

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'insappétence.

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 squirre 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 *ἄγγω*, j'étrangle) servait à désigner, dans le langage des anciens médecins, toutes les difficultés d'avaler 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'avaler, 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 oedémateuse. 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 1841, 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 émollients, 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 oedémateuses 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

peu d'épaississement, un état habituel de sécheresse, une coloration bleuâtre et comme ardoisée; mais souvent on découvre à la surface un pointillé, un mamelonnement, des espèces de granulations qui lui ont fait donner le nom d'*angine granuleuse* (Chomel) ou *glanduleuse*. M. Gueneau de Mussy, qui préfère cette dernière dénomination, pense, en effet, que la maladie affecte spécialement cet appareil glandulaire en grappe, qu'on trouve si nombreux à la partie postérieure et supérieure du pharynx, sur le voile du palais, et jusque sur l'épiglotte et dans les ventricules du larynx.

Historique. — Cette affection, de laquelle j'avais dit quelques mots dès la première édition de ce livre, est aujourd'hui mieux connue. Signalée et décrite pour la première fois par Chomel, dans son enseignement clinique, ce fut bien postérieurement que le docteur Green publia sur elle un travail assez considérable. Plus récemment enfin, M. Noël Gueneau de Mussy a fait paraître sur la même maladie une excellente monographie, à laquelle je ferai de nombreux emprunts.

Symptômes. Marche. — Le plus souvent, l'affection a un début lent, insidieux. Les malades éprouvent de temps en temps un sentiment de picotement, de chatouillement dans le gosier, ou d'occlusion du larynx, qui les porte à faire une expiration brusque, rauque, bruyante, comme pour la prononciation du mot anglais *hem*; ils ont une toux gutturale. Les individus s'enrouent facilement; leur voix n'a plus la même étendue, la même puissance que par le passé, elle est éraillée, rauque. Ils rejettent après quelques efforts, surtout le matin, de petits grumeaux d'un blanc grisâtre comme de l'empois; plus tard, c'est un mucus jaunâtre, visqueux, très-adhérent, expulsé avec peine, et après des efforts qui provoquent parfois des vomissements. Si l'on fait ouvrir largement la bouche au malade, et si, déprimant fortement la langue avec le manche d'une cuiller, on examine l'arrière-bouche et le pharynx à un jour convenable, on constate des altérations remarquables. La membrane muqueuse est injectée; elle est parfois d'un rouge uniforme, ou bien plus ou moins ponctuée; elle est d'autres fois bleuâtre, ardoisée, sillonnée par des vaisseaux quasi variqueux; la luette est ordinairement volumineuse, pendante sur la langue, dont elle vient titiller la base. Les piliers, les amygdales sont tantôt intacts, tantôt injectés, tuméfiés; mais c'est surtout à la paroi postérieure du pharynx, spécialement latéralement, le long des piliers, qu'on trouve les lésions les plus nombreuses et les plus caractéristiques. Là, la muqueuse, d'un rouge uniforme ou bleuâtre, plus ou moins sèche, tapissée de mucosités adhérentes et ambrées, est comme mamelonnée; elle est hérissée de granulations discrètes ou confluentes, du volume d'un grain de mil, acquérant parfois celui d'une lentille, et offrant quelque analogie avec celles qu'on rencontre sur plusieurs autres muqueuses chroniquement enflammées, spécialement sur les muqueuses palpébrale et vaginale. Ces saillies n'offrent jamais d'ulcérations; seul le docteur Green dit en avoir vu.

Cette lésion, si bien caractérisée, existe souvent aussi sur la luette et dans des points de la muqueuse pharyngée et laryngée, qu'on ne pourrait découvrir qu'avec le laryngoscope. On soupçonne la lésion d'après les troubles fonctionnels, accusés par un grand nombre de ces malades. Beaucoup, en effet, ont de l'enrouement, quelques-uns ont un peu de surdité.

Lorsque la maladie a duré longtemps, le tissu cellulaire et la couche musculaire du pharynx subissent, d'après le docteur Green, une véritable atrophie, de sorte que la gorge semble alors plus élargie; mais lorsque la guérison s'effectue, on verrait, d'après le même auteur, les parties reprendre graduellement leur aspect normal.

L'angine dont nous parlons est rebelle; elle peut persister de longues années, en offrant de temps en temps des exacerbations qui sont provoquées le plus souvent par le froid, par la fatigue des organes de la voix ou par des écarts de régime.

Pronostic. — Cette affection est non-seulement rebelle, mais elle peut entraîner en outre diverses incommodités: elle peut finir par altérer gravement la phonation, chose fâcheuse pour ceux qui exercent certaines professions; mais jamais la maladie ne peut avoir d'issue funeste, et, quoi qu'en ait dit le docteur Green, elle ne peut jamais dégénérer en aucune lésion organique.

Causes. — L'angine granulée est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Rare au-dessous de quinze ans, on la rencontre surtout chez les adultes; elle débute le plus souvent, d'après le docteur Green, entre vingt-cinq et trente-cinq ans. C'est une affection qui paraît parfois être héréditaire, et qu'on observe plus spécialement chez les sujets atteints d'éruptions herpétiques sur divers points du tégument externe. Chomel et M. Gueneau de Mussy ont beaucoup insisté sur cette corrélation. C'est avec raison que Chomel regarde la maladie comme étant plus commune chez les individus qui, ayant les narines naturellement trop étroites, sont obligés de respirer presque exclusivement par la bouche pendant leur sommeil; il en résulte une sécheresse habituelle de cette cavité ainsi que de la gorge, et qui amène à la longue une phlegmasie chronique de la muqueuse. L'angine dont nous parlons est plus commune dans les pays où, par suite de variations atmosphériques, règnent plus qu'ailleurs les phlegmasies laryngées; elle atteint plus spécialement aussi tous ceux qui se livrent à l'exercice de la parole, qui abusent du tabac, et qui, par des causes quelconques, ont été fréquemment atteints de phlegmasies aiguës de la muqueuse pharyngée.

Traitement. — Les individus seront placés dans d'excellentes conditions hygiéniques; ils éviteront les refroidissements, ils proscrieront les mets épicés, excitants, les boissons alcooliques et l'usage du tabac. Le séjour momentané dans les pays méridionaux est parfois indispensable.

Parmi les moyens curatifs se place en première ligne l'usage des eaux sulfureuses prises aux sources. On a préconisé tour à tour les eaux d'Enghien, celles de Luchon et les Eaux-Bonnes. L'expérience n'a pas prouvé la prééminence d'aucune d'elles. Les malades en boiront un ou deux verres par jour. Mais elles sont utiles surtout en gargarisme ou sous forme de petites douches dirigées sur les parties malades ou en pluie à l'aide d'un appareil pulvérisateur. Les eaux sulfureuses sont d'autant mieux indiquées, que l'altération du pharynx coexiste le plus souvent avec des boutons d'acné, avec la couperose et d'autres éruptions chroniques de la peau, comme si ces diverses lésions étaient l'expression de la même diathèse.

On a encore administré à titre de modificateurs et comme agents altérants, les mercuriaux, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'iode, spécialement l'iodure de potassium. Ce dernier est le seul de ces médicaments qui ait réussi quelquefois, mais on n'y aura recours que lorsque les eaux sulfureuses auront échoué.

Dans les cas où les moyens généraux ont été impuissants, on a conseillé l'emploi d'une médication topique. On a employé les gargarismes aluminés, les insufflations de tannin, d'alun ou de bismuth; ou de l'eau tenant en dissolution les deux premiers et lancée sur le point malade à l'aide d'un appareil de pulvérisation. Comme ces moyens sont assez communément insuffisants pour détruire le bourgeonnement de la muqueuse, on a eu recours à la cautérisation par l'azotate d'argent. On se servira, non pas d'une solution de ce sel, mais du crayon même, solidement fixé et dépassant le porte-caustique de quelques mil-

limètres seulement, pour éviter les chances de rupture. Avec le crayon, on a l'avantage de mieux limiter l'action du caustique sur les points les plus malades, et d'opérer ainsi une cautérisation plus énergique et plus profonde. Je ne dirai rien des révulsifs, dont on a souvent abusé et qui pourtant n'ont aucune utilité.

De l'amygdalite, ou angine tonsillaire.

SYNONYME. — Esquinancie, inflammation de l'amygdale.

L'*amygdalite*, ou l'inflammation des amygdales, est caractérisée par le gonflement, la dureté, la rougeur de ces glandes, avec chaleur, sécheresse à la gorge et difficulté plus ou moins grande dans la déglutition. L'amygdalite peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique.

Anatomie pathologique. — Dans les cas rares où l'on peut examiner anatomiquement les amygdales enflammées, on trouve leur volume augmenté; leur surface est rouge et injectée, la muqueuse qui les tapisse, épaissie, friable, est parfois recouverte de quelques concrétions membraniformes. Les cryptes, dont l'agglomération semble constituer l'amygdale, sont tuméfiés, et de leurs orifices, devenus plus distincts, on fait suinter par la pression un fluide visqueux, rougeâtre; d'autres fois, leur cavité est remplie de fausses membranes ou plutôt d'une matière sébacée et concrète qu'on énuclée facilement et qui exhale une odeur fétide. Ordinairement la phlegmasie atteignant simultanément les tissus cellulaires sous-muqueux et interfolliculaire, on trouve le parenchyme de la glande induré et friable; souvent alors il existe dans son épaisseur un ou plusieurs abcès; enfin, dans quelques cas plus rares, tout le tissu de l'organe, devenu bleuâtre, est ramolli et évidemment mortifié.

A l'état chronique, l'amygdalite est anatomiquement caractérisée par l'induration et par l'augmentation de volume de l'amygdale. Le tissu cellulaire est épaissi et induré; les follicules sont hypertrophiés, leurs cavités sont plus larges, leur orifice est dilaté, et ils contiennent une matière sébacée ayant la consistance et l'odeur du fromage pourri. Dans sa forme aiguë, on trouve souvent que la phlegmasie s'est propagée au larynx ou tout au moins à l'épiglotte, qui est dure, arrondie, bleuâtre ou rouge, et assez semblable, comme nous l'avons dit, à une grosse cerise.

Symptômes. — L'amygdalite débute ordinairement sans prodromes ou bien après des prodromes légers. Les malades accusent d'abord une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge; ils ont de la gêne et de la douleur en avalant; car les amygdales, placées en dedans du constricteur supérieur du pharynx, sont douloureusement comprimées par la contraction de ce muscle pendant le phénomène de la déglutition. Bientôt pourtant tous ces symptômes augmentent. La douleur s'exaspère alors par la pression exercée extérieurement au niveau des amygdales; la sécrétion salivaire, devenue plus abondante, et l'augmentation de volume des amygdales, provoquent de fréquents mouvements de déglutition, qui sont marqués par des grimaces et des contorsions de la face, en raison de la douleur vive que les malades ressentent pendant que les muscles du pharynx se contractent. A un degré plus avancé, la déglutition peut devenir impossible; dans ces cas, les boissons ne franchissent pas l'isthme du gosier; et si elles arrivent jusqu'au pharynx, elles excitent fréquemment des contractions spasmodiques telles, que le liquide reflue dans la bouche et s'échappe par les narines. Presque tous ces malades éprouvent une toux gutturale très-pénible, qui augmente beaucoup les souffrances; on les voit alors, après

un plus ou moins grand nombre de secousses douloureuses, rejeter des mucosités visqueuses, opaques ou jaunâtres, sécrétées par la membrane muqueuse enflammée. La bouche, dans cette affection, exhale une odeur désagréable; la voix est nasonnée; dans la plupart des cas, elle est comme étouffée et semble se passer uniquement dans la gorge. L'exploration de cette partie montre que les amygdales sont plus volumineuses; elles se dessinent sous forme de deux tumeurs rouges et dures, qui obstruent plus ou moins complètement l'isthme du gosier, et ne sont souvent séparées l'une de l'autre que par le voile du palais qui est rouge, gonflé et repoussé en avant avec ses piliers antérieurs. On rencontre parfois sur les surfaces malades des concrétions jaunâtres, irrégulières, qui y adhèrent plus ou moins intimement, ou bien ce sont des points blanchâtres, lenticulaires, disséminés et formés par une concrétion qui distend les follicules de l'amygdale; ce sont là des productions sans nulle importance, et qui surtout n'ont aucune parenté avec les concrétions diphthéritiques. Dans l'amygdalite qui accompagne la plupart des scarlatines, l'exsudation qui recouvre les parties enflammées est pultacée, blanchâtre, ainsi que nous l'avons déjà noté à la page 132.

Le plus souvent les amygdales sont d'un volume inégal; quelquefois il n'y en a qu'une seule qui forme saillie: dans ce cas, la luette est fortement déviée du côté opposé. L'exploration des parties affectées n'est pas toujours chose facile. Il arrive, en effet, assez souvent que les malades ne peuvent desserrer les mâchoires, à cause de l'extension de la phlegmasie à toutes les parties voisines, et parce que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. Dans l'angine tonsillaire, la plupart des malades éprouvent une douleur plus ou moins vive dans une oreille ou dans les deux à la fois, lorsque la phlegmasie a gagné l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Cette douleur, que l'on calme souvent par la pression qu'on exerce sur l'oreille avec la paume de la main, est tantôt constante, tantôt elle est ressentie seulement pendant l'acte de la déglutition; elle s'accompagne fréquemment de bourdonnement, de dureté de l'ouïe, de surdité complète ou bien d'une crépitation particulière, en raison de l'obstacle apporté par le gonflement des parties à la libre circulation de l'air.

Pour peu que l'amygdalite ait une certaine intensité, elle excite divers troubles sympathiques. La plupart des malades accusent du malaise, de la céphalalgie, ils ont une fièvre plus ou moins vive; leur langue est blanche, la bouche est pâteuse; il y a de la soif et de l'inappétence; très-fréquemment, enfin, on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux ou gastrique. Quelques malades pourtant, quoique assez fortement atteints, n'ont pas de fièvre et conservent leur appétit; mais ils ne peuvent le satisfaire, à cause de la tuméfaction des parties et des douleurs que les efforts de déglutition provoquent. Chez d'autres, la douleur n'est vive qu'au commencement du repas; souvent alors ils le terminent avec peu de souffrance, ce qu'on peut expliquer peut-être en disant que les premiers aliments ont agrandi le passage en le débarrassant des mucosités qui l'obstruaient, et ont habitué les parties enflammées au contact des corps étrangers. Les symptômes locaux que je viens de décrire, comme la douleur de gorge et d'oreille, la difficulté d'avaler, etc., n'existent que d'un seul côté lorsque l'inflammation n'envahit qu'une des deux amygdales.

Les troubles fonctionnels offrent une intensité variable, suivant l'étendue ou la gravité de la phlegmasie, et suivant le volume que les amygdales acquièrent. Nous venons de voir que l'amygdalite pouvait exister presque sans déranger la santé générale, tandis que d'autres fois elle s'accompagnait des acci-