

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE III

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

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

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

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

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

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

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

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

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

L'hémorragie est abondante, mais cesse rapidement : elle

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

ARTICLE IV

SYPHILIS DE L'AMYGDALE ET DU PHARYNX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE V

TUBERCULOSE DU PHARYNX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE VI

ANGINE GANGRÉNEUSE

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE III

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

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

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

ARTICLE PREMIER

ŒSOPHAGITES

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

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

1° La déchirure de l'œsophage par un corps étranger muni d'aspérités (fragment d'os, dentier) ou par la sonde ;

2° La brûlure de l'œsophage par un liquide trop chaud ou caustique (soude, acide sulfurique, acide azotique, etc.) ;

3° L'ulcération d'une gomme syphilitique (rare) ;

4° D'autres fois, l'œsophagite vient spontanément compliquer une maladie infectieuse grave : fièvre typhoïde, diphtérie, variole. Le muguet buccal se propage assez souvent chez des