

et très-vascularisée, se recouvre d'une *couenne* que l'on ne confondra pas avec les pseudo-membranes diphthériques.

L'érysipèle du pharynx se propage à la face dans la majorité des cas, inversement l'érysipèle de la face peut s'étendre au pharynx. L'extension se fait généralement, de l'extérieur à l'intérieur, par les lèvres et la muqueuse buccale ou par les fosses nasales; de l'intérieur à l'extérieur, par les fosses nasales, par les voies lacrymales ou par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et l'oreille externe sans rupture du tympan.

La *résolution* est la règle. Cependant l'érysipèle peut se propager au larynx et produire l'œdème de la glotte (Bouillaud, Gubler, Larcher), ou bien à l'arbre trachéo-bronchique (Peter, Is. Straus); enfin la terminaison peut avoir lieu par *gangrène*.

Généralement on reconnaît l'érysipèle du pharynx à la coexistence de l'exanthème. En l'absence de celui-ci, le diagnostic n'est pas sans difficultés. L'angine *rhumatismale* se distingue du premier degré d'érysipèle par l'absence d'engorgement ganglionnaire. L'angine *herpétique* est caractérisée par des *vésicules* et non par des *bulles*; de plus l'herpès labial se voit souvent en même temps. L'angine *diphthérique* est bien moins douloureuse et les symptômes généraux qu'elle détermine moins accusés.

Le pronostic est celui de l'érysipèle.

Comme traitement on emploiera les antiphlogistiques et les topiques émollients.

ANGINE SCARLATINEUSE. — L'angine est un symptôme constant et capital de la scarlatine; elle peut même en être la manifestation unique dans certains cas que Trousseau a qualifiés de *frustes*. Elle peut exister à deux périodes bien distinctes, d'où la division en *angines initiale et tardive*.

1° *Angine initiale*. — Elle apparaît généralement en même temps que la fièvre; elle est caractérisée par une rougeur intense, violacée, uniforme sur le voile du palais, pointillée sur les amygdales. La douleur est souvent peu intense, la salivation n'est pas exagérée. Bientôt, du deuxième au quatrième jour, il se fait une exsudation et l'épithélium desquamé forme des plaques blanches, friables et faciles à détacher: c'est l'angine *pultacée*. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont engorgés. L'angine scarlatineuse ne s'étend jamais au larynx (Trousseau); sa durée dépasse souvent quatre jours.

2° *Angine tardive*. — Elle apparaît du huitième au dixième jour

de la scarlatine, parfois plus tard. Les symptômes sont ceux de la diphthérie grave (forme *diphthéroïde*); les fausses membranes peuvent s'étendre rapidement au larynx en provoquant le croup *scarlatineux*, qui est mortel au bout de deux à quatre jours (Graves, G. Sée). En même temps l'engorgement ganglionnaire devient énorme (*bubons scarlatineux* de Trousseau), le tissu cellulaire s'infiltré et suppure. Les hémorrhagies foudroyantes par perforation des vaisseaux du cou, la suffocation, la gangrène, ont été observées.

La nature de cette angine tardive n'est pas encore parfaitement élucidée.

ANGINE VARIOLEUSE. — Elle apparaît du troisième au sixième jour de l'éruption (Barthez et Rilliet) dont elle n'est que la propagation à l'arrière-bouche. Les pustules se montrent surtout sur le voile du palais: d'abord rouges, elles deviennent blanches, et, si elles sont agminées, elles décollent l'épithélium sous forme de fausse membrane. Cette éruption pharyngée n'offre pas de particularités importantes à signaler, elle disparaît au bout de quatre à cinq jours sans laisser de cicatrices; elle se complique parfois d'une infiltration du tissu cellulaire suffisante pour occasionner de la dyspnée et même pour déterminer la mort par suffocation.

ANGINE MORBILLEUSE. — La rougeole affecte le larynx de préférence à l'arrière-bouche; cependant dans un nombre de cas relativement fréquent (voy. *Rougeole*, p. 133), on observe, sur le voile du palais, des taches rosées, isolées, légèrement saillantes; cet énanthème, qui précède de vingt-quatre à quarante-huit heures l'éruption cutanée, est parfois très-utile pour établir le diagnostic. Il est rare que la douleur et le gonflement soient intenses: souvent la luette est légèrement œdémateuse et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Cette angine disparaît du quatrième au septième jour de l'éruption. La gangrène, quoique très rare, a été observée.

ANGINE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — L'angine de la fièvre typhoïde peut se montrer sous diverses formes.

Souvent c'est simplement une rougeur *érythémateuse* de l'isthme du gosier avec dysphagie dont la cause principale paraît être la sécheresse de la muqueuse pharyngo-buccale, la bouche restant toujours ouverte. D'autres fois l'angine revêt la forme *aphtheuse*. L'angine *pultacée*, d'après Chédevergne, serait commune dans le cours de certaines épidémies; mais M. Peter estime qu'il faut rapporter un certain nombre des faits de Chédevergne à l'angine *diphthéri-*

tique secondaire. Celle-ci, en effet, a été observée dans un certain nombre de cas (Louis, Hérard, Forget, Oulmont, Peter, etc.).

ANGINE CHARBONNEUSE. — Elle a été observée par Gubler chez un ouvrier en crins qui fut apporté semi-asphyxié dans son service, et qui offrait une plaque gangréneuse sur le pharynx. Le cou, la face, la langue, étaient énormément tuméfiés. L'emphysème sous-cutané est pathognomonique (Gubler).

Le pronostic est fatal.

ANGINES TOXIQUES. — On doit diviser ces angines en deux classes : celles qui sont produites par action topique des poisons, par *imbibition* ; celles qui sont produites indirectement, par *absorption* (Peter).

Dans la première catégorie nous rangerons les angines produites par le phosphore, l'iode, le chlore, les acides, les alcalis, les sels de mercure, d'argent, de cuivre, etc., le tartre stibié. L'angine de cette dernière substance offre cette particularité d'être *aphteuse*.

Les angines par absorption comprennent les angines des préparations mercurielles et iodées et celles des solanées. L'angine mercurielle n'est qu'une complication de la stomatite. L'angine iodée est marquée seulement par de la rougeur et un peu de douleur : le coryza, le larmolement, l'éruption acnéiforme coexistent en général. L'angine des solanées, notamment de la belladone, est caractérisée par une sécheresse et une constriction intenses de la gorge pouvant empêcher la déglutition pendant un temps fort long. En même temps il y a de la sécheresse de la bouche, de la dilatation pupillaire et parfois du subdelirium. La première indication consiste à suspendre l'usage des préparations qui ont donné naissance à des angines, on prescrira ensuite des gargarismes émollients ou astringents, du café, etc.

OULMONT. Épidémies d'angines couenneuses compliquant la fièvre typhoïde (Soc. méd. des hôp., 1859). — CORNIL. Obs. pour servir à l'hist. de l'érys. du pharynx (Arch. de méd., 1862). — GRAVES. Leç. de clinique méd., notes de Jaccoud, 1862. — CIURE. De l'érysipèle du pharynx, th. de Paris, 1864. — CHÉDEVERGNE. De la fièvre typhoïde, etc., th. de Paris, 1864. — SCHLUMBERGER. Th. de Paris, 1872. — TROUSSEAU. Clin. de l'Hôtel-Dieu, 1877. — IS. STRAUS. Pneumonie érysipélateuse (Soc. méd. des hôpitaux et Revue mensuelle, 1879).

ANGINES CHRONIQUES.

ANGINE GLANDULEUSE (Synonymie : Angine *granuleuse* (Chomel), *granuleuse chronique* (Hardy et Béhier), *pharyngite glanduleuse* (Buron), *clergyman's sore throat* (Green)). — Chomel

en fit, le premier, le sujet d'un important travail ; après lui Green, puis Gueneau de Mussy, complétèrent l'histoire de cette affection.

Les recherches de Gueneau de Mussy ont bien montré l'influence de la diathèse herpétique sur le développement de l'angine glanduleuse ; il en est de même de la goutte, de la scrofule. Cette angine est très-commune chez les chanteurs, les orateurs et prédicateurs, etc. ; chez les buveurs et les fumeurs, chez les personnes qui dorment la bouche ouverte (Chomel) ; les angines catarrhales aiguës peuvent lui donner naissance en se répétant ; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et s'observe surtout de vingt-cinq à quarante ans.

Elle est caractérisée anatomiquement par l'hypertrophie des glandules qui deviennent saillantes ; l'orifice de chaque glandule est dilaté, et par la pression on en fait sortir un liquide puriforme qui, dans un cas de M. Gueneau de Mussy, renfermait de petites concrétions calcaires. La tuméfaction des glandules est due à l'hypertrophie et au gonflement des cellules de leurs culs-de-sac. La même inflammation atteint les dépressions de la muqueuse situées au centre des follicules clos agglomérés qu'on observe dans les parties supérieures du pharynx (Cornil et Ranvier). Plus tard on voit de place en place de petites cicatrices, à côté des granulations agminées de différentes façons. La propagation à la trompe d'Eustache, au larynx et aux fosses nasales est fréquente. La luette est allongée, les amygdales sont intactes ou légèrement tuméfiées, les veines du pharynx sont variqueuses.

L'angine glanduleuse débute par une sensation de gêne et de picotement dans la gorge, accentuée surtout le matin et portant le malade à faire une série de petites expirations brusques et bruyantes (*hem*, des Anglais). L'extension au larynx amène de la raucité de la voix, et l'extension à la trompe d'Eustache, de la surdité. L'hypochondrie coexiste souvent.

L'angine glanduleuse n'est pas très grave par elle-même ; cependant son pronostic n'est pas toujours absolument favorable, car elle est tenace, rebelle, et elle peut empêcher complètement les professions où l'on a besoin de la parole. Contrairement à l'opinion émise par Green, elle n'a aucun rapport avec la phthisie pulmonaire.

Comme traitement, on devra d'abord interdire l'usage du tabac et des liqueurs, prescrire le repos à ceux dont la voix est fatiguée par l'exercice. Les eaux sulfureuses naturelles de Bonnes, Enghien, Luchon, Cauterets, etc., rendent souvent de grands services chez les

herpétiques; les eaux salines, Ems, Nauheim, etc., chez les scrofuleux. Le traitement local consistera en insufflations d'alun et de tannin, en cautérisations avec le sulfate de cuivre, le nitrate acide de mercure, la teinture d'iode et surtout le nitrate d'argent. Les douches pharyngées et les pulvérisations (Sales-Girons) sont aussi très utiles.

ANGINE SCROFULEUSE. — L'angine scrofuleuse chronique est toujours *ulcéreuse*. Hamilton a distingué les formes *bénignes* et les formes *graves* auxquelles il convient d'ajouter le *lupus*. L'angine la plus légère au début peut amener la forme la plus maligne. Voici comment se développent les lésions d'après Isambert et A. Kock.

La muqueuse pharyngée offre d'abord les lésions de l'angine glanduleuse que nous venons de décrire; puis, sur la *paroi postérieure* du pharynx, jamais sur les amygdales, apparaissent des ulcérations inégales, gaufrées, sinueuses, de couleur jaune sale. Ces ulcérations s'étendent et se creusent, elles perforent le voile du palais, coupent les piliers et la luette et peuvent même atteindre les os. Le pharynx tout entier peut alors être transformé en un cloaque sanieux, recouvert de fongosités. Il est rare que les ulcérations se propagent à la muqueuse buccale (Looten), et dans ce cas elles restent limitées à la base de la langue (Homolle).

L'indolence est la caractéristique de ces angines. Leur marche est chronique (de six mois à dix ans); cependant le *lupus* a une marche plus rapide, qu'il débute par le pharynx ou par les téguments de la face.

Le traitement sera général (hygiène, iode, huile de foie de morue, etc.) et local (douches pharyngées, cautérisations). On évitera avec soin les mercuriaux.

ANGINE TUBERCULEUSE. — L'angine tuberculeuse est également ulcéreuse. Au début, la muqueuse est parsemée de points jaunâtres, isolés ou réunis, qui en quelques jours font place à de petites ulcérations à surface inégale, mamelonnée, grisâtre, à bords taillés à pic, durs et festonnés. Isambert a observé un cas où les amygdales, le fond du pharynx, l'épiglotte et le larynx étaient recouverts par un semis de tubercules miliaires qui devinrent caséeux et donnèrent naissance à des ulcérations. L'un de nous a observé un cas analogue. Il y a toujours en même temps des tubercules dans le poumon. On emploiera les badigeonnages à la morphine et le bromure de potassium à l'intérieur pour calmer la cuisson et la dysphagie.

ANGINE SYPHILITIQUE. — Le chancre induré, accident *primaire*, peut être observé sur l'amygdale. A la période *secondaire*, on observe soit une pharyngite érythémateuse, soit des plaques muqueuses. Enfin, les gommès suppurées de l'arrière-bouche représentent les accidents *tertiaires*.

CHOMEL. Angine granuleuse (Gaz. méd., 1846). — HAMILTON. Sur l'angine scrofuleuse (Arch. de méd., 1845). — BURON. Pharyngite glanduleuse, th. de Paris, 1851. — GREEN. A treatise on Diseases of the air passages, etc., New-York, 1855. — GUENEAU DE MUSSY. Traité de l'angine glanduleuse, etc., Paris, 1857. — HARDY et BÉHIER. Traité de Path. int., Paris, 1861. — ISAMBERT. De l'angine scrofuleuse (Soc. méd., des hôp., 1871-1872). — De la tuberculose aiguë pharyngo-laryngée, in Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, 1875. — A. KOCK. De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée, th. de Paris, 1875. — SAMUEL GEE. On tuberculous angina faucium (Saint-Barthol. Hosp. Reports, 1875). — HOMOLLE. Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne, th. de Paris, 1875. — A. LAVERAN. De l'angine tuberculeuse (Soc. méd. des hôp., 1876). — J. SOURRIS. De l'angine tuberculeuse. Thèse de Paris, 1877. — LOOTEN. Des scrofulides des muqueuses, th. d'agrégation, 1878.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS DE L'ANGINE TUBERCULEUSE.

Nous avons déjà signalé à propos de l'angine phlegmoneuse la possibilité de collections purulentes dans le tissu cellulaire du cou. L'abcès rétro-pharyngien peut reconnaître aussi pour cause l'impression du froid, la présence d'un corps étranger. Si nous en exceptons ceux qui sont symptomatiques d'une carie vertébrale et qui dépendent de la chirurgie, les abcès *secondaires* ou *symptomatiques* sont beaucoup moins fréquents: ils se développent dans les maladies graves, la fièvre typhoïde, la septicémie, la scarlatine, la diphthérie, etc., ou à la suite de la suppuration des ganglions prévertébraux chez l'enfant. Les adultes sont plus rarement atteints que les enfants.

L'abcès rétro-pharyngien est le plus souvent situé derrière la portion du pharynx qui correspond à la bouche; parfois cependant il remonte jusqu'à la base du crâne ou descend derrière l'œsophage. Parfois aussi il occupe les parois latérales et vient saillir sur les côtés du cou.

Le début dans les formes primitives est celui d'une angine inflammatoire; quelquefois on observe des phénomènes cérébraux. Dans les formes secondaires, le début est insidieux, masqué qu'il est par la maladie primitive. Les premiers symptômes sont: une *dysphagie* intense qui empêche la déglutition des solides et la *dyspnée*. Celle-ci peut en imposer pour le croup à cause des violents accès de suffocation et du sifflement laryngo-trachéal inspi-

ratoire qui l'accompagnent ; tandis que dans le croup la voix est rauque, puis éteinte, ici elle est seulement nasonnée et peut même rester claire. Les symptômes généraux sont parfois très-intenses et revêtent la forme d'une fièvre ataxo-adyamique. Quand la marche de l'abcès est chronique, les symptômes généraux sont au contraire fort peu accusés.

L'inspection de la gorge permet le plus souvent d'apercevoir la saillie que forme l'abcès au fond du pharynx : le doigt introduit dans la bouche perçoit la fluctuation ou du moins sent une tumeur lisse et tendue, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, très-douloureuse à la pression.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès rétro-pharyngiens emportent généralement le malade avant de se frayer une voie au dehors, la mort arrive par asphyxie ou inanition, suffocation, fusées purulentes dans le médiastin et les plèvres, etc. Lorsque les abcès s'ouvrent spontanément ou par l'intervention du praticien, l'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la guérison survient rapidement. L'abcès est cependant susceptible de se reproduire si l'ouverture est insuffisante. L'irruption du pus dans les voies aériennes et l'œdème de la glotte par infiltration des replis ary-épiglottiques entraînent quelquefois très-rapidement la mort.

C'est surtout avec le croup que l'on peut confondre l'abcès rétro-pharyngien, dont les caractères distinctifs sont la *dysphagie*, le *timbre de la voix* assez nettement conservé, la *tuméfaction* du cou, la *projection en avant du cartilage thyroïde*. La difficulté est plus grande si la diphthérie existe en même temps. Lorsque l'abcès est symptomatique d'une lésion des vertèbres, le cou est généralement déformé et la pression sur les apophyses épineuses est douloureuse.

Le pronostic est grave ; la statistique de Gautier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ces recherches, la mort survint dans 25 cas non diagnostiqués ; dans 66 cas reconnus, la mort survint 8 fois sans qu'on fût intervenu, 3 fois après des incisions tardives ou mal faites et 4 fois dans des formes gangréneuses ; dans les autres cas la guérison eut lieu.

Le traitement médical par la saignée, le calomel, les vomitifs, la glace pilée, les gargarismes, etc., a toujours échoué. L'indication formelle est de *donner issue* au pus. Pour cela, on incisera la tumeur soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux spécialement destinés à cet usage.

MONDIÈRE. L'Expérience, 1842. — RILLIET et BARTHEZ, *loc. cit.* — GILLETTE. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, th. de Paris, 1868. — GAUTIER. Même sujet, Genève, 1869. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1880.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

ŒSOPHAGITE.

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et les plus importants travaux sur l'*œsophagite*.

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation de l'œsophage est *primitive* ou *secondaire*. *Primitive*, elle reconnaît comme causes : l'ingestion des aliments trop chauds ou trop froids, de substances irritantes ou corrosives (acides, alcalis, tartre stibié, etc.), le vomissement du contenu stomacal, le passage de corps anguleux ou solides (cathétérisme). De Ranse a cité aussi le fait curieux d'une *piqûre de guêpe* dans l'œsophage.

L'œsophagite *secondaire* est plus fréquente et succède parfois à l'extension d'une inflammation pharyngo-buccale (muguet, diphthérie) ou stomacale. On l'observe aussi dans les maladies éruptives et infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, septicémie, typhus, etc.), dans la syphilis, peut-être aussi dans le rhumatisme et l'alcoolisme. Les points sténosés sont souvent le siège d'inflammations circonscrites. Les maladies du cœur provoquent aussi la forme secondaire, soit par embolie (Parenski), soit par stase veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'œsophagite disparaissent parfois après la mort lorsqu'elles sont peu intenses ; d'ailleurs, elles varient avec la cause.

Dans nombre de cas, la muqueuse est hyperémiée, épaissie, friable par suite de l'imbibition et de l'exfoliation de l'épithélium, couverte de mucosités plus ou moins purulentes : c'est la forme *cattarrhale*. Mais la congestion peut atteindre les parois mêmes de l'organe et en amener la suppuration : c'est la forme *phlegmoneuse*. Les substances caustiques produisent l'ulcération et même le sphacèle de la muqueuse ; la gangrène peut également survenir spontanément lorsque l'inflammation est considérable ou dans les cas d'embolie (Rokitansky) : cette forme très-grave peut être le point de départ d'une perforation de l'œsophage ou bien elle amène un rétrécissement après la chute de l'eschare.

Le *muguet* se développe souvent dans l'œsophage par propagation. Les manifestations œsophagiennes des *exanthèmes fébriles* sont