la muqueuse oculo-nasale, qui précède de très près l'éruption. A cette période on peut voir sur le voile du palais, ses piliers, la luette, les amygdales un petit piqueté rouge.

D'autre part, à la période d'état de la rougeole, on observe parfois une éruption papuleuse du pharynx, le plus souvent discrète, mais quelquefois assez confluyente pour donner à la paroi postérieure du pharynx un aspect gaufré. Cette lésion s'accompagne de dysphagie et d'un crachotement incessant.

Exceptionnellement, l'angine rubéolique peut devenir gangréneuse ; mais une complication bien autrement fréquente est l'otite suppurée, infiniment moins grave que celle de la scarlatine.

3° Angine de la variole. — L'angine de la variole consiste dans une éruption pustuleuse toujours consécutive à celle de la peau ; d'ordinaire elle lui est postérieure de plusieurs jours. Ces pustules, d'abord blanchâtres, arrondies, peu saillantes, s'ouvrent et laissent des ulcérations superficielles qui souvent se couvrent d'exsudats pseudo-membraneux et sont entourées d'une zone de congestion intense : la muqueuse sous-jacente est œdématisée, comme infiltrée. Des phénomènes analogues du côté du larynx (œdème de la glotte) nécessitent parfois la trachéotomie.

4° Angine érysipélateuse. — L'angine érysipélateuse est soit antérieure, soit postérieure à l'érysipèle de la face. Elle s'annonce par des symptômes généraux très marqués : malaise général, grands frissons, élévation de la température à 40 ou 41°, délire avec agitation ou adynamie. L'examen du pharynx montre

d'abord une rougeur sombre et diffuse; ensuite sur ce fond on voit se développer des phlyctènes analogues à celles de la peau, remplies d'un liquide d'abord citrin, puis purulent ou hémorragique. Ces phlyctènes, une fois rompues, laissent à leur place des ulcérations superficielles. L'érysipèle du pharynx possède une redoutable tendance à la propagation : il s'étend facilement aux fosses nasales ou au pharynx nasal. Les érosions peuvent se recouvrir de fausses membranes ou subir la transformation gangréneuse.

Il est vraisemblable que beaucoup d'érysipèles de la face, surtout les érysipèles à répétition, en apparence spontanés et débutant au pourtour des narines ou des points lacrymaux, ont pris naissance dans le pharynx dont la muqueuse anfractueuse présente toutes les conditions nécessaires à la conservation et au développement du streptocoque.

5° Angine de la fièvre typhoïde. — L'angine de la fièvre typhoïde anatomiquement décrite par LOUIS, consiste dans la lésion du tissu lymphoïde du pharynx dont la structure est analogue à celle des plaques de PEYER de l'intestin grêle. Les ulcérations qui en résultent s'accompagnent d'une vive dysphagie et peuvent se recouvrir de fausses membranes.

Il est indispensable de procéder, dans les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde, à des lavages antiseptiques de la cavité buccale et pharyngée (gargarismes au chlorate de potasse à 4 p. 100 ou à l'eau boriquée).

§ 3. — ANGINE HERPÉTIQUE

L'angine herpétique affecte surtout les enfants à partir de la troisième année (DIEULAFOY); chez les adultes elle se présente avec des allures particulières, elle est influencée par les saisons, par la menstruation. Sa contagiosité et son épidémicité ont été mises en évidence par DAMACHINO.

D'après cet auteur, la période d'incubation ne dépasse pas

quelques heures; d'après LASÈGUE, elle dure trois ou quatre jours. La maladie débute très brusquement, par un frisson solennel comme celui de la pneumonie, par une céphalée tellement intense qu'elle peut simuler la méningite, par une douleur atroce de la gorge, généralement unilatérale.

Les ganglions du cou sont généralement tuméfiés, beaucoup moins que dans la diphtérie ou la scarlatine : la gorge, d'abord simplement rouge, est bientôt recouverte de vésicules qui siègent sur les amygdales, le voile du palais, les piliers, la paroi postérieure du pharynx. Leurs dimensions, d'ailleurs variables, sont en moyenne celles d'une tête d'épingle. Ces vésicules, arrondies, entourées d'un petit cercle de congestion, s'ouvrent, s'ulcèrent et se recouvrent de fausses membranes fibrineuses, identiques à celles de la diphtérie. Cette transformation est très rapide; aussi le diagnostic peut-il présenter de réelles difficultés si on examine le malade pour la première fois à ce moment. Les fausses membranes de l'angine herpétique sont toutefois plus blanches, et ont un contour polycyclique dû à la confluence des vésicules ulcérées.

On peut trouver des vésicules d'herpès sur les lèvres, la face interne des joues, au pourtour des narines, sur les organes génitaux, et exceptionnellement sur le larynx; ces constatations facilitent beaucoup le diagnostic.

Au bout de quelques jours, la dysphagie douloureuse et les symptômes fébriles disparaissent brusquement; l'état général n'a jamais la gravité qu'il présente dans la diphtérie.

Le traitement est celui de l'amygdalite aiguë.

§ 4. — ANGINES A FAUSSES MEMBRANES

Angine à fausses membranes et diphtérie ne sont pas deux termes absolument synonymes. La diphtérie est bien, en effet, la plus fréquente et la plus grave des angines pseudo-membraneuses, mais elle peut quelquefois se manifester par une simple angine érythémateuse, qui ressemble absolument à une amygdalite.

dalite dite simple ou catarrhale; et, d'autre part, il y a des angines pseudo-membraneuses parfois capables de se compliquer de croup et qui cependant ne sont pas de la diphtérie. Elles n'ont pu être séparées de cette dernière que depuis la découverte du bacille de Löffler; on les désigne sous le nom d'angines *pseudo-diphtériques*. Assez fréquentes, elles constituent environ 1/5 de la totalité des angines à fausses membranes.

Tantôt elles sont primitives, tantôt elles sont secondaires à une manifestation pharyngée quelconque (syphilis, scarlatine, herpès, etc.).

1° Angines pseudo-membraneuses primitives. — Les *angines à cocci* (ROUX et YERSIN) sont habituellement remarquables par leur bénignité; il n'y a ni albuminurie, ni engorgement ganglionnaire marqué, ni les symptômes d'une intoxication profonde de l'organisme habituels dans la diphtérie.

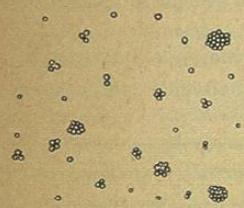


Fig. 74.
Coccus Brisou
(d'après L. MARTIN).

Les *angines à staphylocoques* (MARTIN, NETTER) s'accompagnent d'un état général plus grave; la guérison est cependant habituelle.

L'*angine à pneumocoques* (Jaccoud) s'annonce par un début brusque et une chute également rapide de la température au neuvième jour, rap-

pelant la défervescence de la pneumonie.

En somme, les angines pseudo-membraneuses dues à ces trois agents pathogènes se distinguent de la diphtérie par une bénignité relative; il n'en est plus de même pour l'angine à streptocoques, qui est souvent fort grave.

L'*angine à streptocoques* s'annonce en effet par une fièvre intense qui atteint rapidement 39 et 40°; la gorge est tapissée de fausses membranes, l'haleine est fétide, les ganglions du cou énormes, la face pâle; le coryza membraneux et l'albuminurie existent comme dans la diphtérie. L'affection peut s'accompagner de croup; elle se termine souvent par la mort avant la fin

de la première semaine. Cliniquement cette angine se distinguerait de la diphtérie par son absence de contagiosité, par son invasion plus bruyante et plus rapide, par l'intensité de la dysphagie, par la précocité de l'engorgement ganglionnaire et par l'aspect des fausses membranes qui sont jaunes, sales, brunâtres, friables et adhérentes, comme enchâtonnées à leur pourtour par la muqueuse pharyngienne rouge et tuméfiée qui les surplombe; celles de la diphtérie, au contraire, sont plus blanches, et reposent sur une muqueuse presque saine dont on peut souvent les détacher avec facilité sans produire d'excoriation. En réalité, ce diagnostic ne peut être assuré que par l'examen bactériologique; le bacille de Löffler, absent, est remplacé par de nombreuses chaînettes de streptocoques.

2° Angines pseudo-membraneuses secondaires. — Au lieu d'évoluer isolément comme les précédentes, elles accompagnent la scarlatine, la rougeole, les lésions syphilitiques du pharynx, l'herpès de la gorge, etc.

Les *angines de la scarlatine* sont les plus importantes. On a beaucoup discuté autrefois pour savoir si elles devaient être confondues avec la diphtérie ou en être nettement séparées. Il faut à ce point de vue établir une distinction entre l'*angine scarlatineuse précoce* qui survient dès les premiers jours de la maladie, et l'*angine tardive* qui ne se montre que dans le cours de la deuxième ou de la troisième semaine.

La première est une angine à streptocoques (BOURGES); elles est parfois fort grave, mais sa mortalité est cependant inférieure à celle de la diphtérie; elle débute brusquement au deuxième ou au troisième jour de la scarlatine; la température est élevée, la dysphagie intense; les fausses membranes sont sales et épaisses; l'engorgement ganglionnaire va quelquefois jusqu'à la suppuration; mais le croup est exceptionnel. TROUSSEAU disait que « la scarlatine n'aimait pas le larynx ». Il se basait sur ce caractère et sur les précédents pour considérer cette angine comme indépendante de la diphtérie; on voit que les constatations bactériologiques récentes lui ont donné raison.

L'*angine tardive*, au contraire, qui survient au déclin ou pen-

dant la convalescence de la scarlatine, après la disparition de l'éruption, est bien une angine diphtérique; les fausses membranes contiennent le bacille de Löffler, associé au streptocoque.

Le *chancre syphilitique de l'amygdale* se recouvre souvent d'une fausse membrane, et s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire énorme siégeant en arrière de l'angle de la mâchoire. L'état général est même assez grave pour simuler la diphtérie dont le chancre se distingue toutefois par l'unilatéralité de la lésion, sa dureté cartilagineuse, son évolution plus lente (deux ou trois semaines), et enfin l'apparition des accidents secondaires (plaques muqueuses, roséole, etc.).

Les *plaques muqueuses* de la gorge peuvent aussi se recouvrir d'un exsudat pseudo-membraneux. La plaie que laisse après elle l'*amygdalotomie*, les ulcérations pharyngées de la rougeole, de la variole, etc., peuvent se comporter de la même façon.

Les *vésicules de l'angine herpétique* une fois rompues sont susceptibles de laisser une fausse membrane se développer à leur surface; elle présente d'ordinaire un contour polycyclique dû à la confluence des vésicules d'herpès.

Dans ces différents cas il ne s'agit pas de diphtérie; l'examen bactériologique ne montre en général, au lieu du bacille de Löffler¹, que des cocci ou le streptocoque; la présence de ce dernier explique dans certains cas la gravité de l'état général.

§ 5. — AMYGDALITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE (ANGINE DE VINCENT)

Cette affection peut coexister parfois avec la stomatite ulcéro-membraneuse, mais existe aussi à l'état isolé. Son agent pathogène a été décrit par VINCENT (du Val de Grâce) en 1898.

1° Symptômes. — La maladie débute par des phénomènes

¹ Certaines ulcérations pharyngées de la fièvre typhoïde, de la variole ou du choléra se recouvrent cependant de fausses membranes à bacilles de Löffler.

généraux : inappétence, langue saburrale, élévation de la température à 38° ou 39°. La déglutition est douloureuse, et l'examen de la gorge à cette période montre sur une amygdale, quelquefois sur les deux, une tache blanc grisâtre, généralement unique, qui n'est autre qu'une fausse membrane. Elle s'étend sur les piliers du voile du palais, parfois même sur le voile et la luette. Si on la détache, on trouve au-dessous d'elle la muqueuse érodée et saignante.

A partir du deuxième ou troisième jour l'amygdale présente une excavation ronde ou ovale, à surface recouverte d'une pulpe mal liée qui, si on l'enlève, se reproduit le jour suivant; la surface de l'ulcération sous-jacente est bourgeonnante et sanguinolente, mais dépourvue d'induration.

En même temps il y a de la dysphagie, de la salivation, de la fétidité de l'haleine et de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires sans suppuration.

Avec un traitement convenable la fausse membrane disparaît au bout d'une semaine et la lésion est réparée quelques jours plus tard.

Les complications observées étaient ordinairement bénignes : érythème, arthralgie, albuminurie, quelques complications pulmonaires.

2° Étiologie. — Bactériologie. — La carie dentaire, la malpropreté de la bouche sont les principales causes de l'angine de Vincent; il est incontestable qu'elle est contagieuse.

Elle est due à la présence d'un microbe, le bacille fusiforme de VINCENT, généralement associé avec un spirille et souvent avec les microbes de la suppuration, avec le pneumocoque ou le colibacille.

Le *bacille fusiforme* représente un fuseau très allongé de 40 à 12 μ de longueur, semé de vacuoles incolores, droit ou incurvé, groupé par deux ou en amas. Il est le plus souvent immobile, en tout cas dépourvu de cils. Facilement colorable par la thionine phéniquée ou le violet de gentiane, il ne prend pas le Gram, ce qui le distingue du bacille de LOEFFLER.

Le *spirille*, presque constamment associé au bacille fusi-

forme, est long, flexueux, contourné en 8 ou en spirale très mobile.

Il est tantôt isolé, tantôt groupé en amas chevelus. Comme le précédent il se colore facilement et ne prend pas le Gram. On n'a pu le cultiver.

On est parvenu à cultiver le bacille fusiforme, plus ou moins associé avec d'autres microbes, sur divers liquides de l'organisme humain : sérum sanguin, liquide céphalorachidien, liquide pleurétique ou ascitique : les cultures répandent une odeur fétide.

Le bacille fusiforme et le spirille qui l'accompagne paraissent être aussi l'agent de la stomatite ulcéro-membraneuse, au moins dans certains cas (NICLOT et MAROTTE) et de la pourriture d'hôpital (VINCENT).

3° Diagnostic. — L'angine de Vincent peut être confondue.

a. *Avec la diphtérie*, à cause de la fièvre, de la fausse membrane et de l'engorgement ganglionnaire; c'est surtout au début que cette erreur est possible. Au bout de quelques jours la fausse membrane de l'angine de Vincent repose sur une ulcération, ce qui n'arrive pas pour la diphtérie. De plus dans la diphtérie l'état général est plus grave, le malade prostré, la température plus élevée, le pouls accéléré.

b. *Avec le chancre syphilitique de l'amygdale*. — L'angine de Vincent est en effet d'aspect chancreux; mais le chancre syphilitique est induré, l'engorgement ganglionnaire atteint la région cervicale, la dysphagie est plus ancienne et l'évolution plus lente.

c. *Avec la tuberculose de l'amygdale* : dans ce cas l'ulcération a été précédée de tubercules miliaires : il n'y a pas de ganglions; l'ulcération a des contours très découpés, bordés de granulations jaunâtres.

4° Traitement. — Les applications de teinture d'iode, d'eau oxygénée ou de bleu de méthylène en poudre, les gargarismes antiseptiques, et l'administration de chlorate de potasse

(4 grammes par jour) à l'intérieur paraissent être les meilleurs traitements.

ARTICLE III

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

La muqueuse pharyngienne possède un grand nombre de follicules lymphatiques, soit isolés, soit réunis en amas. Les amas lymphatiques, portent le nom d'amygdales : ce sont les *amygdales palatines*, situées entre les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais; l'*amygdale linguale* ou de LACAUCHIE, qui occupe la base de la langue; l'*amygdale pharyngienne* ou de LUSCHKA, qui tapisse la voûte du pharynx nasal et l'apophyse basilaire; les *amygdales tubaires* ou de GERLACH, situées à l'orifice de chacune des trompes d'Eustache. Mais, indépendamment de ces masses volumineuses, une série de minuscules filots lymphatiques sont disséminés dans toute la muqueuse du pharynx et forment une sorte de vaste lac lymphatique sous-muqueux. Il donne naissance à des canalicules, qui vont aboutir aux ganglions de l'angle de la mâchoire et aux ganglions carotidiens : Toutes ces amygdales peuvent s'hypertrophier simultanément ou isolément, mais cet article sera exclusivement consacré à la description des végétations adénoïdes ou hypertrophie du tissu lymphatique du pharynx nasal.

1° Étiologie des végétations adénoïdes. — Les végétations adénoïdes sont une affection de l'enfance, persistant pendant l'adolescence et plus rarement jusqu'à l'âge adulte. Elles consistent dans l'hypertrophie pure et simple de la nappe lymphoïde du pharynx nasal ou glande de Luschka; il faut les considérer comme dues à la réaction exagérée du tissu lymphatique contre les microbes pathogènes venus du dehors et apportés par le courant d'air inspiratoire, il existe toutefois des végétations adénoïdes tuberculeuses (LERMOYER).

2° Symptômes. — L'affection s'accuse par un ensemble de signes fonctionnels et physiques très caractéristique.

A. SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Les *troubles respiratoires* sont les plus fréquents, l'enfant tient la bouche ouverte le jour et surtout la nuit; il ronfle en dormant; l'obstruction nasale est évidente. La *surdité* résulte de l'obstruction de la trompe d'Eustache et de fréquentes poussées d'otite suppurée. La *prononciation* des nasales est impossible, le P et l'M sont prononcés comme un B, le T comme un D : l'enfant dit *baba* pour *maman*.

B. SIGNES OBJECTIFS. — Le premier de ces signes est le *facies adénoïdien* : la bouche est entr'ouverte, le nez généralement aminci, la lèvre inférieure pendante, la face aplatie à cause du faible développement des maxillaires supérieurs; l'expression du visage est hébétée. La bouche une fois ouverte, on constate que la voûte palatine est fortement creusée, ogivale, que les incisives sont mal plantées, chevauchant les unes sur les autres. La paroi postérieure du pharynx est semée de grosses granulations : ce sont des ilots lymphatiques de même nature que les végétations. Les amygdales sont souvent hypertrophiées. Les végétations ne sont naturellement pas directement visibles : mais on peut les apercevoir à la voûte du pharynx, soit par la rhinoscopie postérieure, soit à travers les fosses nasales quand celles-ci sont très larges. Le toucher pharyngien les fait parfaitement sentir; tantôt elles donnent la sensation d'une masse molle, vermiculée, tantôt elles sont plus dures et réunies en masse lobulée; ce toucher provoque toujours une légère hémorragie qui est comme leur signature.

3° Évolution et pronostic. — Abandonnées à elles-mêmes les végétations s'atrophient souvent à partir de la quinzième année; mais généralement cette atrophie est incomplète et la nappe lymphatique qui reste est le siège d'une pharyngite chronique muco-purulente. De plus cette atrophie est inconstante et on voit des végétations volumineuses persister après vingt ans avec tous les symptômes; enfin, même complète, elle

peut laisser après elle des traces irréparables : surdité ou surditité, otite purulente chronique, déformations thoraciques. En effet, outre les symptômes énumérés plus haut, les végétations sont la cause de nombreuses complications : laryngites et bronchites à répétition, fatigue de la voix, accès d'asthme, adénite cervicale, angines aiguës, coryzas, otites moyennes suppurées, céphalée persistante, convulsions, terreurs nocturnes, arrêt de développement. Beaucoup d'adénoïdiens sont petits et chétifs. Nombre d'entre eux deviennent tuberculeux, moins à cause de la nature de leur affection qu'à cause des troubles respiratoires qu'elle entraîne. Enfin je considère les végétations comme la principale cause des accès de laryngite striduleuse. Parmi ces complications, les unes sont mécaniques ou réflexes, les autres dérivent de l'*adénoïdite* c'est-à-dire des poussées inflammatoires que subissent de temps à autre les végétations.

4° Traitement. — Le traitement médical consiste dans les irrigations du pharynx, les toniques, l'huile de foie de morue, le séjour au bord de la mer; c'est plutôt un adjuvant du traitement chirurgical. Celui-ci ne doit pas être systématique : il ne faut enlever que les végétations qui déterminent des troubles fonctionnels. La gêne respiratoire prononcée, les déformations du thorax et de la voûte palatine, les poussées fébriles, les angines fréquentes, l'anémie persistante, et surtout les troubles auditifs sont les indications opératoires les plus formelles. Je conseille, après anesthésie locale ou générale, d'enlever avec la pince pharyngienne la plus grande partie des végétations, en apportant un grand soin à celles qui siègent autour des trompes, dans les fossettes de ROSENMULLER, cause habituelle de la surdité; on évitera de blesser le vomer ou les cornets inférieurs qui donneraient une hémorragie persistante et de déchirer le pavillon tubaire, ce qui pourrait occasionner une obstruction cicatricielle de la trompe. Terminer l'ablation par un curetage du pharynx avec le couteau annulaire de GOTTSTEIN; employé d'emblée il risquerait de déterminer la chute dans le larynx d'un fragment trop volumineux et l'asphyxie.

L'hémorragie est abondante, mais cesse rapidement : elle

peut nécessiter un tamponnement postérieur. Des insufflations antiseptiques seront faites les jours suivants.

ARTICLE IV

SYPHILIS DE L'AMYGDALE ET DU PHARYNX

Ces syphilis, souvent ignorées : sont fréquentes : la salive se charge aisément de virus syphilitique et « l'amygdale est un nid tout préparé pour les germinations microbiques » (FOURNIER).

1° Étiologie et symptômes. — A ses trois périodes la syphilis peut intéresser l'amygdale et le pharynx.

a. *Chancre.* — La contagion peut être directe ou indirecte. Dans ce dernier cas elle se fait par l'intermédiaire d'objets contaminés, pipes, verres, cuillers, sifflets, instruments à vent, poudre dentifrice; ROLLET a observé chez des souffleurs de verre se servant de la même *canne* des épidémies de chancre bucco-pharyngien. La transmission peut se faire de la nourrice au nourrisson, en cas de lésions secondaires du mamelon. Les excoriations que présente si souvent l'amygdale servent de porte d'entrée à l'infection; le transport du virus à sa surface s'opère par les mouvements de déglutition (DIDAY).

Le chancre est ordinairement unique, quelquefois bilatéral. L'examen direct fait voir une tuméfaction considérable de l'amygdale, qui porte une ulcération cratériforme souvent recouverte de fausses membranes ou d'un enduit pultacé, simulant la diphtérie ou l'amygdalite gangréneuse.

Au *toucher*, l'amygdale est dure, cartilagineuse : cette dureté ne suffit pas pour affirmer le diagnostic, car elle se rencontre souvent dans les vieilles amygdalites à répétition. A la palpation de la région rétro-maxillaire on sent une adénopathie caractéristique formée par un gros ganglion induré, entouré d'autres plus petits. Cette adénopathie ne suppure jamais.

Le principal *symptôme fonctionnel* est une douleur persistante à la déglutition.

L'état général est loin d'être normal; la fièvre est habituelle.

b. *Accidents secondaires.* — Ils consistent en plaques muqueuses blanchâtres, opalines, tranchant sur le fond rouge de la gorge hyperémée; elles débutent par un simple dépoli de la muqueuse qui aboutit à une érosion. Parfois elles se groupent en cercle entourant la luette; d'autres fois, elles sont presque confluentes. De plus, on observe très souvent à la période secondaire, une réaction inflammatoire de l'amygdale tout entière, qui se tuméfie en masse comme dans l'amygdalite aiguë (*amygdalite subaiguë syphilitique*).

Ces diverses lésions s'accompagnent presque toujours d'un engorgement ganglionnaire plus ou moins prononcé au-devant du sternocléidomastoïdien.

Les symptômes fonctionnels de ces lésions secondaires sont fort variables; tantôt elle sont absolument latentes ou déterminent à peine un peu de gêne de la déglutition; tantôt elles se traduisent par une dysphagie douloureuse ou prolongée, tantôt enfin elles s'accompagnent de tous les symptômes d'une angine aiguë et déterminent de la salivation. Toutefois leur caractère général est d'être peu douloureuses et bénignes comparativement aux lésions tertiaires de la gorge.

c. *Syphilis tertiaire.* — Les gommés ou ulcérations de l'amygdale surviennent ordinairement longtemps après l'accident primitif, quel que soit son siège; elles sont particulièrement fréquentes chez les fumeurs, les alcooliques, les sujets à amygdales délicates, et dans les cas de syphilis négligée dès son début (FOURNIER). Parfois cependant elles apparaissent moins d'un an après le chancre (syphilis tertiaire galopante).

La dysphagie douloureuse persistante est leur principal symptôme; cette persistance de la dysphagie pendant plusieurs semaines, qui ne se rencontre pas dans les angines simples, est un bon élément de diagnostic; la toux, la gêne de la respiration n'apparaissent que lorsque le pharynx et le larynx sont envahis.

Les lésions sont rarement limitées à l'amygdale: on aperçoit un semis jaunâtre sur le voile du palais, ses piliers et l'amygdale, puis les points infiltrés se ramollissent et laissent à leur

place une ulcération anfractueuse. Le voile du palais est souvent perforé, ou son bord libre déchiqueté porte de vastes échancreures; les ganglions rétro-maxillaires sont moins tuméfiés que dans le chancre de l'amygdale.

A ces deux phases d'infiltration et de ramollissement en fait suite une troisième, la phase de cicatrisation et de rétraction. On voit alors le voile du palais adhérent avec la paroi postérieure du pharynx, au point que la communication avec le pharynx nasal ne se fait plus que par un étroit pertuis ou même est complètement interceptée; les piliers sont rapprochés; tout l'isthme du gosier est transformé en un tissu scléreux, cicatriciel, qui le rétrécit progressivement et ne laisse qu'un canal anfractueux, aboutissant au larynx et à l'œsophage. J'ai vu un malade d'ailleurs trachéotomisé, passer toute la journée à s'alimenter par cette filière dont on avait grand'peine à pratiquer le cathétérisme avec une sonde urétrale.

2° Diagnostic. — Ces manifestations de la syphilis sont l'occasion habituelle d'embarras et d'erreurs de diagnostic.

1° La *diphthérie* se distingue par son évolution rapide, par la gravité de l'état général, par l'extension des fausses membranes au voile du palais, à la luette, à l'amygdale opposée; elles sont plus adhérentes que celles du chancre amygdalien, qui consistent surtout en un enduit pultacé; elles ne reposent pas sur une base indurée;

2° L'*amygdalite aiguë* ne peut être confondue avec le chancre qu'à son début; elle se résout rapidement, alors que le chancre a une évolution prolongée;

3° La *tuberculose miliaire aiguë de la gorge* est caractérisée par un semis de fines granulations sur la paroi postérieure du pharynx et tout le voile du palais, laissant une ulcération en nappe; le larynx y participe; l'état général est très grave;

4° Le *cancer* survient, à l'exception toutefois du lymphosarcome, chez les gens âgés; il s'installe avec lenteur, s'accompagne de douleurs intenses irradiées, notamment dans l'oreille correspondante. Les ganglions sont énormes et indurés;

5° Le *lupus*, d'ailleurs assez rare, s'accompagne souvent de

lésions analogues des fosses nasales, des narines, de la face ou de la bouche, plus faciles à diagnostiquer;

6° Les *abcès chroniques* enkystés de l'amygdale succèdent à une angine aiguë qui se termine par la suppuration; il suffit de presser sur l'amygdale pour y voir sourdre entre elle et le pilier antérieur ou postérieur une trainée de pus ou des masses d'aspect caséux et d'odeur infecte.

3° Traitement. — Contre les accidents secondaires et le chancre, il faut recourir au traitement mercuriel; les plaques muqueuses seront cautérisées par des attouchements au nitrate acide de mercure.

Dans les lésions tertiaires il faut agir vite, car la perforation est souvent imminente. L'iodure de potassium doit être administré à la dose de 4 grammes par jour; quarante-huit heures après son administration, et alors que l'examen direct ne montre aucune modification, la dysphagie est déjà bien moindre; en quelques jours la cicatrisation est obtenue. Pour agir vite, on peut associer à l'iodure des frictions mercurielles.

Dans tous les cas, il est nécessaire de pratiquer l'antisepsie de la bouche, surtout lorsqu'on a recours au traitement mercuriel. Le malade devra se rincer la bouche avec une solution d'acide borique ou de chlorate de potasse (4 gr. pour 120 gr.)

Un gargarisme à la cocaïne ou avec de la décoction de pavot est employé dans les formes douloureuses en attendant l'effet du traitement spécifique.

Les cicatrices vicieuses, les adhérences et le rétrécissement du pharynx relèvent d'un traitement chirurgical, qui ne se borne pas toujours à la dilatation.

ARTICLE V

TUBERCULOSE DU PHARYNX

La tuberculose du pharynx se présente sous deux formes: la forme aiguë et la forme chronique.

1° Forme aiguë. — La forme aiguë ou *tuberculose miliaire aiguë de la gorge* (ISAMBERT) n'est qu'une forme spéciale de la granulie (t. II), remarquable par sa localisation au pharynx.

Elle débute par une sensation de chaleur et de cuisson et par une petite toux ; mais le symptôme fonctionnel le plus caractéristique est la *dysphagie douloureuse* qui atteint bientôt une très grande intensité.

L'*examen objectif* montre sur l'amygdale, sur les piliers du voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx un semis de fines granulations grises ou jaunâtres à contours nets. Au bout de quatre ou cinq jours, elles donnent des érosions arrondies rappelant celles que laissent les vésicules d'herpès ; en s'étendant progressivement et en se fusionnant par leurs bords, elles dessinent des ulcérations à bords festonnés et serpigineux, dont le fond est tapissé de pus. En même temps la muqueuse est le siège d'un léger gonflement plus prononcé sur la luette et les piliers.

L'*engorgement ganglionnaire* sous-maxillaire est bilatéral, médiocrement prononcé. Ces ganglions suppurent rarement ; on y a trouvé le bacille de Koch et le streptocoque.

Les *symptômes généraux* sont excessivement graves et tout à fait disproportionnés avec la lésion locale ; la température se maintient aux environs de 40°, ou présente de grandes rémissions matutinales : il y a des frissons, des sueurs nocturnes, de l'anorexie, un amaigrissement rapide. Les malades succombent le plus souvent avec des symptômes de granulie généralisée.

2° Forme chronique. — La forme chronique consiste dans des ulcérations qui se développent le plus souvent chez des tuberculeux avérés. L'ulcération est ordinairement unique ; on peut voir sur son pourtour des *granulations tuberculeuses jaunâtres*. Le principal symptôme est la dysphagie douloureuse. Les symptômes généraux se confondent avec ceux de la tuberculose pulmonaire. Cette lésion est due à l'inoculation de la muqueuse pharyngée par les crachats tuberculeux, farcis de bacilles de Koch ; la tuberculose du larynx et celle de l'intestin reconnaissent presque toujours le même mécanisme. Au contraire, la tuberculose miliaire aiguë de la gorge paraît, comme la granulie, d'ori-

gine hémotogène, c'est-à-dire que le bacille de Koch est apporté par les vaisseaux sanguins.

Le *lupus* de la gorge consiste dans des ulcérations étendues et torpides qui affectent une prédilection marquée pour le voile du palais et son bord libre ; on trouve le plus souvent du lupus des narines ou de la peau, qui facilite le diagnostic.

3° Traitement. — Attouchement des ulcérations avec de l'huile mentholée ($\frac{1}{10}$) ou une solution concentrée d'acide lactique (32 gr. pour 8 gr. d'eau). Pulvérisations avec une solution de cocaïne ($\frac{1}{100}$) ou de morphine si la dysphagie est trop intense. Insufflations d'orthoforme. Le lupus est justiciable de la cautérisation ignée.

ARTICLE VI

ANGINE GANGRÉNEUSE

L'angine gangréneuse ou *gangrène du pharynx*, décrite par BORSIERI, BRETONNEAU, puis MONNERET, est tantôt *primitive*, tantôt *consécutive* à une amygdalite phlegmoneuse, à la diphtérie, ou aux manifestations pharyngées d'autres maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la rougeole, la variole, la dothiéntérie, etc.

Son *début*, très bruyant dans la forme primitive, est au contraire insidieux dans les formes secondaires.

L'*examen de la gorge* montre sur la muqueuse pharyngée des plaques de sphacèle qui s'étendent en profondeur et en surface. Ces plaques sont grises, noirâtres, à bords surélevés et taillés à pic ; on constate souvent des plaques analogues à la face interne des lèvres ou des joues.

Les *symptômes fonctionnels* sont la dysphagie douloureuse, le nasonnement, la salivation et surtout une horrible fétidité de l'haleine.

L'*état général* est très grave : les malades sont dans un état de

prostration et de faiblesse extrême; cette adynamie s'accompagne d'hypothermie, de cyanose, de faiblesse du pouls et de ralentissement de la respiration.

Parfois, après la chute de l'eschare, les tissus sous-jacents bourgeonnent et l'ulcération se cicatrise; dans la plupart des cas, les malades sont emportés par l'intoxication générale, au milieu de symptômes nerveux ataxo-adiynamiques, ou par une complication telle que la phlébite gangréneuse. La mort survient souvent dans le collapsus et par syncope.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

L'œsophage est un canal musculaire qui conduit les aliments du pharynx à l'estomac à travers le cou et le médiastin. Nous étudierons successivement les œsophagites, la paralysie, le spasme et le cancer de l'œsophage.

Quant aux rétrécissements qui peuvent résulter de ces diverses affections, tout ce qui a trait à leur diagnostic et à leur thérapeutique sera résumé, pour éviter les redites, dans un article spécial, essentiellement clinique, destiné à compléter les autres.

ARTICLE PREMIER

ŒSOPHAGITES

Littéralement, l'œsophagite est l'inflammation de l'œsophage, mais on désigne sous ce nom toutes les maladies organiques de l'œsophage autres que le cancer.

1° Étiologie. — L'œsophagite reconnaît les causes suivantes :

- 1° La déchirure de l'œsophage par un corps étranger muni d'aspérités (fragment d'os, dentier) ou par la sonde;
- 2° La brûlure de l'œsophage par un liquide trop chaud ou caustique (soude, acide sulfurique, acide azotique, etc.);
- 3° L'ulcération d'une gomme syphilitique (rare);
- 4° D'autres fois, l'œsophagite vient spontanément compliquer une maladie infectieuse grave : fièvre typhoïde, diphtérie, variole. Le muguet buccal se propage assez souvent chez des