

mercuriel, les dents noircissent et tombent, les joues se gangrènent, les maxillaires se nécrosent et la mort peut survenir; si la guérison est encore possible, elle ne se fait qu'au prix de cicatrices vicieuses et de difformités incurables.

A l'aide d'un traitement approprié il est facile d'arrêter la maladie dans sa marche. Sa durée varie de quatre jours à quatre semaines; mais généralement il subsiste après la guérison une sorte de susceptibilité morbide de la muqueuse buccale.

On ne confondra pas la stomatite mercurielle avec les lésions syphilitiques qui n'occupent pas le même siège, ni avec la stomatite ulcéro-membraneuse qui, au point de vue symptomatique, offre une grande analogie avec la stomatite mercurielle, mais qui se présente le plus souvent à l'état épidémique et en dehors de toute intoxication mercurielle.

Dès le début de la salivation il faut suspendre l'emploi des préparations mercurielles. Comme abortifs on a conseillé les collutoires à l'alun (Velpau), à l'acide chlorhydrique (Ricord). Le chlorate de potasse (à l'intérieur et en gargarismes) est le véritable spécifique de la stomatite mercurielle.

RICORD. Leg. sur le chancre. Paris, 1858. — BEAULIES. Quelques considérations sur la stomatite mercurielle, Th. de Strasbourg, 1862. — BERNAZKY. Zur Lehre von der mercuriellen Salivation (Viechow's Jahrb., 1869). — KÜSS. Obs. de salivation produite par le sublimé corrosif (Ann. Soc. méd. d'Anvers, 1873). — FARQUHASSON. The action of Mercury (Brit. med. Journ., 1873).

#### GLOSSITE.

La *glossite* est l'inflammation de la langue. Elle peut être *aiguë* ou *chronique*, *superficielle* ou *profonde*.

La *glossite aiguë superficielle* a aussi reçu les noms de *glossite folliculaire*, *papillaire*, suivant les éléments anatomiques plus spécialement touchés. L'épithélium prolifère rapidement, formant des couches stratifiées qui, enlevées par le raclage, laissent voir le derme d'une coloration rouge vif. Le goût est perverti, tous les mouvements de la langue sont pénibles. L'épithélium peut aussi s'atrophier dès le début et tomber en laissant le derme privé de sa couche protectrice (Küss).

La *glossite aiguë profonde* peut être *générale* ou *partielle*. La *glossite* s'annonce en général par une douleur vive et continue; le gonflement est rapide, parfois énorme. Comme dans la *glossite mercurielle*, la langue fait saillie entre les arcades dentaires, et la tuméfaction de sa base peut rendre la déglutition impossible et pro-

voquer une violente dyspnée due surtout à l'élévation du larynx en haut et en avant. A cette période, il y a une anxiété pénible, la face est congestionnée; la fièvre est parfois intense. L'œdème de la glotte, l'abcès ou la gangrène de la langue peuvent survenir et déterminer la mort; d'ordinaire la *glossite aiguë* se termine par résolution.

La *glossite disséquante* (Wunderlich) est caractérisée par des fissures profondes autour des papilles: le fond de ces fissures est souvent ulcéré et les particules alimentaires qui s'y arrêtent augmentent encore l'inflammation. La *glossite disséquante* est parfois difficile à distinguer de certains épithéliomas de la langue.

Les causes des *glossites* sont nombreuses: parmi les plus fréquentes, nous citerons le froid (Formorel, Béhier), les plaies, les morsures (par exemple chez les épileptiques), les piqûres d'insectes, les substances irritantes (garou, tabac, ammoniac, etc.), l'application des caustiques, le mercure. Noël Gueneau de Mussy a attiré l'attention sur une variété particulière de *glossite* qui serait consécutive à la névrite de la corde du tympan et du lingual. La *glossite papillaire* se rencontrerait surtout chez les femmes nerveuses (Requin, Grisolle).

La *glossite superficielle* sera traitée par les astringents, la *glossite disséquante* par les caustiques. Les sangsues, les scarifications, les incisions multiples seront employées contre les formes parenchymateuses. Il faut ouvrir les abcès s'il y en a et recourir à l'ablation d'une partie de l'organe dans les cas rebelles (Demarquay). Les complications donnent lieu à des indications spéciales: la trachéotomie, par exemple.

REQUIN, GRISOLLE. Path. int. — WUNDERLICH. Handb. der Path. und Therap., Stuttgart, 1854. — FORMOREL. Glossite aiguë causée par l'impression du froid (Un. méd., 1867). — BÉHIER. Glossite aiguë à frigore, in Gaz. hôp., 1870. — DEMARQUAY. Art. Langue (Nouv. Dict. de méd. et de chir.). — N. GUENEAU DE MUSSY. Arch. gén. de méd., 1879.

#### GANGRÈNE DE LA BOUCHE. NOMA.

Synonymie: *Stomatite putride ou maligne*. — *Stomacace gangréneuse*. — *Cancer aqueux*.

Le *noma* est rare chez l'adulte; fréquent chez les enfants de trois à cinq ans, atteignant plutôt les filles que les garçons, il se rencontre surtout chez ceux qui sont débilités, affaiblis par les privations ou les maladies. Le *noma* est rarement spontané, idiopa-



thique, le plus souvent il est consécutif à la pneumonie, à la dysenterie, à la variole, à la scarlatine et surtout à la rougeole (47 cas sur 98), ou bien à une lésion locale : dent cariée, ptyalisme mercuriel. Il n'est ni épidémique, ni contagieux ; il est plus commun dans les pays froids et humides que dans les climats chauds ou tempérés.

En général, le début de la maladie est marqué par l'apparition à la face interne de la joue d'une phlyctène qui crève bientôt en laissant à sa place une ulcération gris noirâtre, gangréneuse. Le sphacèle s'étend, la salive devient sanieuse et fétide, tous les tissus se tuméfient, on sent dans l'épaisseur de la joue un engorgement dur et profond ; la peau à ce niveau est tendue, marbrée et, du troisième au sixième jour, apparaît une eschare cutanée. Dans les cas graves la gangrène s'étend peu à peu à tout un côté de la face, et même à la peau du cou, les gencives tombent en putrilage, les dents se déchaussent et vacillent, les maxillaires se nécrosent, et le petit malade est emporté, soit par épuisement, soit par une *complication* : broncho-pneumonie, gangrène d'un autre organe, gastro-entérite développée par la déglutition de la salive chargée de débris gangréneux. La terminaison par hémorragie est rare, grâce à l'oblitération des petits vaisseaux par thrombose secondaire. Dans les cas favorables, la gangrène suspend sa marche, l'élimination et la réparation succèdent à la mortification et la guérison s'obtient (27 fois sur 100, Tourdes) au prix d'adhérences vicieuses ou même de fistules persistantes.

Le pronostic est très grave.

Le noma se distingue de la pustule maligne par son début sur la muqueuse ; sa marche rapide, le gonflement de la joue et des lèvres le séparent de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Le traitement local consiste en cautérisation énergique avec le fer rouge, l'acide chlorhydrique, etc., et en injections détersives et désinfectantes dans la bouche. On emploiera en même temps tous les moyens propres à soutenir les forces du malade.

RICHTER. Der Wasserkrebs der Kinder, Berlin, 1828. — BILLARD, *loc. cit.* — TOURDES. Du noma, etc., th. de Strasbourg, 1848. — WEST. Maladies des enfants (trad. Archambault), 1875. — D'ESPINE et PICOT, Maladies de l'enfance, 1880, p. 367.

#### ANGINES.

La dénomination d'*angines* s'applique à « toutes déterminations morbides, gutturales, pharyngées, dans lesquelles intervient l'inflam-

mation à quelque époque, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit » (Desnos).

Les angines peuvent se classer de la façon suivante :

A. ANGINES AIGÜES divisées elles-mêmes en angines *simples* et *spécifiques*. Les angines simples comprennent les formes *catarrhale* et *phlegmoneuse*. Les angines spécifiques se divisent en : 1° angines avec produits spéciaux : *angines diphthéritique, herpétique, du muguet, de la stomatite ulcéro-membraneuse* ; 2° angines spéciales à certains états généraux : *rhumatisme* ; 3° angines des pyrexies : *érysipèle, scarlatine, variole, rougeole, dothièmentérie* ; 4° angines des affections virulentes : *morve et farcin, charbon* ; 5° angines toxiques : *mercure, iodure de potassium, solanées*.

B. ANGINES CHRONIQUES comprenant les angines *glanduleuse, scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique*.

#### ANGINES AIGÜES.

ANGINE CATARRHALE (Synonymie : *Mal de gorge, angine gutturale, pharyngée, tonsillaire, pharyngite catarrhale*).

L'angine catarrhale atteint de préférence les enfants et les jeunes gens, surtout ceux qui sont lymphatiques ou scrofuleux ; très-souvent on trouve une prédisposition *innée* ou *héréditaire*. Quelques femmes ont une angine à chaque période menstruelle. L'angine catarrhale se montre quelquefois dans l'embarras gastrique (formes *gastrique, bilieuse*), après l'ingestion d'aliments trop chauds ou trop froids, sous l'influence de l'irritation que produisent les gaz irritants, etc. ; le plus souvent ce sont les variations brusques de température, au printemps et à l'automne, qui lui donnent naissance. L'angine catarrhale coïncide fréquemment avec la grippe.

La muqueuse de la gorge est rouge, luisante et sèche, tuméfiée surtout au niveau des points où il existe du tissu cellulaire en abondance. Les glandes muqueuses font saillie par suite du gonflement des cellules des culs-de-sac. Bientôt les surfaces se recouvrent d'un enduit muqueux ou muco-purulent formant sur le voile du palais ou les amygdales des plaques blanchâtres (*angine pultacée*). Le caractère distinctif de l'exsudat est de ne jamais contenir de fibrine. Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés.

L'inflammation peut occuper tout le pharynx ou seulement

L. et T. — Pathol. et clin. méd.



l'une de ses parties : voile du palais, piliers, luette, amygdales (*amygdalite*).

Le début peut être marqué par des frissons, de l'inappétence, du malaise, de l'insomnie, auxquels viennent se joindre un peu plus tard du délire chez les sujets impressionnables et nerveux et une prostration qui ne semble pas en rapport avec les lésions locales. La fièvre survient brusquement et la température atteint immédiatement 39°,5 ou 40 degrés, hyperthermie qui persiste presque sans rémission pendant une période de deux à cinq jours; puis il se produit un abaissement subit et parfois considérable qui fait ressembler le tracé thermométrique à celui de la pneumonie franche (fig. 71 et 72). Cette défervescence s'accompagne de la disparition

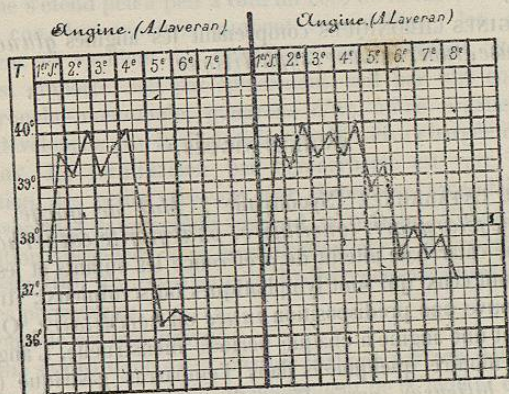


FIG. 71 et 72.

rapide de tout l'appareil menaçant qui l'avait précédée. *Le plus souvent* les symptômes généraux sont à peu près nuls : les symptômes locaux sont d'abord une sensation de corps étranger dans le pharynx, puis une difficulté très-notable dans la déglutition, qui est en même temps très-douloureuse. Si l'inflammation s'est surtout portée sur le voile du palais, il peut y avoir rejet par le nez des aliments et des boissons. En même temps la salivation est exagérée, l'haleine a une odeur désagréable, le sens du goût est altéré, la voix nasonnée. On peut aussi observer des nausées et des vomissements si l'angine est symptomatique d'un état saburral des voies digestives.

La propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache est fréquente et détermine des troubles dans l'audition.

La durée de la maladie dépasse rarement un septénaire; la résolution est la règle et le pronostic peut être considéré comme très favorable. Il faut savoir cependant que l'angine simple peut se compliquer de paralysies du voile du palais ou même de paralysies généralisées (Gubler), et que dans des cas, fort rares à la vérité, on a vu se produire un œdème du larynx qui a entraîné la mort. Les récidives sont fréquentes et engendrent souvent l'état chronique.

On peut essayer de faire avorter l'angine avec les gargarismes et les insufflations d'alun; mais si la fièvre présente un peu d'intensité, il vaut mieux prescrire des gargarismes émollients et un léger laxatif. S'il existe en même temps de l'embaras gastrique, on donnera un purgatif ou un éméto-cathartique.

**ANGINE PHLEGMONEUSE** (Synonymie : *Esquinancie*, *angine parenchymateuse*, *cynanche*). — L'étiologie de l'angine phlegmoneuse est la même que celle de l'angine catarrhale. Cette angine peut également atteindre le pharynx tout entier ou l'une de ses parties, le voile du palais ou ses piliers, la luette; mais sa forme la plus fréquente est l'inflammation des amygdales. Aussi notre description s'appliquera-t-elle surtout à l'amygdalite.

Les lésions anatomiques varient d'intensité; il peut se faire qu'il y ait seulement un peu de gonflement avec friabilité de la muqueuse et distension de quelques-uns des follicules par une matière blanchâtre et fétide. Le plus souvent une amygdale ou les deux à la fois sont considérablement tuméfiées et font une forte saillie entre les piliers du voile du palais; la luette, allongée, œdémateuse, est fortement déjetée de côté ou comprimée entre les deux tonsilles. Le liquide qui occupe les cryptes peut se concréter sous forme de petits points blanchâtres ou de membranes, ce qui a motivé le nom d'angine *pultacée*. La pression fait sourdre de petites gouttelettes de pus des amygdales dans lesquelles il se forme généralement des abcès assez considérables (1). Des collections purulentes peuvent se former également dans le voile du palais et les piliers.

Au début les symptômes sont identiques à ceux de l'angine catarrhale. Si la résolution doit survenir, toute la différence consiste dans l'intensité plus grande de la fièvre, de la céphalalgie et des sym.

(1) Pour Verneuil, l'abcès se forme dans le tissu cellulaire qui entoure l'amygdale; on a ainsi affaire à une *périamygdalite* (*Gaz. des hôp.*, 1879).



ptômes locaux ; si la terminaison doit se faire par suppuration, la fièvre atteint 40 degrés et au delà, il survient des frissons, une prostration complète ; la tuméfaction devient considérable, la douleur continue avec élancements répétés, la salivation est abondante, l'haleine fétide. Lorsque l'abcès est formé, le malade peut à peine entr'ouvrir la bouche, la déglutition est presque impossible, la respiration gênée jusqu'à la suffocation. La pression en arrière du maxillaire inférieur est très-douloureuse. Cette suppuration met généralement de cinq à sept jours à se produire : le pus tend alors à s'échapper par la bouche, ce qui arrive souvent sous l'influence d'une quinte de toux ou des efforts du vomissement. Ce pus est rougeâtre, sanieux, et laisse dans la bouche une sensation affreusement désagréable ; dès qu'il est évacué, l'amygdale s'affaisse et la guérison survient rapidement.

Dans des cas plus graves, le pus tend à se faire jour vers l'angle de la mâchoire ou dans le tissu cellulaire du cou, fuse dans le médiastin postérieur en suivant l'œsophage, ou fait irruption dans les voies aériennes. D'autres complications fâcheuses peuvent se produire : la gangrène, les paralysies locales ou généralisées que nous avons déjà signalées dans l'angine simple et que l'on retrouve du reste dans toutes les inflammations pharyngées ; quelques-unes de ces complications entraînent rapidement la mort, comme l'œdème de la glotte, les hémorragies foudroyantes par ulcération de la carotide interne (Grisolle, Caytan) ou de la maxillaire interne (Müller).

Parfois l'amygdalite passe à l'état chronique.

Les symptômes sont assez nettement accusés pour que le diagnostic soit facile (1). Le pronostic, généralement favorable, puisque la maladie a une durée moyenne de dix à douze jours, doit cependant être réservé à cause des complications possibles.

Au début on pourra essayer le traitement abortif par les insufflations d'alun (Velpeau), les cautérisations avec le nitrate d'argent. Une fois la maladie constituée, on emploiera de préférence les gargarismes émollients tièdes ou froids ; l'ingestion fréquente de petits morceaux de glace a donné de bons résultats. Les émissions sanguines, si employées autrefois, sont aujourd'hui presque tombées en désuétude ; cependant si les symptômes généraux sont intenses, on fera bien d'appliquer des sangsues en grand nombre au-dessous des

(1) Avant Duchenne (de Boulogne), on confondait la paralysie labio-glosso-pharyngée avec les angines. Il suffit d'être prévenu pour éviter cette erreur.

oreilles, de scarifier les tonsilles ou même de pratiquer la saignée des ranines (Mestivier, Aran).

Pour donner issue au pus lorsqu'il est collecté, on introduira le doigt dans la bouche et l'on percera l'abcès avec l'ongle, ou bien avec un bistouri garni de diachylon dans la plus grande partie de sa lame. Un vomitif suffira souvent pour provoquer la rupture de l'abcès. Les complications seront traitées par les moyens appropriés (1) : la trachéotomie par exemple, dans les cas de suffocation. On conseillera l'ablation des amygdales aux individus chez lesquels les récidives sont fréquentes, surtout s'il s'agit de jeunes enfants.

VELPEAU. Du traitement des angines tonsillaires par l'alun en poudre et le nitrate d'argent (Bull. de therap., 1833). — MÜLLER. Abscès tonsillaire suivi de mort par hémorragie (*cod. loco*, 1855). — MESTIVIER, ARAN. Saignée des veines ranines (*cod. loco*, 1857). — GUBLER. Mém. sur les paralysies etc. (Arch. de méd., 1860-1861). — DU MÊME. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, Paris, 1861. — CAYTAN. Angine tonsill., mort par hémorragie (Gaz. hebdomadaire, 1862). — GRISOLLE. Pathologie interne, 1862. — DESNOS. Art. Amygdales et Angines in Nouv. Dict. de méd. et de chir., 1864. — LASÈQUE. Traité des angines, Paris, 1866. — PETER. Art. Angines in Dict. encyc. des sc. méd., 1866. — JACCOUD. Pathologie interne, 1877. — RICHARD et A. LAVERAN. Observ. d'œdème de la glotte consécutif à une angine simple (Société méd. des hôp., 1876). — LENOX BROWNE. The throat and its diseases, 1878.

ANGINE DIPHTHÉRITIQUE (Synonymie : *Ulcère syriaque, angine couenneuse, pseudo-membraneuse, maligne*). — L'angine diphthéritique est la manifestation de la diphthérie sur la gorge, de même que le croup, dont l'étude a déjà été faite, est sa manifestation sur le larynx. Dans ce chapitre nous étudierons en même temps que l'angine spéciale les principaux caractères de la diphthérie elle-même, en renvoyant toutefois le lecteur à l'article *Croup* pour l'histoire de la maladie.

PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE. — La diphthérie semble s'étendre assez rapidement depuis quelques années et dans quelques villes ; à Paris notamment, depuis 1856, elle est devenue endémique. L'extension de la maladie se fait par poussées épidémiques développées par *contagion directe*, par *inoculation*, et surtout par *contagion médiate*.

La contagion directe est prouvée par un certain nombre de faits bien connus (cas de Herpin, Valleix, Blache fils). La contagion par

(1) Houzé de l'Aulnoit a conseillé de sectionner les piliers antérieurs du voile du palais pour calmer la douleur que provoque l'étranglement par ces piliers des amygdales tuméfiées (*Acad. de méd.*, 1868).



inoculation, beaucoup plus rare, n'est cependant pas douteuse : Bergeron (*Un. méd.*, 1859), Weber (*Langenbeck's Archiv*, 1864), Thomas Hiller (*Brit. med. Journ.*, 1864), Paterson (*Med. Times and Gaz.*, 1866), Oertel, en ont cité des exemples incontestables. La contagion médiate par l'intermédiaire de l'air contaminé est la cause indéniable des endémo-épidémies. Quant au développement spontané, il est loin d'être parfaitement établi (1).

Depuis une dizaine d'années, un grand nombre d'observateurs ont cherché à déterminer la nature du poison diphthérique. Hueber et Tommasi (1868), Letzerich, Oertel (1868), Eberth (1872), Rothe (1873), etc., ont trouvé des spores de *micrococcus* dans les fausses membranes, le sang et la plupart des viscères des malades ; malgré l'opinion contraire de Senator, le rôle important des parasites végétaux dans la genèse de l'affection paraît démontré actuellement.

La première des causes prédisposantes est l'âge : peu commune chez l'adulte, la diphthérie atteint surtout les enfants en bas âge, présentant son maximum de fréquence à deux ou trois ans ; le sexe n'exerce aucune influence (Peter).

Les épidémies de diphthérie sont favorisées par les climats froids et brumeux, par les saisons humides, bien qu'elles puissent se déclarer après un été très-sec (Bouillon-Lagrange). Certaines maladies qui portent leur action sur l'arrière-bouche et le larynx (scarlatine, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde) prédisposent à la diphthérie. Il en est de même de la puerpéralité pour la diphthérie vulvaire.

Les récidives ne sont pas rares, témoin Gillette qui succomba seulement à la deuxième atteinte de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La lésion caractéristique de la diphthérie est la *fausse membrane* que l'on observe surtout dans le pharynx, les fosses nasales, le larynx et la trachée, mais qui peut aussi se développer sur les lèvres, la conjonctive, la vulve, l'anus, les solutions de continuité de l'épiderme (vésicatoires, saignée, piqûres de sangsues, excoriations de toutes sortes). Cette fausse membrane, qui ne se développe pas sur les muqueuses à l'abri du contact de l'air (Empis, Isambert), est essentiellement composée de

(1) Pour un certain nombre d'auteurs (Schönbein, Virchow, Jaccoud, un grand nombre d'auteurs anglais), la diphthérie est une affection locale qui ne deviendrait générale que secondairement. Cette opinion n'est pas admise généralement.

fibrine et de jeunes cellules (Laboulbène), avec des globules rouges, des granulations protéiques, des spores et du mycélium.

La présence de la fibrine a donné lieu à deux hypothèses : celle de Wagner d'après laquelle les cellules épithéliales subiraient une dégénérescence spéciale, *fibrineuse*; celle de Rindfleisch pour qui il y aurait coagulation d'un exsudat liquide interstitiel.

Les fausses membranes, blanchâtres ou grisâtres, presque toujours irrégulières, en général *stratifiées* et atteignant une épaisseur de 1 à 6 millimètres, reposent tantôt sur le *basement membrane* dont elles sont séparées au niveau des glandes muqueuses, tantôt directement sur le chorion muqueux. Dans la forme primitive, la muqueuse apparaît au-dessous avec son aspect normal, parfois congestionnée, dépolie ou saignante. Dans la forme secondaire, la muqueuse est au contraire ramollie, ulcérée et même gangrénée, ce qui autrefois faisait confondre l'angine pseudo-membraneuse avec les autres formes gangréneuses ; les globules du pus infiltrèrent la muqueuse entière et même les parties sous-jacentes (Buhl).

Les ganglions lymphatiques voisins sont ramollis et peuvent supurer.

Les poumons présentent, avec des lésions mécaniques comme l'emphysème et l'atélectasie, de la pneumonie lobulaire à la base, assez souvent des ecchymoses sous-pleurales, et plus rarement des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Le rein, sain en apparence, peut présenter des altérations parenchymateuses profondes. Il en est de même du foie.

Le cœur est normal le plus souvent ; cependant il peut offrir les lésions de la dégénérescence graisseuse (Bristowe, Greenhow), de la myocardite et de l'endocardite (Labadie-Lagrange).

Le sang, dans certains cas de diphthérie maligne, est de couleur foncée, jus de pruneaux, il tache les doigts comme de la sépia, donne aux organes une teinte sale et renferme des caillots bourbeux (Millard, Peter). Bouchut a insisté sur la leucocytose de la diphthérie infectieuse. Nous avons dit déjà que la présence d'organismes végétaux avait été signalée dans le sang.

Les centres nerveux ne présentent pas en général de lésions appréciables. D'après Charcot et Vulpian, Lorain et Lépine, la paralysie diphthérique serait due à la dégénérescence locale des nerfs et des muscles du voile du palais ; Leyden et Friedreich attribuent cette complication à une névrite ascendante ; Buhl, à une lésion des



racines au niveau du ganglion spinal. Récemment, M. Déjerine a repris la question dans un travail très-conscientieux, et il est arrivé à ce résultat, qu'il existe une lésion constante des *racines antérieures*, altération consécutive à une inflammation primitive de la substance grise médullaire. Cette lésion irritative serait à la fois parenchymateuse et interstitielle.

DESCRIPTION. — Au point de vue de la marche, l'angine diphthéritique est *légère* ou *grave*.

L'*angine* peut débiter d'une façon insidieuse, soit que le malade n'accuse aucun malaise, soit qu'il présente seulement un peu d'inappétence, de tristesse, de difficulté dans la déglutition. Plus rarement, la fièvre s'établit d'emblée (39 degrés à 39°,5) avec violent mal de gorge et tuméfaction douloureuse des ganglions sous-maxillaires.

Si au début on examine la gorge, on voit sur une amygdale ou sur la luette une fausse membrane ou une série de points blanchâtres analogues à l'herpès guttural. Peu à peu les fausses membranes envahissent tout le voile du palais et les amygdales sur lesquelles elles s'avancent irrégulièrement entourées par la muqueuse d'une zone fortement congestionnée. La couleur des fausses membranes varie du blanc grisâtre ou jaunâtre au brun et au noir lorsqu'elles renferment des globules rouges. Les fausses membranes sont plus adhérentes que dans le larynx; elles se reproduisent parfois très-rapidement.

Si l'intoxication est peu intense, les fausses membranes ont moins de tendance à se reproduire, l'engorgement ganglionnaire diminue et au bout d'un ou deux septénaires, le malade est guéri. Jusqu'au dernier moment, on peut craindre la propagation au larynx et le convalescent reste exposé aux paralysies consécutives: c'est la forme légère.

Dans la forme grave, les fausses membranes s'étendent à la paroi postérieure du pharynx, aux fosses nasales, amenant rapidement la suffocation en dehors de toute propagation au larynx; la tuméfaction sous-maxillaire est énorme; la face est pâle et plombée, le malade est apathique et indifférent. L'haleine est repoussante, la salivation abondante, la diarrhée a une odeur infecte; il survient fréquemment des épistaxis et des hémorragies pharyngées. Peu à peu le pouls devient petit et dépressible, la température baisse et le malade succombe à une véritable *septicémie*. La mort peut être foudroyante; le plus souvent elle est la conséquence de la propagation des fausses membranes au larynx.

La guérison est possible; elle survient vers le vingt-cinquième jour ou au delà.

L'*angine secondaire*, survenant après une scarlatine par exemple, s'accompagne toujours de phénomènes d'une intensité remarquable et peut se terminer par la *gangrène*. Cette angine diphthéritique compliquée de gangrène est ordinairement mortelle, ou ne guérit qu'au prix de difformités de la gorge.

COMPLICATIONS. — Les complications sont : la *propagation aux fosses nasales* indiquée par un écoulement nasal sanieux; la *diphthérie buccale*, forme très-rare; la *propagation à l'arbre trachéo-bronchique* indiquée par l'expectoration de membranes en tube, la dyspnée et l'affaiblissement du murmure respiratoire; la *diphthérie cutanée*.

En 1857, Wade a signalé la fréquence de l'*albuminurie*; cette albuminurie disparaît en général au bout de sept à huit jours, sans donner lieu à l'anasarque et sans laisser de suites.

G. Sée (1858) a signalé une *éruption scarlatiniforme* qui se produit assez souvent après la trachéotomie.

La *pneumonie*, la *thrombose cardiaque*, l'*endocardite* peuvent être observées. Mais c'est surtout aux *paralysies locales* ou *généralisées* que les malades sont exposés dans la convalescence de l'angine pseudo-membraneuse. D'après H. Roger, ces paralysies atteignent un *quart* et même un *tiers* des malades. Elles surviennent dans les trois premières semaines de la convalescence, plus rarement lorsque l'angine existe encore (Gubler). Le début de la paralysie du voile du palais est marqué par du nasonnement, du ronflement pendant le sommeil, de la toux au moment de la déglutition, le retour des liquides par le nez, des nausées provoquées par le contact de la luette avec la base de la langue. La déglutition des aliments froids et des solides est plus facile que celle des aliments chauds et des liquides; leur introduction dans les voies respiratoires peut amener brusquement la mort. Le voile du palais est peu mobile et anesthésié.

L'*organe visuel* est souvent frappé; on observe de l'amaurose, parfois du strabisme ou une chute de la paupière supérieure. La *surdité* a été observée; le *goût* n'est jamais totalement aboli.

Lorsque la paralysie se généralise, la propagation se fait dans l'ordre suivant : muscles de la nuque, des membres inférieurs, des membres supérieurs, du tronc. En général, la paralysie est précédée de fourmillements et d'une anesthésie qui ne dépasserait pas le coude et le genou (G. Sée).



Dans bon nombre de cas, on a noté la diminution des pulsations cardiaques (Maingault) dès le début. La *parésie cardiaque* est telle parfois que le pouls tombe à trente, à vingt et même à seize pulsations (H. Weber). La mort survient alors par syncope.

Le *rectum* et la *vessie* sont intacts. On a noté quelquefois l'*anaphrodisie*.

La mort survient après une durée de deux à huit mois dans 12 cas pour 100 environ. Lorsque la guérison a lieu, ce sont les muscles paralysés les premiers qui recouvrent leurs fonctions les derniers.

Trousseau expliquait ces paralysies par l'action toxique du poison diphthérique. Cette théorie n'est plus soutenable, aujourd'hui que nous savons que ces paralysies peuvent succéder aux angines communes. « La lésion pharyngée agit par action centripète sur les vaso-moteurs des centres nerveux, de manière à modifier momentanément la nutrition de ceux-ci, au point d'en amoindrir la puissance fonctionnelle » (Jaccoud). Gubler regardait ces paralysies comme de simples troubles amyosthéniques, n'ayant rien de spécial à la diphthérie.

**DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.** — La présence des fausses membranes et l'engorgement ganglionnaire rendent ordinairement le diagnostic facile; cependant, au début, il est parfois difficile de distinguer l'angine pseudo-membraneuse de l'angine herpétique ou pultacée; l'absence de fièvre, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, l'apparition de l'albuminurie sont de bons signes de la diphthérie.

Le pronostic est toujours grave, surtout chez les enfants ou chez les sujets débilités; les formes secondaires sont les plus redoutables.

**TRAITEMENT.** — Le traitement est *général* et *local*. Le traitement général doit être *tonique* et *stimulant*. On prescrira l'extrait de quinquina, le café noir et le perchlorure de fer à la dose de 5 à 6 gouttes (Aubrun).

Le traitement local doit consister en cautérisations énergiques avec l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, moyens qui rendent souvent les plus grands services. Pour prévenir autant que possible l'extension des fausses membranes, on emploiera les insufflations d'alun, de tannin, de fleur de soufre, les pulvérisations d'eau de chaux (Küchenmeister) et d'eau phéniquée, l'acide lactique (Sawyer), la mixture de Lolli, le perchlorure de fer, etc., enfin la glace pilée et sucrée (West). — Les paralysies consécutives seront traitées par

les bains sulfureux et l'électricité. On isolera strictement le malade, et les personnes en contact avec lui devront s'astreindre à la plus minutieuse hygiène: car il faut être bien prévenu que les formes les plus bénignes de l'angine pseudo-membraneuse peuvent déterminer chez d'autres sujets les variétés les plus graves.

Consultez les traités des maladies des enfants et MAINGAULT. Sur la paral. du voile du palais à la suite d'angines, th. de Paris, 1854. — Sur les paralysies diphthériques, 1860. — MILLARD. Thèse de Paris, 1858. — E. BARTHEZ. Soc. méd. des hôp., 1858. — G. SÉE. Éruptions croupales et diphthériques (Un. méd., 1858). — WADE. Observations in diphtheritis, London, 1858. — Med. Times and Gaz., 1864. — BOUILLON-LAGRANGE. Gaz. heb., 1859. — BRISTOWE, GREENHOW. Med. Times and Gaz., 1859. — AUBRUN. Perchlorure de fer dans la diphthérie, 1860. — H. WEBER (in London), Virchow's Archiv, Bd. 25, 1861, et 28, 1861. — GUBLER. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës (Soc. méd. des hôp., 1861). — H. ROGER. Rech. clin. sur la paralysie consécutive à la diphthérie (Arch. gén. de méd., 1861). — LABOULBÈNE. Rech. clin. et anat. sur les aff. pseudo-membraneuses, Paris, 1861. — CHARCOT et VULPIAN. Soc. de Biol., 1862. — KÜCHENMEISTER. Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk., 1863 et 1873. — ROGER et PETER. Art. Angine diphthérique in Dict. encyc. des sc. méd., 1866. — WAGNER. Arch. der Heilkunde, 1866. — BUHL. Zeitsch. für Biologie, 1867. — BOUCHUT. De la leucocythémie aiguë, etc. (Gaz. méd. de Paris, 1868, et Gaz. hôp., 1879). — TOMMASI et HUETER. Ueber Diphtheritis (Centralbl. für med. Wissensch. 1868). — OERTEL. Bayer. ärztl. Intell. Blatt, 1868, et Experimentelle Untersuchungen über Diphthérie (Deutsches Arch. für Klin. Med., 1871). — LORAIN et LÉPINE. Diet. de méd. — TROUSSEAU. Clin. méd., 2<sup>e</sup> édit., 1872. — BEVERLEY-ROBINSON. Th. Paris, 1872. — SENATOR. Virchow's Archiv, Bd 50, 1873. — RINDELEISCH. Traité d'hist. path., 1873. — LABADIE-LAGRAVE. Des complic. cardiaques du croup et de la diphthérie, Paris, 1873. — LOLLI. Metodo facile e felice di curare l'angina d'iferitica (Gaz. med. ital., 1873). — REVILLIOD. Soc. méd. de Genève, 1875. — LEPIDO-CHIOTTI. La cura Lolli nel d'iferite (Il Morg., 1874). — WEST. Leçons sur les maladies des enfants (trad. Archambault), Paris, 1875. — DÉJÉRINE. Arch. de phys., 1878. — CAMERON, HOLLAND, SAWYER. Brit. med. Journ., 1879. — MORELL. MACKENZIE. Diphtheria: its nature and treatment, London, 1879.

**ANGINE HERPÉTIQUE.** — L'*angine herpétique* (*herpès guttural*) est caractérisée par l'éruption de vésicules d'herpès sur le pharynx. C'est à Trousseau et surtout à Gubler que l'on doit d'avoir différencié cette affection.

L'angine herpétique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Bertholle); elle peut survenir secondairement dans le cours des maladies aiguës (Féron); mais sa cause la plus commune est l'impression du froid: Gubler regarde cet herpès comme la crise d'une maladie *a frigore*.

Un mouvement fébrile assez intense avec frissons et courbature, du malaise, de la céphalalgie, tels sont les symptômes initiaux. Bientôt le malade éprouve une douleur intense dans la gorge et une gêne considérable de la déglutition.

L'examen de la gorge révèle la présence sur le voile du palais,



les piliers ou les amygdales, de petites vésicules grisâtres variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois ; ces vésicules sont isolées et entourées d'un cercle rouge, ou réunies et présentent alors une aréole inflammatoire commune. Bientôt ces vésicules crèvent, laissant à leur place de petites ulcérations circulaires qui se couvrent de fausses membranes adhérentes, par points séparés si les vésicules étaient isolées (angine *aphtheuse*), par plaques au contraire si elles étaient réunies (angine *avec couenne, couenneuse commune*).

Il est fréquent d'observer en même temps une éruption d'herpès sur un point quelconque du corps, les lèvres, le prépuce, les grandes et petites lèvres. Au bout de huit à dix jours en moyenne les fausses membranes ramollies sont expulsées et l'ulcération se cicatrise.

L'angine herpétique ne peut guère être confondue qu'avec l'angine diphthérique, encore l'erreur est-elle facile à éviter s'il persiste des vésicules. Les fausses membranes de l'herpès sont plus petites, disposées en général par points séparés ; elles sont plus adhérentes que les fausses membranes diphthériques, et quand on les détache on trouve au-dessous des ulcérations. Enfin, contrairement à ce qui a lieu dans la diphthérie, les fausses membranes de l'angine herpétique n'ont pas de tendance à s'étendre, fait qu'il ne faut cependant pas considérer comme absolu (Morell-Mackenzie).

Le pronostic est très-favorable.

Le traitement est le même que pour l'angine simple et l'amygdalite.

ANGINE DU MUGUET. — Elle coïncide toujours avec le muguet buccal ; elle est soumise aux mêmes conditions étiologiques et pathogéniques. Les symptômes étant ceux de l'angine catarrhale, la caractéristique de l'angine du muguet est la présence sur le voile du palais, l'amygdale ou le pharynx, de petites plaques blanchâtres, isolées, faciles à enlever, composées de cellules épithéliales, de spores et de mycélium d'*oidium albicans*. Le traitement est celui de la stomatite concomitante.

ANGINE RHUMATISMALE. — L'angine peut être une des manifestations de la diathèse rhumatismale. L'angine rhumatismale présente des symptômes particuliers qui, étudiés avec soin, rendent le diagnostic possible et permettent de prédire la fluxion rhumatismale qui va avoir lieu (Lagoanère).

La douleur survient brusquement après l'impression du froid

humide ; elle est excessivement vive dès le début, s'apaise par le repos, s'exagère par le mouvement et les contractions des muscles. La rougeur occupe l'isthme du gosier sans atteindre la paroi postérieure du pharynx ; les amygdales sont d'un rouge vif sans tuméfaction considérable. Les follicules ne sont pas spécialement affectés, aussi la muqueuse est-elle lisse et comme veloutée. Parfois on observe des vésicules d'herpès (Raphaëlian). Sans rapport comme intensité avec le rhumatisme qui la suit, cette angine guérit rapidement et spontanément. Elle peut exister *sans rhumatisme*, mais avec des éruptions rhumatismales, érythème nouveau, urticaire.

GUBLER. Mém. sur l'herpès guttural (Soc. méd. des hôp., 1857). — J. FRANK. Traité de path. int. (Tr. Bayle), Paris, 1857. — FÉRON. De l'angine herpétique, th. de Paris, 1858 ; Bull. de thérap., 1858. — RAPHAELIAN. Sur la nature des angines pharyngées, th. de Paris, 1862. — BERTHOLLE. De l'herpès guttural, etc. (Un. méd., 1866). — LAGOANÈRE. De l'angine rhumatismale, th. de Paris, 1876. —

ANGINE ÉRYSIPELATEUSE. — Bien décrite par Hippocrate, l'angine érysipélateuse fut considérée par Galien et ses continuateurs, jusqu'aux dix-septième et dix-huitième siècles, comme ayant une origine *métastatique*. C'est surtout depuis le commencement de notre siècle que l'on est revenu à des idées plus vraies sur la nature de cette affection, grâce aux travaux de J. Frank, Richter, Copland, Rayet, Bouillaud, Trousseau, Gubler, etc.

Cornil a distingué trois degrés dans l'érysipèle du pharynx : la *simple rougeur*, la *production de phlyctènes*, l'*exsudation de fausses membranes*.

Dans l'angine avec simple rougeur, qu'elle soit diffuse ou limitée à des plaques irrégulières, la muqueuse offre une coloration sombre et pourprée, un aspect luisant et comme vernissé. Les amygdales sont très-peu tuméfiées, les ganglions lymphatiques au contraire sont augmentés de volume et douloureux au point de gêner les mouvements du cou. La douleur consiste en une sensation très-intense de sécheresse et de brûlure. Il n'y a jamais de menaces de suffocation (Cornil).

Lorsque les phlyctènes se produisent, elles sont toujours moins bien formées et moins globuleuses qu'à la peau ; leur contenu peut être de la sérosité, du pus et même du sang (Ciure) ; leur durée, fort courte, ne dépasse pas quelques heures. Après leur rupture, l'épithélium s'applique sur la muqueuse, forme des plaques irrégulières pouvant persister jusqu'à huit jours ; la muqueuse, dénudée