

sont peu prononcés, il suffit de faire garder la chambre, de diminuer les aliments, et d'administrer un purgatif salin. Lorsqu'il existe des signes de catarrhe gastrique, il est utile de donner un éméto-cathartique, et ce précepte doit également être suivi lorsque la parotide coïncide avec quelques phénomènes d'angine pharyngée ou tonsillaire. Dans le cas où les douleurs et les accidents inflammatoires sont très-accusés et font craindre la terminaison par suppuration, il faut couvrir la tumeur de cataplasmes émollients, ou même appliquer des sangsues en nombre convenable; on insistera en même temps sur les purgatifs. Si la suppuration a lieu, il faut inciser la tumeur dès que la fluctuation est évidente, afin de prévenir l'extension des désordres. La fluxion testiculaire n'exige que le repos au lit, et l'usage de cataplasmes émollients ou d'applications résolatives. — Dans les cas fort rares où la disparition des tumeurs coïncide avec des phénomènes cérébraux graves, on peut, selon le conseil de Grisolle, tenter de rappeler la fluxion sur la région parotidienne au moyen de rubéfiants ou de vésicatoires; mais en raison de l'imminence du danger et de la cause probable des accidents, je ne voudrais pas m'en tenir là, et je chercherais à provoquer d'abondantes évacuations séreuses, soit par un fort drastique, soit mieux encore par le tartre stibié à hautes doses.

Dans la PAROTIDITE SYMPTOMATIQUE, l'état général du malade contre-indique le plus souvent les émissions sanguines locales; il faut se borner à couvrir la tumeur de cataplasmes; on peut aussi pratiquer quelques onctions mercurielles, mais il est bon, pour éviter tout mécompte, de ne pas perdre de vue la rareté de la résolution. — C'est un empâtement général ou par places bien plutôt qu'une fluctuation vraie, qui dénote ici la présence du pus; dès qu'on croit le reconnaître, il faut inciser; le débridement est le seul moyen de prévenir la destruction totale de la glande.

## CHAPITRE V.

### ANGINES CATARRHALES. — ANGINES MUQUEUSES.

Le mot **angine** a désigné primitivement toutes les difficultés d'avalier (*dysphagie*) ou de respirer (*dyspnée*), produites par une cause siégeant au-dessus des poumons ou de l'estomac. Plus tard on a introduit dans la définition la notion d'inflammation, et le terme angine n'a plus été appliqué qu'aux phlegmasies des muqueuses comprises entre l'arrière-bouche d'une part, le cardia et la bifurcation de la trachée d'autre part. Aujourd'hui, enfin, une nouvelle restriction doit être acceptée; il convient d'entendre par angines les *inflammations de l'arrière-bouche et du pharynx*.

De même, et plus souvent encore que les stomatites, les angines sont liées à des maladies générales aiguës ou chroniques (*fièvres éruptives, morve, syphilis, scrofule*), ou produites par l'absorption de certains poisons (*iodure de potassium, arsenic, belladone*). Je laisse ici de côté ces ANGINES CONSTITUTIONNELLES et TOXIQUES, pour ne m'occuper que des ANGINES PRIMITIVES, IDIOPATHIQUES ou SPONTANÉES; prenant pour base de division les *processus anatomiques*, je décrirai successivement l'*angine catarrhale* (1), — l'*angine parenchymateuse*, — l'*angine pseudo-membraneuse* (croupale, diphthérique).

### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Comme dans toutes les maladies catarrhales, la PRÉDISPOSITION est ici toute-puissante: tel individu subit sans effet l'action des causes les plus

(1) Synonymes: *Pharyngite et amygdalite catarrhales*; — *angine gutturale, pharyngée, tonsillaire superficielle*; — *mal de gorge*.

CHOMEL et BLACHE, *Dict. en 30 vol.*, t. III. — VELPEAU, *Traité d'anat. chirurg.*, t. I. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1829. — VIDAL (de Cassis), *Du diagnostic différentiel des diverses espèces d'angines*. Paris, 1832. — GRAVES, *Clinique méd. et Notes du traducteur*. — WUNDERLICH, *Path. und Therapie*. Stuttgart, 1854. — BAMBERGER, *loc. cit.* — LEBERT, *loc. cit.* — STIFFT, *Die chronische Pharyngitis (Deutsche Klinik)*, 1862. — DESNOS, art. AMYGDALITES et ANGINE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*. Paris, 1864. — WAGNER, *Einige Formen und Folgen der Pharyngitis (Arch. f. Heilk.)*, 1865. — LASÈGUE, *Traité des angines*. Paris, 1866. — FEDEROWICZ, *Du diagnostic différentiel des angines*, thèse de Paris, 1866. — MOSETIG, *Ueber Rachenkatarrh (Wiener med. Zeit.)*, 1866. — HEUSINGER, *Ein Fall von ödematöser Pharyngitis (Arch. f. klin. Med.)*, 1866. — YEARLEY, *Throat ailments, etc.* London, 1867.

MARMISSE, *Pharyngite; œdème de la glotte consécutif, etc.* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1869). — MOURA, *Angines aiguës ou graves, origine, nature, traitement*. Paris, 1870. — RÜHLE, *Ueber Pharynx-Krankheiten (Sammlung klin. Vorträge)*, 1870. — ISAMBERT, *Sur l'angine scrofuleuse (Gaz. hebdom.)*, 1871. — LUBANSKY, *De l'angine ulcéreuse (Lyon méd.)*, 1871.

DESNOS, *Sur l'angine scrofuleuse (Soc. méd. hôp. Paris)*, 1872. — MICHEL, *Ueber chronischen Rachenkatarrh und dessen Heilung durch Galvanokaustik (Deutsche Zeits. f. Chirurgie)*, 1872. — ISAMBERT, art. CHLORATES, in *Dict. encyclop. des sc. méd.* — COUSIN, *Traitement de la pharyngite granuleuse (Bullet. de thérap.)*, 1873. — SIDLO, *Pharynxkrankungen (Wien. med. Wochen.)*, 1873. — WELSCH, *Practische Bemerkungen über Angina faucium (Bayr. ärztl. Intellig. Bl.)*, 1874. — FARQUHARSON, *On an epidemic of sore throat with marked constitutional symptoms (The Lancet)*, 1874. — BROUARDEL, *De l'érysipèle du pharynx (Gaz. hôp.)*, 1874. — FLAMMARION, *Même sujet (Eodem loco)*, 1874. — MARROTTE, *Febri-névralgies de l'isthme du gosier et du pharynx simulant des angines inflammatoires et guéries par le sulfate de quinine et les stupéfiants (Bullet. de thérap.)*, 1874.

positives, tel autre est pris d'angine sous l'influence des impressions les plus légères, les plus insignifiantes; souvent même aucune condition pathogénique accidentelle ne peut être saisie, la maladie se développe avec toute l'apparence de la spontanéité. C'est dans l'enfance, à partir de cinq ans, et dans la jeunesse que cette prédisposition est le plus marquée; souvent elle s'épuise peu à peu et disparaît dans l'âge adulte; dans d'autres cas, elle persiste plus tard encore. Cette prédisposition se révèle soit par des attaques aiguës plus ou moins fréquentes, soit par un état chronique plus ou moins durable. Il est digne de remarque que la prédisposition commande même la forme anatomique de la maladie; elle reste une lésion de surface, une lésion catarrhale, si elle a, dès les premières atteintes, présenté ce caractère; mais s'il y a eu d'abord une lésion profonde, une lésion phlegmoneuse, il y a bien des chances pour que chaque poussée nouvelle aboutisse également à la suppuration. Aucune CONSTITUTION n'est à l'abri; cependant il est certain que la prédisposition aux formes catarrhales appartient principalement aux constitutions faibles, entachées de lymphatisme ou de scrofule, et que les formes phlegmoneuses sont plus fréquentes dans les conditions opposées. Ordinairement *innée*, la prédisposition peut être transmise par *hérédité*: cela est surtout vrai de la forme catarrhale chronique connue sous le nom d'ANGINE GRANULEUSE, laquelle est en outre caractérisée, au point de vue étiologique, par la fréquence de ses rapports avec diverses éruptions cutanées (*dartre, neuropétisme*).

L'angine catarrhale aiguë et la *parenchymateuse* reconnaissent les mêmes causes déterminantes; plus fréquentes au *printemps* et à l'*automne*, elles sont surtout provoquées par les *perturbations atmosphériques* et par le *refroidissement* du corps: aussi peuvent-elles, à certain moment, présenter la *diffusion épidémique*. Dans bon nombre de cas, elles sont liées à un *catarrhe aigu de l'estomac* (angine d'origine gastrique), ou bien elles résultent d'*irritations directes* telles que l'action de vapeurs ou de liquides irritants, le contact de substances trop chaudes ou trop froides, le traumatisme produit par le passage ou le séjour de quelque corps étranger, dur et aigu. Enfin, l'angine est souvent une des manifestations du catarrhe diffus connu sous le nom de *grippe*, ou bien le résultat de l'extension d'un travail morbide de voisinage (*stomatite, laryngite, parotide*).

L'angine catarrhale chronique (*angine granuleuse, glanduleuse*) est souvent SECONDAIRE, elle n'est que la conséquence d'attaques aiguës fréquentes. Mais, dans bon nombre de cas, elle revêt d'emblée les caractères qui la distinguent. C'est cette FORME CHRONIQUE PRIMITIVE qui est parfois héréditaire; c'est elle qui est parfois liée aux accidents cutanés de la *dartre*, et lorsqu'elle n'a pas ces origines, elle se développe sous l'influence de causes spéciales: l'abus des alcooliques et du tabac, l'exercice trop fréquent de la parole, sont les plus puissantes d'entre elles. Aussi cette

forme est-elle plus commune chez les hommes que chez les femmes, et elle présente sa plus grande fréquence de vingt-cinq à trente-cinq ou quarante ans. D'après Chomel, cette maladie atteint souvent les individus à narines trop étroites, qui sont obligés d'avoir la bouche ouverte pendant le sommeil.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES.

**Forme aiguë.**— Les lésions n'occupent pas toujours la totalité de l'arrière-bouche; elles peuvent être limitées à l'isthme du gosier, au pharynx ou aux amygdales, de là les dénominations d'*angine gutturale pharyngée, tonsillaire* ou *amygdalite*. Ces variétés de siège ne modifient pas le caractère du processus, qui consiste dans la fluxion, la tuméfaction et l'hypersécrétion de la muqueuse; la surface des parties malades apparaît rouge, gonflée, luisante et sèche, si l'examen est très-voisin du début; le gonflement est surtout marqué dans les points où la muqueuse est doublée d'un tissu cellulaire lâche, parce que ce dernier est le siège d'une infiltration séreuse abondante; ce sont les amygdales, la luette, qui présentent la tuméfaction la plus notable; celle-ci devient cylindrique, elle perd de sa mobilité, elle peut être allongée au point d'atteindre la racine de la langue. A cette première période on constate souvent des saillies sphériques diffuses formées par les follicules muqueux augmentés de volume et infiltrés. Bientôt la siccité initiale est remplacée par l'hypersécrétion, dont les produits occupent principalement la paroi pharyngienne et les surfaces tonsillaires; l'enduit muqueux, d'abord incolore, devient promptement blanchâtre ou blanc jaunâtre, et en raison de sa viscosité il reste fixé sur le pharynx ou sur les amygdales, tantôt en *concrétions isolées*, tantôt en *dépôts continus d'aspect membraniforme*. Dans ce dernier cas, on pourrait croire tout d'abord à une production pseudo-membraneuse; mais le dépôt muqueux est plus épais, plus saillant que la fausse membrane proprement dite; il n'est pas comme elle régulièrement étalé et à surface lisse, il a l'inégalité et la mollesse d'un enduit pulpeux; enfin il est sans adhérence avec la muqueuse sous-jacente, de sorte qu'il se déplace d'un instant à l'autre sous l'influence des mouvements de déglutition et des secousses de la toux, et qu'on peut, en tout cas, l'enlever sans résistance aucune, au moyen du doigt ou d'une tige rigide. Si, malgré ces caractères différentiels, on conservait quelque doute, il est toujours facile de trancher cette importante question par l'examen microscopique, qui permet de constater dans les dépôts muqueux l'absence complète des éléments fibrineux et fibrillaires propres aux fausses membranes. — Les produits de l'hypersécrétion ont souvent une autre disposition: ce sont uniquement les glandes des amygdales qui sont affectées; les orifices en sont élargis et le mucus épais,

blanchâtre, apparaît par petites masses au niveau de ces ouvertures. La cohérence de ces produits est quelquefois telle qu'ils ressemblent exactement à de petits fragments de caséum; mais ils ne gardent pas longtemps cette cohésion, et dans la phase de déclin du catarrhe ils sont remplacés par un liquide trouble, jaunâtre, presque puriforme, qu'on voit sourdre des orifices tonsillaires.

Dans les différents cas que je viens d'examiner, les concrétions muqueuses résultent de l'hypersécrétion glandulaire, mais elles peuvent avoir une autre origine : on observe parfois, au début de la maladie (dont la lésion locale est toujours précédée alors d'un mouvement fébrile assez intense), on observe, dis-je, sur les amygdales, sur le voile du palais ou ses piliers, sur la luette, des groupes de vésicules transparentes, puis opaques, que l'on a assimilées à celles de l'herpès zoster. Ces vésicules se rompent de bonne heure, et l'on voit à leur place une concrétion blanchâtre, circonscrite par la muqueuse rouge et boursoufflée; cette concrétion ne s'étend pas, elle se renouvelle rarement, une fois tombée; mais elle est bien plus adhérente que les produits muqueux dont il a été question, et elle pourrait bien plus facilement donner l'idée d'une production pseudo-membraneuse. Le diagnostic sera basé sur le défaut d'extension de la concrétion, sur la bénignité des accidents généraux, et sur le développement d'un herpès labialis qui coïncide fréquemment avec cette variété d'angine catarrhale. Il est clair que l'appréciation sera sans difficulté si l'on a observé les vésicules initiales, mais ce critérium fait bien souvent défaut. Cette FORME VÉSICULEUSE de l'angine catarrhale a été diversement interprétée. On peut, à l'exemple de Bretonneau, Gubler, Trousseau, Bertholle, Lasèque, attribuer l'ensemble des accidents à une éruption d'herpès dans la gorge, et l'on est conduit alors à en faire une espèce distincte qui a reçu les noms d'*angine couenneuse commune*, *angine herpétique*, *herpès guttural*; on peut aussi, avec Gerhardt (d'Iéna), ne voir dans tout cela qu'une *angine violente avec exsudats punctiformes*, et rapporter l'herpès du visage au mouvement fébrile toujours intense en pareil cas (1). Pour moi, je tiens simplement cette forme vésiculeuse pour l'expression la plus forte de l'angine catarrhale aiguë.

Il résulte de cet exposé que les diverses formes de l'angine catarrhale

(1) BRETONNEAU, *Des inflammations spéciales des tissus muqueux*. Paris, 1826. — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1855. — *Clinique médicale*. — GUBLER, *Mémoire sur l'herpès guttural (angine couenneuse commune) et sur l'ophtalmie due à l'herpès de la conjonctive (Soc. méd. hôp. Paris, 1857)*. — *Union méd.*, 1858. — FÉRON, *De l'angine herpétique*, thèse de Paris, 1858. — DESNOS, LASÈGUE, *loc. cit.* — BERTHOLLE, *De l'herpès guttural en général, et principalement dans ses rapports avec les troubles de la menstruation (Union méd., 1866)*. — GERHARDT, *Jahresb. über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin*, II. Berlin, 1867.

peuvent avoir toutes pour résultat la présence de concrétions plus ou moins dures, qui ne sont ni fibrineuses, ni membraneuses. En raison de la distance considérable qui, au point de vue du pronostic, sépare ces angines à concrétions muqueuses de l'angine pseudo-membraneuse, il est essentiel de les grouper sous une désignation d'ensemble qui permette de les opposer sans équivoque à l'autre espèce d'angine; je repousse la dénomination d'angine couenneuse commune, parce qu'elle n'est entendue que de l'angine vésiculeuse dite herpétique; parce que les autres angines à concrétions sont ainsi exclues de la comparaison, ce qui est un danger; parce qu'enfin l'épithète couenneuse, même mitigée par le mot commune, peut avoir précisément pour résultat la confusion qu'il s'agit d'éviter. Je trouve qu'il est infiniment plus logique de conformer la terminologie aux caractères réels des choses, et comme l'angine pseudo-membraneuse, c'est-à-dire l'angine croupale ou diphthérique, est la seule qui ait l'exsudat fibrineux, je l'oppose comme ANGINE FIBRINEUSE ou membraneuse à toutes les autres angines à concrétions blanches ou blanchâtres, que j'appelle ANGINES MUQUEUSES. — En indiquant plus haut les caractères différentiels des angines muqueuses et de la fibrineuse, je n'ai pas parlé de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui, d'après plusieurs auteurs, serait propre à cette dernière. Cette affirmation, selon moi, n'est pas acceptable, c'est-à-dire que ce signe n'a pas de valeur diagnostique absolue. Les dispositions individuelles ont ici une grande importance : il est des malades qui ont les ganglions tuméfiés et douloureux à propos du mal de gorge le plus insignifiant; je l'ai observé maintes fois chez d'autres, je l'ai observé maintes fois sur moi-même, je suis certain du fait, et tout ce que je puis concéder comme caractère différentiel, c'est le degré de l'engorgement; il est plus prononcé et plus persistant dans l'angine pseudo-membraneuse que dans les angines catarrhales.

A côté de ces symptômes objectifs, les angines catarrhales aiguës donnent lieu à des **symptômes subjectifs** qui varient selon l'intensité et l'étendue du processus local. Les seuls constants sont les troubles dépendants de la lésion, savoir la douleur provoquée par les mouvements de déglutition, l'altération de la voix et celle du goût. — La DOULEUR varie depuis une simple gêne jusqu'à une sensation extrêmement pénible qui rend difficile ou impossible la déglutition de la salive même. Lorsque la douleur est vive, le malade diffère autant qu'il est en lui le mouvement de déglutition que tend à provoquer l'hypersécrétion des liquides pharyngo-buccaux, et il les rejette par expuition; parfois même la salive est assez abondante pour s'écouler incessamment au dehors, filante et visqueuse. Dans les cas où la douleur est modérée, elle est calmée parfois pour un certain temps après la déglutition de bols alimentaires solides d'un certain volume : il semble que la compression exercée au passage sur la muqueuse engorgée en diminue la tuméfaction. L'intensité de la douleur dépend surtout

du siège de l'inflammation : elle est médiocre quand l'angine est purement gutturale ou pharyngée ; elle est déjà plus marquée quand le voile du palais est pris en totalité ; elle est au maximum quand les deux amygdales sont atteintes, soit seules, soit avec la muqueuse palato-pharyngée. Accessoirement l'acuité de la douleur est subordonnée au caractère de la lésion : ainsi la forme vésiculeuse dite herpétique est de toutes les angines muqueuses celle qui provoque les douleurs les plus vives. Quel qu'en soit le degré, la douleur a toujours les mêmes causes. C'est, en premier lieu, le déplacement et la compression de la muqueuse et des tonsilles par la contraction des muscles qui concourent aux mouvements de déglutition ; c'est, en second lieu, la compression des ramuscules nerveux intra- et sous-muqueux par le fait du gonflement et de l'infiltration inflammatoires. Cela étant, on conçoit que les mouvements de déglutition ne sont pas toujours les seuls qui soient entravés : ainsi, dans l'angine tonsillaire, dans celle qui occupe le voile du palais et ses piliers, l'abaissement de la mâchoire est toujours douloureux, et par suite incomplet, à ce point que l'examen de la gorge est souvent très-difficile. Cette occlusion forcée de la bouche est beaucoup plus marquée dans l'angine parenchymateuse, mais elle est aussi observée dans l'angine catarrhale intense. — Il en est de même de l'issue des solides et des liquides par les fosses nasales ou la bouche au moment de la déglutition : ce symptôme existe dans toute angine qui occupe le voile du palais et qui est assez intense pour amener l'infiltration séreuse des muscles de cet organe ; dans cet état, vu l'impuissance des glosso-pharyngo- et uvulo-staphylins, la voie de retour par la bouche et le nez reste béante après que la substance a franchi l'isthme du gosier, et la contraction des muscles propres du pharynx a nécessairement pour effet le rejet des matières. Quand les muscles pharyngés sont altérés de la même manière, ce qui a lieu dans l'angine générale intense, la situation du patient est encore plus pénible, parce que les matières dégluties risquent de faire fausse route et de tomber dans le larynx.

L'ALTÉRATION DE LA VOIX n'est pas constante, elle dépend de la localisation du mal ; elle appartient à l'inflammation du voile du palais et à celle des amygdales, à condition toutefois que le gonflement de ces organes soit assez considérable pour entraver l'action des muscles staphylins. Cette altération ne consiste qu'en une modification de timbre ; la voix devient nasonnée, parce que l'orifice postérieur des fosses nasales n'est plus convenablement fermé au moment de l'émission vocale ; chaque fois que le malade prononce une lettre, le son retentit dans les cavités nasales, tandis qu'à l'état normal ce retentissement n'a lieu que pour les consonnes dites nasales.

L'ALTÉRATION DU GOÛT est plus ou moins prononcée, mais elle appartient à toutes les angines, même les plus légères : du reste, elle résulte moins de l'angine que du catarrhe buccal qui l'accompagne ; c'est égale-

ment ce dernier qui produit la *salivation* et la *mauvaise haleine* qu'on observe dans toutes les inflammations de la gorge, même dans celles qui sont apyrétiques. L'inflammation aiguë de la gorge se propage souvent à la trompe d'Eustache, plus rarement à la caisse du tympan ; de là une *surdité* plus ou moins prononcée, et, dans le cas d'extension à l'oreille moyenne, des *douleurs* vraiment épouvantables qui ne cessent qu'avec la résolution complète de la phlegmasie, ou après l'évacuation du pus à travers la membrane tympanique déchirée.

Les PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX manquent dans les formes très-légères ; les autres débutent par une fièvre peu intense à exaspérations vespérales très-marquées, avec céphalalgie, courbature et inappétence. Chez les individus jeunes, cette fièvre peut présenter une vivacité notable qui est hors de proportion avec l'importance du travail local ; chez les sujets impressionnables, notamment chez les jeunes filles et les femmes hystériques, on peut même observer du délire pendant quelques heures, et si l'on n'est prévenu de la possibilité du fait, on peut pécher par précipitation, et annoncer l'invasion d'une maladie beaucoup plus sérieuse. C'est principalement dans l'angine herpétique et dans les *angines ménorrhagiques* auxquelles sont parfois sujettes les femmes mal réglées, que les symptômes généraux présentent cette violence insolite ; ce sont en tout cas des accidents de début qui ne persistent pas au delà du troisième jour. — L'angine liée à un catarrhe gastrique est distinguée des autres formes par l'enduit saburral épais de la langue, les nausées, les envies de vomir ou les vomissements.

Dans toutes ses variétés, l'angine catarrhale aiguë est une maladie légère qui se termine par résolution, dans l'espace d'un septénaire en moyenne ; elle récidive facilement, et chez les individus qui sont sous le coup des influences étiologiques précédemment indiquées, elle peut passer à l'état chronique.

**Forme chronique** (1). — Le siège ordinaire de cette forme est le voile du palais et la paroi du pharynx ; les amygdales peuvent être parfaitement saines, ailleurs elles présentent une tuméfaction bornée à la muqueuse, dont les orifices sont distendus par des concrétions caséuses.

(1) CHOMEL, *Angine granuleuse* (Gaz. hôp., 1846). — GREEN, *A Treatise on Diseases of the air passages, etc.* New-York, 1855. — GUENEAU DE MUSSY, *Traité de l'angine glanduleuse, etc.* Paris, 1857. — STIFFT, *Die chronische Pharyngitis (Deutsche Klinik, 1862)*. — LABORDE, *Traitement de l'angine glanduleuse par le chlorate de potasse* (Bulet. de thérap., 1864). — DESNOS, LASÈGUE, *loc. cit.* — MOSETIG, *Ueber Rachencatarrh* (Wien. med. Zeit., 1866).

BERCHOU, *De la pharyngite chronique*, thèse de Montpellier, 1869. — DE SMETH, *De la pharyngite folliculeuse* (Presse méd. belge, 1869). — CHALNET, *Pharyngite chronique terminée par hémorragie mortelle* (Lyon méd., 1870).