bruyantes (*hem*, des Anglais), et destinées à rejeter les produits de sécrétion qui sont expectorés sous forme de pelotons opaques ressemblant souvent à de l'amidon cuit, ou verdâtres (Gueneau de Mussy) si l'affection s'est propagée au larynx : plus rarement ils renferment quelques stries sanguinolentes.

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 peut devenir un empêchement insurmontable pour certaines professions où l'on a besoin de faire un usage constant de la parole. Contrairement à l'opinion émise par Green, elle n'a aucun rapport avec la phtisie 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., prises principalement sous formes d'inhalations, rendent souvent de grands services chez les herpétiques ; les eaux salines, Ems, Royat, Nauheim, etc., chez les scrofuleux. Le traitement local consistera en insufflations d'alun et de tanin, en cautérisations légères avec le sulfate de cuivre, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, et surtout les attouchements avec une solution diluée de chlorure de zinc (Lasègue). Les douches pharyngées et les pulvérisations (Sales-Girons) sont aussi très utiles. Les balsamiques seront administrés à l'intérieur avec avantage.

Angine catarrhale chronique. — L'angine catarrhale chronique doit être soigneusement distinguée de l'angine granuleuse avec laquelle elle a sans doute un grand nombre d'affinités étiologiques, surtout en ce qui touche les maladies générales, mais dont elle se sépare absolument au point de vue anatomique.

Dans cette forme particulière de l'angine chronique, ce qui domine, en effet, c'est une inflammation simple de la muqueuse sans hypertrophie des glandules: il existe une rougeur avec gonflement parfois intense des parties, surtout lorsque le catarrhe porte de préférence sur les piliers du voile, comme cela s'observe chez les goutteux (Lasègue). Quelquefois on constate sur ces parties enflammées de véritables pustules de consistance et de volume variable et dont la présence a motivé le nom d'*angine acnéique* proposé par M, Lasègue. Ces pustules siègent principalement dans la *fossette sous-amygdalienne*.

Symptomatiquement, l'angine catarrhale chronique ne diffère

pas beaucoup de l'angine glanduleuse ; parfois sans expectoration marquée (pharyngite sèche de Lewin), elle est d'autres fois accompagnée de sécrétions assez abondantes qui viennent se coller sur la face postérieure du pharynx et sont rejetées au réveil, de façon à constituer un véritable graillonnement matutinal (Damaschino).

Comme dans l'angine glanduleuse, il peut y avoir des troubles de la voix et de l'audition si la maladie s'étend aux parties voisines. Mais comme elle existe fréquemment chez les *rhumatisants* et les *goutteux*, elle est souvent accompagnée de troubles fonctionnels prononcés spécialement du côté de l'estomac ; sa marche est essentiellement lente, sa durée souvent indéfinie. Soumise à des exacerbations constantes, elle constitue une incommodité très fatigante, mais elle n'implique pas l'idée d'une affection grave.

Elle est susceptible de s'amender par un traitement rationnel qui du reste diffère peu de celui de l'angine glanduleuse.

Angine chronique avec végétations adénoïdes.— Les végétations adénoïdes constituent une entité pathologique nettement déterminée et absolument distincte des états précédents. Entrevues par Czermack et Voltolini, elles ont été particulièrement bien décrites par Wilhelm Meyer (1868), Loewenberg (1879), Collet 1886), et ces premières recherches complétées par les travaux plus récents de Vallas, Scheeffer, Minière, Baumgarten, Gouguenheim, etc., font des végétations adénoïdes une des formes d'angines chroniques les plus connues.

Il s'agit là du reste d'une affection extrêmement répandue (voir les statistiques de Meyer, Michel de Cologne, Minière, etc.); Schoeffer rapporte qu'il en a recueilli mille observations en deux ans. Elle est plus particulière au jeune âge et se rencontre sous les climats froids et humides, surtout sur les rives de la Baltique (Shalle). L'hérédité semble influencer son développement (Loewenberg). Toutefois les conditions qui paraissent agir de préférence, c'est en première ligne le coryza chronique et les états qui y prédisposent (rougeole, tuberculose). Enfin Meyer, Colas, Morell Macquenzie estiment que la division congénitale du voile du palais est une cause fréquente de végétations; ce vice de conformation agirait pour ces auteurs en facilitant l'accès du pharynx à l'air, et à toutes les causes d'irritations locales.

Anatomiquement, les tumeurs adénoïdes se distinguent en tumeurs sessiles et en pédiculées (Mayer); elles ont une consistance molle que l'on a comparée à celles des circonvolutions, ou d'un paquet de vers. Très friables, elles saignent au moindre contact : leur surface est d'ailleurs généralement crevassée. Revêtues d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, elles sont cons-

tituées par une couche de cellules fusiformes immédiatement sous-jacentes à l'épithélium et qui recouvre le tissu réticulé, soutenu lui-même par une charpente de fibres connectives serrées et parallèles. Dans les mailles du tissu réticulé, mailles étroites à la périphérie de la végétation, se trouvent des follicules clos. Ces végétations contiennent parfois des cavités kystiques, vestiges des glandes acineuses de la muqueuse pharyngée.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx ont le plus ordinairement une évolution latente ; ce n'est qu'après avoir acquis un développement considérable ou occasionné un certain nombre de symptômes subjectifs pénibles qu'elles nécessitent l'examen médical qui en fait reconnaître l'existence. En général elles s'annoncent soit par des troubles du côté de l'oreille (surdité, écoulements par le conduit auditif externe), soit par des accidents respiratoires pouvant rappeler le syndrome de la laryngite striduleuse, c'est ce qui faisait décrire à Calmettes une *forme auriculaire* et une *forme respiratoire* des végétations adénoïdes pharyngées.

Les troubles de l'audition sont de beaucoup les plus fréquents (95 0/0, Noaks) ; soit qu'ils résultent de la propagation de l'inflammation pharyngée à la trompe d'Eustache, soit que l'amygdale tubaire de Gerlach soit primitivement hypertrophiée. Suivant le degré de l'affection, ils se traduisent par du bourdonnement d'oreille, de la diminution de l'ouïe. La surdité, quand la maladie se développe chez les très jeunes enfants, se complique souvent de mutisme et d'accidents irritatifs du côté de la caisse qui peuvent entraîner le catarrhe purulent, la perforation du tympan, et plus tard la surdité complète. Balme et Peisson ont du reste montré que les végétations adénoïdes étaient très fréquentes chez les sourds-muets.

Les *troubles respiratoires* ne sont pas moins importants ; obligé de dormir la bouche ouverte, le malade ronfle fortement ; de plus sa respiration est entravée par le fait de l'obstruction relative du pharynx, au point d'avoir parfois de véritables crises asphyxiques ; l'effort suffit même dans certains cas à provoquer la dyspnée. L'obstruction de l'arrière-cavité des fosses nasales rend enfin la voix moins sonore (voix morte de Michel de Cologne) et le chant presque impossible. Les consonnes *m* et *n* sont plus particulièrement difficiles à prononcer.

Comme symptômes accessoires, on peut noter les troubles souvent prononcés de l'*olfaction*, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ou carotidiens et toute une série d'accidents réflexes, depuis la névralgie du trijumeau, la migraine, le vertige et les accès d'asthme jusqu'à l'œsophagisme et même des accès épileptiformes (Bosworth).

La conséquence de ces troubles divers est de donner aux malades porteurs de végétations adénoïdes du pharynx un aspect presque caractéristique. Avec leur bouche ouverte en permanence, l'œdème lymphatique de la lèvre supérieure, l'allongement de la face, l'affaissement des joues et l'aplatissement du maxillaire supérieur, la saillie du menton qui accuse la projection des incisives en avant, ils ont un air d'étonnement et de niaiserie absolument pathognomonique.

Les végétations adénoïdes se reconnaissent facilement à l'examen direct du pharynx ou avec la rhinoscopie postérieure, mais le moyen le plus sûr et le plus simple est encore l'exploration digitale.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx ne constituent pas à proprement parler une affection grave ; mais on ne saurait les négliger par suite des conséquences sérieuses qu'elles peuvent entraîner, ne fût-ce que les troubles de l'audition et de la respiration que nous avons mentionnés plus haut ; les troubles respiratoires sont susceptibles, en effet, d'entraîner des déformations du squelette très analogues à celle du rachitisme, et d'entraver sérieusement les fonctions de l'hématose. Dans ces conditions, les petits malades sont inaptes au travail, ils digèrent mal et se débilitent facilement.

C'est pour cela qu'il faut intervenir le plus rapidement possible et d'une façon radicale. Quand les tumeurs sont pédiculées, on les opère avec l'anse galvanique ; quand elles sont sessiles, on en débarrasse le patient par le râclage avec la curette de Lange ou l'arrachement, après avoir fait l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne.

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 constate soit une pharyngite érythémateuse, soit des plaques muqueuses. Enfin, les gommes suppurées de l'arrière-bouche représentent les accidents *tertiaires*.

GUÉNEAU DE MUSSY. Traité de l'angine glanduleuse, etc. Paris, 1857. — ISAMBERT. De l'angine scrofuleuse (Soc. méd. des hôp., 1871-1872). — 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, th. de Paris, 1877. — LOOTEN. Des scrofulides des muqueuses, th. d'agrégation, 1878. — DAMASCHINO. Loc. cit. — SPILLMANN. Tuberculose du tube digestif, th. de concours, 1878. — H. BARTH. De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, 1880. — P. TISSIER. Sur une forme partic. de pharyngite (An. Gouguenheim, 1886). — SALIS-COHEN. Med. Record, 1886. — J. COLLET. Etude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal, th. Lyon, 1886. — BALME. De l'hypertrophie des amygdales, th. Paris, 1888. — NOQUET. Abcès chroniques amygdaliens (Rev. mens. de laryng., juillet 1889). — GAREL. Même sujet (Ann. mal. de l'oreille, janv. 1889). — LUBERT-BARBOU. Végétations adénoïdes du pharynx (Gaz. des hôp., 1889). — R. ENGEL. Même sujet. Th. de Bonn, 1889. — LUC. Même sujet. (Union méd., 1889). — STOEK. Th. Wurzbourg, 1889. — VALLAS. Même sujet (Prov. méd., 1889)

— AIGRE. Tuberc. miliaire aiguë du pharynx (Soc. méd. des hôp., 1889). — ESTRADÈRE. Ulcér. pharyng. (Soc.anat. Bordeaux, 1889). — KAMMERER. Cancer du pharynx et de l'œsophage (N.-York. Surg. Soc., 1889). — JACOBSON. Rétréc. syphil. du pharynx (Uratch, 1889). — THORNER. Aflect. chron. de la bouche, d'origine rhumatism. (New-York. med. Rec., 1889). — BEHRENDT. Th. Wurtzbourg, 1890. — FOREZ. Th. Wurzbourg, 1890. — CHAUMIER. Même sujet (Gaz. des hôp.,1890). — SCHAEFFER. Même sujet (Wien. med. Woch., 1890). — WOHLAUER. Tuberc. pharyngée, th. Berlin, 1890. — BARTELS. Angine herpétique (St-Pet. med. Woch., 1890). WOLFENDEN. Syphilis et tuberc. de la gorge (Journ. of laryng., 1891). — GAMBERT. Amygdal. chroniques, th. Paris, 1891. — SOKOLOWSKI et DMOCHOWSKI. Même sujet. (Arch. de laryng., 1891-1892). — JULLIEN. Tuberculose primitive et isolée du pharynx (Soc. franç. dermat., 1892). — GOUGUENHEIM. Végétations adénoïdes (Gaz. hôp., 1892). — LUBET-BARBON. Trait. de l'angine de Thornwaldt (Rev. de laryng., 1892). — RUAULT. Même sujet. (Soc. laryng. Paris, 1892).

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS.

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 et la présence d'un corps étranger. Si nous en exceptons les abcès 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 diphtérie, 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 accompagnée de 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 une *dyspnée* très vive. Celle-ci peut, en effet, en imposer pour le croup à cause des violents accès de suffocation et du sifflement laryngo-trachéal inspiratoire 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-adynamique.

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 tyroïde*. La difficulté est plus grande si la diphtérie 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 Gauthier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ses recherches, la mort survint dans 35 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 gangreneuses ; 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.

Gillette. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, th. de Paris, 1868. — Gauthier. Même sujet. Genève, 1869. — D'Espine et Picot. Maladies de l'enfance, 1893.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

ŒSOPHAGITE

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et 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 (alcoolisme, Letulle) ou corrosives (acides, alcalis, tartre stibié, etc.), la présence ou seulement le passage de certains corps étrangers (épingles, arêtes de poisson, fragments d'os) ; l'influence fâcheuse du cathétérisme, admise par certains auteurs, n'est rien moins que démontrée. De Ranse a cité le fait curieux d'un cas d'œsophagite attribuable à une *piqûre de guêpe*.

L'œsophagite *secondaire*, pour être un peu plus fréquente, n'est point commune ; elle peut succéder à l'extension d'une inflammation pharyngo-buccale (muguet, diphtérie) ou stomacale (gastrite aiguë). On l'observe aussi dans les maladies éruptives et infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, septicémie, typhus, syphilis ou rhumatisme). L'œsophagite des maladies du cœur est attribuable à la stase veineuse ou à de petites embolies (Parenski).

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'œsophagite disparaissent parfois après la mort lorsqu'elles sont peu intenses ; d'ailleurs, elles varient avec la cause qui les a provoquées.

Leur siège, pourtant, est toujours à peu près le même : rares à la partie moyenne, c'est vers les parties supérieures et inférieures, au niveau des orifices, enfin, qu'elles prédominent.

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 *catarrhale*. Mais le processus inflammatoire 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 entraîne soit la perforation de l'œsophage, soit son rétrécissement après la chute de l'eschare.

On a noté quelques faits rares de diphtérie primitive de la muqueuse œsophagienne (Wagner) et l'on sait, depuis les belles