

Pronostic. — Aujourd'hui la stomatite mercurielle compromet rarement la vie, excepté lorsqu'elle provoque dans la bouche des destructions considérables, ou bien encore lorsque la tuméfaction des parties molles, et surtout de la langue, est telle qu'il peut en résulter une gêne très-grande de la respiration, et même l'asphyxie si les narines sont obstruées ou sont naturellement trop étroites. Le pronostic n'est grave que dans ce cas; dans tous les autres la maladie n'est qu'incommode, dégoûtante, souvent rebelle, mais nullement dangereuse.

Elle peut même être un signe favorable. Lorsqu'en effet on donne du mercure à titre d'altérant dans certaines phlegmasies graves et qu'il amène la salivation, cette circonstance seule porte à espérer que la maladie aura une heureuse issue. Chomel m'a dit bien souvent n'avoir jamais vu succomber les femmes atteintes de péritonite puerpérale chez lesquelles il avait été assez heureux pour provoquer une stomatite mercurielle.

Étiologie. — Toutes les préparations de mercure peuvent déterminer la stomatite, mais cet accident est plus facilement produit par les composés insolubles. De tous ces médicaments, c'est peut-être le calomel qui la provoque le plus sûrement lorsqu'on le donne à doses très-fractionnées. Après lui viennent l'onguent mercuriel en frictions, la pommade citrine (nitrate de mercure), les préparations de mercure métallique usitées jadis à l'intérieur, et le protoiodure dont on abuse tant de nos jours. Citons aussi les vapeurs mercurielles auxquelles sont exposés les ouvriers de certaines industries, mais qui cependant provoquent plutôt le tremblement, la cachexie, qu'une stomatite.

La facilité avec laquelle la stomatite est produite varie beaucoup chez les divers individus; il en est, en effet, qui résistent aux mercuriaux sous quelque forme et à quelque dose qu'on les administre, tandis que d'autres ont une susceptibilité telle, qu'une petite friction avec l'onguent gris, ou une cautérisation avec le nitrate acide de mercure, ou l'administration de 15 à 20 centigrammes de calomel, déterminent une abondante salivation. Une température froide, l'habitation dans des lieux humides, une constitution molle, le peu d'activité des principales sécrétions et surtout de la transpiration cutanée, sont les circonstances qui favorisent le plus souvent le développement de la stomatite mercurielle.

Traitement. — Dès les premiers indices de salivation, tous suspendent l'emploi des mercuriaux. Mais le traitement employé pour conjurer les symptômes a beaucoup varié. Les uns, dans l'espoir de faire avorter la maladie, ont conseillé les astringents et les cautérisations superficielles. On a employé, dans ce but, les collutoires d'alun, de sous-acétate de plomb, qui n'ont réussi que lorsque la maladie est bénigne. Les cautérisations superficielles avec l'azotate d'argent, et surtout avec l'acide chlorhydrique, ont au contraire une efficacité réelle à titre d'agents abortifs, pourvu toutefois qu'on les emploie dès le début de l'affection. Pour obtenir ce résultat, on touche les gencives et la portion de la muqueuse qui commence à se boursoufler, avec un pinceau de charpie trempé dans de l'acide chlorhydrique pur, en ayant soin d'essuyer les dents lorsque l'acide les a touchées. Cette cautérisation superficielle, qui sera répétée deux ou trois fois, change le mode d'inflammation de la muqueuse et épargne presque toujours au malade les désagréments et souvent les dangers de la stomatite. Cette pratique a été surtout conseillée par M. Ricord et par M. Baumès. Je la crois généralement bonne, et ne partage nullement les préventions qu'avait contre elle un savant pathologiste, mon regrettable ami le professeur Requin.

La plupart ont donné la préférence au traitement antiphlogistique : c'est à lui d'ailleurs que tous arrivent lorsque les moyens abortifs ont échoué. Si la réaction est vive et les symptômes inflammatoires considérables, on pratique une ou deux saignées générales; mais le plus souvent il suffit de faire une ou plusieurs applications de sangsues sous la mâchoire inférieure. Ces parties seront couvertes de cataplasmes émollients; on prescrira des gargarismes mucilagineux, des bains tièdes, des pédiluves irritants, et l'on fera, en outre, sur le tube digestif, une révulsion énergique à l'aide de purgatifs; enfin, on donnera l'opium pour calmer les souffrances, pour procurer du sommeil, mais non dans l'espoir d'agir directement, comme on l'a cru, sur la maladie elle-même. Aussitôt que les symptômes inflammatoires se seront modérés, on rendra les collutoires astringents par l'addition du miel rosat et du sous-acétate de plomb, qu'on a élevé successivement à la dose de 8, 12, 20, 30 grammes et plus, pour 120 de véhicule. Mais on doit préférer l'alun, à la dose de 50 à 80 grammes par litre de liquide; ou bien trois ou quatre fois par jour, on porte directement ce sel avec le doigt sur les gencives : c'est la pratique que suit M. Velpeau. Avec les astringents on continue les moyens révulsifs, et l'on excite les principales sécrétions, notamment la transpiration, par l'emploi des bains de vapeur ou des bains sulfureux. La persistance des ulcérations exige souvent qu'on cautérise celles-ci avec le nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique; mais comme elles persistent souvent par suite de la pression des dents, on devra, d'après le conseil de M. Ricord, couvrir celles-ci de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution suffit souvent à elle seule pour guérir des ulcérations qui avaient résisté à tous les autres moyens. Il est inutile de dire que, lorsque la maladie est très-aiguë, il faut soumettre les malades à une diète rigoureuse; plus tard, lorsque l'inflammation se modère, on donne du lait, du bouillon, des potages, des bouillies, des gelées, ou tout aliment qui ne nécessite pas d'efforts de mastication.

Pendant longtemps les médecins employèrent contre la stomatite des substances dans le but de neutraliser le mercure : tels étaient les acides sulfurique, azotique, les chlorures, l'iode, l'or, et surtout le soufre et les sulfures. Mais l'expérience a suffisamment démontré, aujourd'hui, l'impuissance de pareilles médications.

Dans ces dernières années, sur l'initiative de M. Herpin, on a combattu la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse, administré à la dose et de la manière que j'ai indiquée précédemment (p. 262). Cette substance donnée dès le début arrête souvent la stomatite dans sa marche; administrée pendant que la maladie est à son état, elle la modifie parfois d'une manière si prompte, qu'en quelques jours on rend à la muqueuse sa couleur et sa fermeté. Cependant hâtons-nous de dire que si le chlorate de potasse agit souvent utilement, il échoue néanmoins quelquefois et n'a pas à beaucoup près, contre la stomatite mercurielle l'efficacité que nous lui avons reconnue contre la stomatite ulcéro-membraneuse. Ce médicament peut être donné à toutes les périodes de la maladie et quelle que soit l'acuité des symptômes locaux. Il ne contre-indique point d'ailleurs l'emploi des autres moyens. Si j'ai parlé du chlorate de potasse à propos du traitement chimique, ce n'est pas que j'admets que ce médicament agit à titre de neutralisant. Le mécanisme de son action nous échappe. Il n'y a probablement ici, comme nous l'avons dit ailleurs (p. 263), qu'une impression topique intime, presque moléculaire, sur la membrane muqueuse. M. Demarquay a, dans ces derniers temps, employé également avec

avantage contre la stomatite mercurielle l'iodate de potasse à la même dose que le chlorate.

Prophylaxie. — Nous n'ajoutons aucune confiance aux moyens vantés jadis pour prévenir la salivation, tels que l'iode, le camphre, le soufre et ses diverses préparations, ou l'hydrate de chaux qu'on associait au mercure. Les seuls moyens prophylactiques efficaces de la stomatite mercurielle appartiennent à l'hygiène. Pour prévenir l'action du mercure sur la bouche, on entretiendra la liberté du ventre; les malades seront garantis du froid humide; ils seront vêtus de flanelle et l'on excitera les fonctions de la peau. C'est probablement en agissant de la sorte, en favorisant l'élimination du mercure, et non, comme on l'a cru, par une action chimique, que les bains sulfureux, pris surtout aux sources, préviennent presque toujours la salivation lorsqu'on les administre dans le cours d'un traitement mercuriel.

Nature. — Beaucoup de médecins, même encore de nos jours, regardent la stomatite mercurielle comme une maladie des glandes salivaires, spécialement des parotides; mais il suffit d'avoir lu avec quelque attention la description précédente pour être convaincu que ce qu'on nomme vulgairement la *salivation mercurielle* n'est autre qu'une variété de la stomatite. L'inflammation des glandes salivaires ne constitue jamais le phénomène prédominant; elle est toujours consécutive. La supersécrétion de la salive qu'on observe dépend d'ailleurs bien moins d'une action directe que le mercure exercerait sur les glandes salivaires, que de l'inflammation de la muqueuse buccale, qui agit sympathiquement sur elle, en vertu de cette loi qui veut que la plupart des sécrétions soient activées lorsqu'une phlegmasie existe à l'extrémité d'un conduit excréteur. Ajoutons enfin que le fluide qui s'échappe de la bouche est en grande partie fourni par les follicules de la muqueuse; et comme on y a découvert une petite quantité de mercure, il est à supposer que le métal agit directement sur la muqueuse pour l'enflammer.

DE LA GLOSSITE

La *glossite*, ou inflammation de la langue, peut n'occuper que la membrane muqueuse; d'autres fois elle envahit primitivement ou consécutivement le tissu même de l'organe; de là la distinction de la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La glossite superficielle peut être caractérisée par les diverses altérations qu'on rencontre dans les variétés de stomatite que nous venons d'étudier. C'est ainsi que nous avons vu le muguet commencer presque toujours par la langue. On voit également cet organe être fréquemment le siège d'aphthes, de productions membraneuses et d'ulcérations diverses. Il est une autre forme de glossite superficielle dans laquelle il existe à peine une très-légère tuméfaction de l'organe; sa surface rouge, sèche, entièrement dépouillée d'épithélium, montre à nu les papilles saillantes; cela explique la douleur cuisante que le contact des substances les plus douces excite. Le goût est en même temps perverti, altéré; la parole est difficile, les ganglions du cou sont un peu tuméfiés et douloureux. Souvent aussi il existe quelques troubles du côté des organes digestifs, comme de la soif et de l'insipidité.

Dans certains cas, l'inflammation semble se circonscire à l'appareil folliculaire, surtout aux follicules qui occupent la base de l'organe; c'est cette forme de glossite que Requin désignait sous le nom de *papillaire*. Les papilles, rouges,

dures et saillantes, déterminent alors un sentiment de chaleur, de picotements, qui augmente et devient insupportable pour peu que les aliments soient sapides. Comme Requin, je n'ai encore rencontré cette forme de glossite que chez les femmes nerveuses, hystériques; elle est ordinairement très-opiniâtre.

Dans la glossite profonde ou parenchymateuse, les symptômes sont bien autrement graves: en quelques heures, on voit la langue acquérir un volume tellement considérable, qu'après avoir rempli toute la bouche, elle sort en partie au dehors, tandis que sa base fait saillie vers le pharynx et repousse l'épiglotte, ce qui produit fréquemment des accidents d'asphyxie. On conçoit aussi que, dans ces cas, la déglutition et l'articulation des sons doivent être impossibles. Enfin, la circulation cérébrale éprouve elle-même une gêne extrême, par suite de la compression des vaisseaux du cou: c'est ce qui explique les symptômes apoplectiques que quelques malades présentent; la face est alors bouffie et bleuâtre; la partie de la langue qui sort de la bouche est tendue, rouge ou violacée. Les symptômes généraux sont en raison directe de l'intensité de la phlegmasie et du trouble des fonctions respiratoires.

La glossite peut être générale ou bien être limitée à une moitié de la langue; dans ce dernier cas, l'organe est pour ainsi dire contourné: de sorte que c'est le bord gonflé et non la pointe qui sort entre les arcades dentaires.

La glossite parenchymateuse peut se terminer par résolution ou bien être suivie d'induration, de suppuration et de gangrène. L'induration persiste souvent très-longtemps, c'est-à-dire des mois et même plusieurs années avant de se résoudre; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans un fait rapporté par M. Graves. S'il y a suppuration, l'abcès siège le plus ordinairement à la base de l'organe. Cette circonstance fait qu'il est parfois difficile de reconnaître la présence du pus, les malades ouvrant à peine la bouche et l'intumescence de l'organe mettant également obstacle à une exploration régulière.

Quelques individus atteints de glossite meurent asphyxiés. L'asphyxie survient ordinairement à une époque encore peu avancée de la maladie, c'est-à-dire au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est évident que le diagnostic de la glossite est toujours facile; je parle de la forme aiguë, il n'en est pas de même de la forme chronique. Il est souvent difficile, en effet, de distinguer une glossite chronique d'un squirrhe commençant. Celui-ci, étant malheureusement aussi commun que la glossite chronique est rare, sera toujours soupçonné, à moins que l'induration n'ait succédé à un état franchement aigu. Les indurations de la langue qui ne sont pas cancéreuses sont bien moins la suite d'une phlegmasie légitime que le résultat d'une infection vénérienne. Les antécédents des malades, les symptômes concomitants éclaireront le médecin qui, dans le doute, trouvera d'ailleurs dans le traitement spécifique le moyen le plus sûr d'éclairer le diagnostic.

Pronostic. — On comprend aisément combien le pronostic doit être grave lorsque l'inflammation occupe les tissus cellulaire et charnu de l'organe. La gangrène ne laisse guère d'espoir de salut, cependant il existe dans la science plusieurs cas où, nonobstant une si fâcheuse terminaison, la guérison a pu avoir lieu. La glossite parenchymateuse est la seule dont le pronostic comporte quelque gravité.

Étiologie. — La glossite superficielle se développe ordinairement sous l'influence des mêmes causes que les diverses espèces de stomatite étudiées précédemment. Rarement spontanée, la glossite succède presque toujours à quelque cause directe; les plaies de l'organe, les morsures que se font si souvent les

épileptiques au début de leurs attaques, le mercure absorbé, le contact des corps brûlants, des substances âcres et caustiques, sont les causes les plus ordinaires des glossites que nous observons.

La glossite s'est parfois déclarée spontanément dans le cours de certaines maladies graves, mais cette complication, qui ajoute beaucoup au péril, est des plus rares dans le climat que nous habitons.

Traitement. — La glossite profonde exige un traitement extrêmement énergique. On devra pratiquer une ou plusieurs saignées larges; on mettra un grand nombre de sangsues sous la mâchoire inférieure; on insistera sur les révulsifs cutanés et sur les purgatifs drastiques. Enfin, si les accidents sont tellement intenses que le malade soit menacé de suffoquer par suite du volume excessif de la langue, il faut pratiquer une scarification profonde dans toute la longueur de l'organe, et intéressant le quart et même le tiers de son épaisseur; cette opération amène souvent un dégorgeement rapide. Si, nonobstant cela, l'asphyxie était imminente, on n'aurait d'autre espoir que dans la laryngo-trachéotomie. Inutile de dire que si un abcès s'était formé, on devrait l'ouvrir avec le bistouri ou bien en provoquant le vomissement à l'aide de l'émétique.

La glossite superficielle exige l'emploi de collutoires mucilagineux qu'on rend légèrement résolutifs et astringents avec l'alun, l'acétate de plomb, le borax, aussitôt que l'inflammation commence à s'éteindre. Contre la glossite qui accompagne la stomatite ulcéro-membraneuse ou la stomatite mercurielle, on emploiera la série des moyens dont j'ai parlé en traitant de ces affections, et particulièrement le chlorate de potasse.

DES ANGINES

Le mot *angine* (de *ἄγχω*, j'étrangle) servait à désigner, dans le langage des anciens médecins, toutes les difficultés d'avaloir ou de respirer produites par une cause placée au-dessus du poumon ou de l'estomac. Aujourd'hui cette expression n'est guère usitée que pour dénommer les phlegmasies des membranes muqueuses comprises entre l'arrière-bouche, le cardia et l'origine des bronches.

Les angines ont reçu des noms particuliers, suivant leur siège spécial et leur mode de terminaison, leur nature et l'espèce d'altération qui les constitue. Les principales sont les angines *gutturale*, *tonsillaire*, *pharyngée*, *œsophagienne*, *laryngée*, *trachéale*, *œdémateuse* et *pseudo-membraneuse*. La plupart peuvent exister à l'état aigu ou à l'état chronique; mais il en est qui ont une marche toujours aiguë, telle est surtout l'angine diphthéritique. Nous ne devons nous occuper ici que des angines qui occupent le pharynx et l'œsophage, renvoyant l'étude des autres à l'époque où nous traiterons des phlegmasies de l'arbre aérien.

Dans la description des angines pharyngées, je multiplierai moins les espèces qu'on ne l'a fait. Je ne consacrerai point, par exemple, d'article spécial à cette angine pultacée que nous avons vue dans la scarlatine et dont je dirai encore un mot à propos du diagnostic de l'angine couenneuse. Quant aux angines dites syphilitiques, elles seront plus convenablement étudiées avec les autres accidents de la vérole (voyez t. II). Enfin, je ne décrirai pas une angine gangréneuse, car la gangrène est un accident d'ailleurs fort rare de la phlegmasie et dont il sera question à propos de chaque espèce d'angine dans laquelle on peut la rencontrer. Pour les gangrènes qui sont manifestement l'expression d'une cause générale, nous en dirons un mot en particulier dans le tome II (voyez *Gangrène du pharynx*).

De l'angine gutturale et de l'angine pharyngées aiguës

Dans l'angine gutturale, l'inflammation occupe la muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, c'est-à-dire le voile du palais, ses piliers, la luette et les amygdales. On dit que l'angine est *pharyngée* lorsque l'inflammation siège sur la muqueuse du pharynx lui-même.

Ces phlegmasies qui existent souvent isolément peuvent être réunies chez le même sujet.

Symptômes de l'angine gutturale. — Cette maladie survenant ordinairement sans prodromes, les malades éprouvent dès le début un peu de douleur et un sentiment de sécheresse dans la gorge; la déglutition est difficile, et la voix offre souvent un timbre nasonné; beaucoup éprouvent incessamment le besoin d'avaloir, ce qui s'explique par le gonflement et par l'allongement de la luette qui agit un peu comme le ferait un corps étranger arrêté dans l'isthme du gosier. Si, plaçant le malade en face d'une croisée ou d'une lumière, on lui fait ouvrir la bouche pour voir les parties affectées, on trouve celles-ci souvent très-peu tuméfiées; la muqueuse est seulement rouge, luisante et sèche; plus tard elle est tapissée par un mucus filant, qui se condense et forme une couche grisâtre, surtout sur les amygdales. Parfois, les parties sont moins rouges, mais elles sont comme boursoufflées et manifestement œdémateuses; c'est ce qui a lieu surtout pour la luette, qui peut acquérir le volume de l'indicateur. Elle est alors molle au doigt et peut être touchée, titillée, sans exciter comme d'habitude ni vomissement ni même de nausées. Enfin, chez quelques malades examinés très-près du début, on observe parfois sur les amygdales, sur le voile du palais et sur ses piliers, des groupes de vésicules, qui, crevant prématurément, laissent à leur place une concrétion blanchâtre très-adhérente, circonscrite par une muqueuse très-rouge, parfois boursoufflée, concrétion toujours fixe, non extensible, se renouvelant rarement une fois tombée, n'ayant aucune analogie avec celle dont nous parlerons plus tard et qui caractérise l'angine diphthéritique; dans ces cas enfin il n'existe point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Quelle que soit la forme anatomique de l'angine gutturale, la plupart des malades ont une haleine désagréable, souvent fétide; l'appétit est diminué ou perdu, la soif est variable; il existe indifféremment un peu de diarrhée ou de la constipation, et parfois on voit s'allumer un appareil fébrile peu intense et d'une durée assez éphémère.

Les accidents que je viens d'énumérer, après s'être accrus pendant un, deux ou trois jours, diminuent ensuite d'intensité, et la maladie se termine par résolution. On cite pourtant quelques cas assez rares où de la suppuration s'est formée dans la luette ou dans le voile du palais; on le reconnaît au volume de ces parties et à leur coloration bleuâtre ou blanchâtre; d'ailleurs, en portant sur elles l'extrémité du doigt, on sent de la fluctuation: cette pression suffit souvent pour provoquer la rupture du petit abcès; d'autres fois, celle-ci s'opère à la suite d'efforts de vomissement et de toux.

Symptômes de l'angine pharyngée. — Les symptômes sont différents, suivant que la phlegmasie affecte cette portion supérieure du pharynx qu'on voit lorsqu'on ouvre la bouche, ou bien cette partie inférieure de l'organe, qui est inaccessible à la vue. Dans le premier cas, il existe un sentiment d'ardeur, de cuisson et de sécheresse dans la gorge; la muqueuse est rouge, sèche, luisante ou tapissée par un mucus grisâtre et très-adhérent; la déglutition est moins pénible que dans l'angine gutturale; on n'observe pas non plus, comme dans celle-

ci, ni le nasonnement, ni le besoin d'avaler. Mais les malades sont tourmentés par une *toux gutturale*, qui finit par provoquer, après quelques efforts, l'expulsion du mucus tenace qui tapisse la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure du pharynx, les malades rapportent la difficulté et la douleur qu'ils éprouvent en avalant au niveau de l'ouverture supérieure du larynx. Il semble à quelques-uns que le bol alimentaire subit dans ce point un temps d'arrêt. Les mouvements imprimés au larynx, ainsi que la pression exercée sur les parties latérales du cou, augmentent souvent les souffrances. L'inspection de la gorge, même lorsqu'on déprime fortement la langue, ne peut laisser apercevoir les parties affectées. Cependant dans quelques cas rares où l'inflammation se propage à l'épiglotte, on parvient, en déprimant beaucoup la base de la langue, à apercevoir cet organe, qui est d'un rouge intense, et qui ressemble, par sa couleur et par son volume, à une cerise offrant à son centre une dépression longitudinale. (Voyez plus bas l'article *Laryngite*.)

La phlegmasie, au lieu d'être uniquement membraneuse, peut occuper le tissu cellulaire subjacent. Le phlegmon rétro-pharyngien est tantôt primitif, tantôt consécutif à l'inflammation de la membrane muqueuse. Il se termine le plus souvent peut-être par suppuration. L'abcès qui se forme alors, s'il siège sur la paroi postérieure du pharynx, sera facilement aperçu et touché lorsqu'on fera ouvrir la bouche au malade; il ne produira guère d'autres troubles qu'une douleur peu vive et une certaine gêne dans la déglutition. Mais si le pus fuse vers la partie supérieure du larynx, de manière à comprimer la glotte, on verra naître des accidents graves. Quelques malades meurent suffoqués comme s'ils étaient atteints du croup ou d'une angine œdémateuse. L'abcès rétro-pharyngien expose à moins de danger lorsqu'au lieu d'occuper la partie médiane, il s'est développé dans une des parois latérales du pharynx.

L'angine pharyngée simple excite rarement de la fièvre; elle se termine toujours par résolution, après une durée qui varie de un à sept ou huit jours. Cette maladie récidive fréquemment.

La pharyngite phlegmoneuse, étant presque toujours très-circonscrite, ne provoque pas, en général, une réaction fébrile bien considérable, les symptômes locaux restent même assez obscurs, jusqu'à ce que l'abcès se soit formé, et alors on voit des accidents plus ou moins sérieux, suivant le siège du foyer. A la partie supérieure ou moyenne du pharynx, l'abcès provoque surtout de la dysphagie; mais, placé inférieurement au voisinage du larynx, nous avons vu qu'il pouvait entraîner la mort par suffocation.

Diagnostic. — La nature des troubles fonctionnels, et surtout l'inspection des parties permettront toujours de reconnaître les angines gutturales et pharyngées. Chez les enfants naissants, il faut éviter pourtant de prendre pour une inflammation la rougeur naturelle de la gorge, qui existe souvent chez eux pendant les dix ou douze premiers jours de la vie. On distingue celle-ci de celle qui est inflammatoire, parce qu'elle n'excite jamais de fièvre, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune gêne appréciable dans la déglutition.

Nous dirons plus tard, en traitant de l'angine diphthéritique, comment on distinguera de celle-ci les plaques grisâtres qu'on voit parfois se former à la suite d'une éruption herpétique sur les amygdales. Il est presque inutile de prévenir aussi le lecteur qu'on ne saurait jamais confondre ces concrétions avec les plaques dites *muqueuses*, symptôme de syphilis constitutionnelle, ayant une marche chronique, dont les exsudats sont absolument différents et qui coexiste presque toujours avec d'autres symptômes constitutionnels (voyez *Syphilis*).

Lorsque la phlegmasie occupe la partie la plus inférieure du pharynx, c'est-à-dire un point qui est peu ou qui n'est point accessible à la vue, on pourrait hésiter sur le siège du mal. Cependant la toux gutturale, et surtout la douleur que la déglutition provoque, fixeront le diagnostic, même lorsqu'un peu d'enrouement prouve que la phlegmasie s'est propagée jusqu'au larynx.

Les abcès rétro-pharyngiens peuvent plus facilement être méconnus, et faire croire soit à un croup, soit à une angine laryngée. Nous reviendrons sur ce diagnostic différentiel lorsque nous traiterons de ces affections. Disons seulement ici qu'il importe toujours, dans les souffrances qui semblent avoir le larynx pour point de départ, d'examiner avec le plus grand soin le pharynx, et si l'on reconnaît dans un point de son étendue une tumeur molle et fluctuante; si, d'autre part, l'épiglotte et la partie supérieure du larynx sont intactes, il sera rationnel d'attribuer à la collection purulente les accidents de suffocation qu'on observe. On palpera également avec une grande attention les parties latérales du cou, attendu que parfois la fluctuation a pu être perçue extérieurement.

Pronostic. — Le pronostic n'est presque jamais grave; il ne pourrait l'être que dans ces cas, rares d'ailleurs, d'abcès rétro-pharyngiens ayant fusé inférieurement, et comprimant la glotte, ainsi que M. le docteur Ballot en a cité un remarquable exemple dans les *Archives générales de médecine* (année 1844, t. XII).

Étiologie. — Les angines pharyngée et gutturale sont surtout communes chez les enfants et chez les jeunes gens; elles sont fréquentes au printemps; elles sont souvent provoquées par l'action de vapeurs irritantes, par le contact de corps trop chauds ou trop froids. Mais leurs causes les plus communes sont les perturbations atmosphériques et le refroidissement du corps: aussi règnent-elles souvent épidémiquement.

Traitement. — L'usage des boissons douces, de gargarismes émoullents, de quelques pédiluves irritants et d'un laxatif, forme à peu près le seul traitement actif à opposer aux angines gutturale et pharyngée. Il est inutile de dire que ces moyens devront être secondés par le repos au milieu d'une température uniforme, et par la diète, s'il y avait de la fièvre. Enfin, on combattra par une médication appropriée les complications qui pourraient exister. La plus fréquente est un embarras gastrique qui nécessitera l'emploi d'un vomitif. Les émissions sanguines sont rarement indiquées. Quelques personnes, dans le but de faire avorter la phlegmasie, ont conseillé les insufflations d'alun et les gargarismes fortement aluminés employés dès le début; mais cette médication échoue presque toujours lorsque la phlegmasie est franche; elle ne réussit guère que dans ces phlegmasies œdémateuses qui atteignent les convalescents ou des sujets plus ou moins affaiblis.

Si l'on constate un abcès rétro-pharyngien, on se hâtera de donner issue au pus avec le bistouri ou avec le pharyngotome, ou bien par l'administration d'un vomitif. Dans le cas où le foyer, très-diffus, serait peu accessible, et si la suffocation était imminente, on ouvrirait une voie artificielle à l'air en pratiquant la laryngo-trachéotomie.

Des angines gutturale et pharyngée chroniques, et spécialement de l'angine granuleuse ou glanduleuse.

Les angines gutturale et pharyngée peuvent être chroniques. Cet état est tantôt primitif, tantôt il est consécutif à la forme aiguë.

La membrane muqueuse chroniquement enflammée peut ne présenter qu'un