

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-

dents les plus graves. C'est ainsi que, lorsque les tonsilles sont tellement grosses qu'elles se touchent par leur bord interne, de manière à mettre un obstacle insurmontable à l'entrée de l'air, les malades sont dans un état d'anxiété extrême; la respiration est fréquente, gênée, l'hématose incomplète, la face vultueuse, bleuâtre, les yeux sont saillants; enfin la mort survient, soit avec les symptômes d'asphyxie, soit avec ceux d'une congestion cérébrale. Mais pareille terminaison est très-rare.

Marche. Durée. Terminaisons. — L'amygdalite a une marche généralement assez rapide. L'inflammation occupe le plus souvent les deux amygdales simultanément, mais avec une inégale intensité; quelquefois une seule est atteinte, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, ou même lorsque la résolution s'opère, que la glande congénère s'affecte elle-même: la maladie reste bornée à une seule des amygdales à peine dans un neuvième des cas. Du quatrième au cinquième jour, la maladie a généralement acquis son maximum d'intensité; puis, après être restée quelques jours stationnaire, elle décline; alors la déglutition est moins pénible; la voix reprend son timbre; le mucus qui lubrifie les parties phlogosées est plus épais; il est opaque, jaunâtre, se détache avec peu d'efforts, et cette expulsion s'accompagne de soulagement; en même temps les amygdales diminuent de volume, et la couleur rouge s'éteint; on dit alors que la maladie s'est terminée par résolution. Cependant, dans la plupart des cas, bien que les douleurs et la dysphagie cessent, la gorge pourtant continue à être un peu rouge, et les amygdales restent plus ou moins tuméfiées; ce n'est souvent qu'au bout d'un temps fort long qu'elles reviennent tout à fait à leur état primitif. La résolution est la terminaison la plus ordinaire de la maladie; ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement qu'on observe de la suppuration. Lorsque celle-ci survient, les symptômes inflammatoires arrivent à leur summum d'intensité, le gonflement est considérable; les douleurs, d'abord lancinantes, se calment, deviennent bientôt gravatives; puis on voit un point de l'amygdale qui s'acumine et qui blanchit; en y portant le doigt, on a la sensation d'une mollesse fluctuante, et alors la moindre pression suffit pour rompre les parois de l'abcès. Cette évacuation est souvent spontanée; le plus ordinairement elle est provoquée par les secousses de la toux ou du vomissement. Les malades sentent tout à coup leur bouche s'humecter, et en crachant ils s'aperçoivent qu'ils rejettent un pus phlegmoneux ou rougeâtre, tantôt inodore, tantôt très-fétide. La quantité du pus peut être assez considérable pour provoquer quelquefois, par son irruption soudaine, des accidents de suffocation. D'autres fois, au contraire, soit que le pus existe en petite quantité, soit qu'il s'écoule par un simple pertuis, l'ouverture de l'abcès pourrait passer inaperçue, si le goût désagréable que les malades éprouvent et l'odeur fétide qu'ils exhalent ne fixaient l'attention. En général, les symptômes diminuent promptement, sans que pour cela on observe un affaissement proportionné dans le volume de la tumeur. L'abcès des amygdales s'ouvre à peu près constamment dans la bouche. On ne cite, en effet, que quelques cas fort rares où il soit venu proéminer au dehors. On l'a même vu quelquefois décoller largement les muscles du cou et fuser dans la région sus-hyoïdienne et jusqu'au-dessus de la clavicule: M. Velpeau en a observé trois cas. Un accident, heureusement beaucoup plus rare, et que je crois avoir vu une seule fois, c'est une hémorrhagie foudroyante qui tue en quelques instants lorsque l'inflammation, se propageant en dehors, atteint et ulcère la carotide interne, qui, comme chacun sait, n'est distante de l'amygdale que par un espace de 20 à 25 millimètres. L'amygdale enflammée peut quelquefois être frappée de

gangrène, en totalité ou bien en partie. Cet accident pourtant est encore assez rare; on le reconnaît à l'odeur fétide qu'exhale la bouche, à la lividité et à la couleur brunâtre du tissu de l'amygdale, qui se détache sous forme de détritits putrilagineux. C'est après ce mode de terminaison, comme après la rupture de l'abcès, qu'on observe, surtout à la surface des amygdales, des ulcérations profondes à fond grisâtre, à bords durs et élevés.

L'amygdalite peut passer à l'état chronique: c'est la terminaison dite *par induration*. Dans ces cas, les amygdales sont plus ou moins volumineuses et dures; la déglutition est habituellement gênée; la voix est moins parfaite, elle est parfois nasonnée; l'ouïe est dure; l'haleine est très-fétide, surtout au moment du réveil. Enfin les malades éprouvent, plusieurs fois l'année, des récurrences, c'est-à-dire que leur maladie passe momentanément à l'état aigu. Cette forme se rencontre surtout fréquemment chez les enfants, Dupuytren la regardait comme occasionnant, chez les jeunes sujets, cette déformation du thorax qui consiste dans le rétrécissement de la paroi antérieure, dans le bombement du dos et dans l'aplatissement des côtes; il l'expliquait par les efforts que font les muscles inspirateurs pour vaincre l'obstacle que les amygdales augmentées de volume opposent à la respiration. Ces idées du grand chirurgien, exposées par lui en 1827 (1), ont été défendues par plusieurs observateurs, notamment par M. Coulson, à Londres, par Warren, à Boston, et plus récemment par Robert. Ce dernier, dans un travail intéressant qu'il a publié en 1843, dans le *Bulletin thérapeutique*, a établi que l'engorgement chronique des amygdales chez les enfants produisait, outre la déformation du thorax, plusieurs ordres d'accidents, dont les principaux sont l'affaiblissement de l'ouïe et une toux gutturale opiniâtre; ce qui est parfaitement exact. Robert ajoute que le voile du palais, étant en outre refoulé en haut, rendait difficile la respiration par les narines; de là cette physionomie comme hébétée des enfants, qui sont obligés d'avoir sans cesse la bouche entr'ouverte. Enfin, les narines, ne livrant presque plus passage à l'air ambiant, subiraient, d'après Robert, une sorte d'arrêt de développement, caractérisée par l'étroitesse du nez, ainsi que par le peu d'étendue de la voûte palatine et de l'arcade dentaire supérieure. Ces idées nous semblent un peu hasardées; nous ne croyons pas que l'angine puisse produire de tels désordres. En effet, la disposition des narines, celle de l'arcade dentaire et du palais, signalées par Robert, sont évidemment congénitales; elles se rencontrent d'ailleurs très-fréquemment chez des individus n'ayant jamais eu d'angine. Quant à la déformation thoracique, c'est là un effet du rachitisme auquel l'inflammation tonsillaire n'a aucune part. Les seuls accidents que nous regardions comme pouvant dépendre de l'hypertrophie des amygdales sont la toux gutturale, la surdité par suite de la propagation de l'engorgement tonsillaire ou pharyngé aux trompes d'Eustache, un goût désagréable et une haleine fétide, résultant d'une accumulation de matière sébacée dans les follicules de l'amygdale; enfin cette induration chronique rend l'organe plus susceptible aux influences extérieures; de là des retours plus ou moins fréquents vers l'état aigu. Ces phlegmasies répétées augmentent généralement l'état hypertrophique, cependant il se peut faire exceptionnellement que la violente phlegmasie de l'amygdale ait pour effet de résoudre l'engorgement ancien, soit après un abcès qui a opéré la fonte du tissu, soit en raison de l'impulsion que le travail phlegmoneux a imprimé à l'absorption.

L'amygdalite a une durée moyenne de huit à dix jours; il n'est pas rare,

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie.

pourtant, qu'elle se prolonge jusqu'à la fin du second septénaire; elle peut même dépasser le troisième, mais il y a généralement alors plusieurs recrudescences. L'amygdalite est une des maladies dont la récurrence est le plus fréquente, surtout chez certains individus.

Diagnostic. — Inutile d'insister sur le diagnostic de l'amygdalite, car il ne peut jamais offrir de difficulté. L'inspection des parties révèle le siège et la nature de l'affection. Si les malades ne peuvent écarter assez la mâchoire pour permettre de découvrir les amygdales, on diagnostiquera l'amygdalite d'après la gêne de la déglutition, d'après le siège de la douleur qui retentit dans le fond de l'oreille, et par la souffrance qu'on provoque en pressant extérieurement au niveau des amygdales. Lorsque la réaction fébrile est vive et qu'elle est disproportionnée avec l'état local, on ne devra pas hasarder son diagnostic, car, en pareil cas, l'amygdalite pourrait n'être qu'un épiphénomène, un prodrome d'une éruption scarlatineuse.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque la fièvre est intense, lorsqu'il existe des symptômes de congestion cérébrale ou des accidents de suffocation. La gangrène est aussi une circonstance toujours fâcheuse. En somme, l'amygdalite est une des maladies aiguës qu'on voit le plus rarement se terminer d'une manière funeste.

Étiologie. — L'amygdalite, rare chez les nouveau-nés, est commune dans la deuxième enfance; mais elle acquiert son maximum de fréquence de quinze à trente ans; elle est rare après quarante, et presque inconnue chez les vieillards. Les deux sexes y sont également prédisposés, mais on ignore l'influence que les tempéraments exercent. Plus commune au printemps et à l'automne, elle reconnaît les mêmes causes occasionnelles que l'angine gutturale et pharyngée; plus souvent encore que celle-ci, elle règne épidémiquement. Il est inutile de rappeler que l'amygdalite survient fréquemment dans le cours de la scarlatine, plus rarement dans celui de la rougeole et pendant certaines épidémies d'oreillons, etc.

Traitement. — On a proposé de faire avorter l'amygdalite en cautérisant les surfaces malades avec un crayon d'azotate d'argent. MM. les docteurs Palais (1), Durand (2) et Herpin (3) ont plus spécialement recommandé cette pratique. Ce dernier dit qu'à l'aide d'une ou de deux cautérisations faites à vingt-quatre heures de distance dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, on peut, sans aucun autre traitement actif, prévenir la suppuration. Cette méthode n'est pas généralement adoptée, car elle ne compte pas encore en sa faveur des faits suffisamment nombreux; elle n'est d'ailleurs applicable qu'au début; on ne saurait y recourir lorsque la phlegmasie est parfaitement établie, et lorsque l'amygdale étant prise dans toute son épaisseur, l'inflammation a le caractère phlegmoneux.

Dans la grande majorité des cas, l'amygdale cède à l'emploi d'une médication peu énergique, telle que nous l'avons déjà indiquée pour l'angine gutturale. Cependant, lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque la douleur est très-vive et que les amygdales ont acquis un volume considérable, on devra pratiquer une ou même plusieurs saignées du bras. M. Chauffart préfère, en pareil cas, la saignée du pied; mais les faits produits par le médecin d'Avignon sont peu nombreux, et d'ailleurs peu concluants. Quoi qu'il en soit, la phlébotomie est

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XIII, p. 381.

(2) *Journal de médecine de Lyon*, novembre 1845.

(3) *Union médicale*, année 1852.

préférable aux saignées locales faites autour du cou; c'est ce que M. Louis a démontré dans ses *Recherches sur les effets de la saignée dans les phlegmasies*. Cependant, dans les angines graves, lorsque la suffocation est imminente, on devra combiner ces deux espèces de moyens. Il faut, en outre, dans les cas que nous supposons ici, provoquer une vive révulsion extérieure avec des sinapismes, et une révulsion à l'intérieur à l'aide de lavements purgatifs, ou mieux encore par l'administration d'un cathartique, si toutefois la déglutition est possible. Je ne dirai rien sur les sangsues appliquées sur les amygdales elles-mêmes ou des scarifications de leur tissu à l'aide de divers instruments; car ces moyens, d'un emploi très-difficile, ont le plus souvent des effets contraires à ceux qu'on se propose en les employant. Je ne saurais non plus, les cas de suffocation exceptés, conseiller l'application de vésicatoires autour du cou, moyen qui était fréquemment employé par les médecins du dernier siècle.

La forme de la maladie, ses complications et son mode de terminaison, sont aussi la source d'indications spéciales. Ainsi, la réaction inflammatoire forcera souvent le médecin d'insister davantage sur les antiphlogistiques; de même, dans certaines constitutions médicales où presque toutes les angines se compliquent d'un état bilieux (*angines bilieuses* de Stoll), on doit recourir aux émétiques ou aux éméto-cathartiques. Ces médicaments font non-seulement cesser les symptômes gastriques, mais ils exercent encore une influence heureuse, et le plus souvent très-rapide, sur la gorge elle-même, comme s'il existait un rapport très-intime entre la phlegmasie et la complication survenue du côté des organes digestifs.

Lorsqu'on reconnaît que l'amygdalite s'est terminée par suppuration, il faudra se hâter de donner issue au pus, soit en portant le doigt dans la gorge et en déchirant avec l'ongle le point fluctuant, soit à l'aide d'un bistouri. Chez les sujets pusillanimes, on pourra administrer un vomitif, afin que les secousses qu'il provoque et l'état convulsif du pharynx opèrent la rupture du foyer. Si la gangrène se manifeste, on devra en rechercher la cause. Lorsqu'elle dépend de la violence de la phlegmasie, les antiphlogistiques sont indiqués; si elle se lie à un état général particulier, on lui opposera des moyens appropriés; on favorisera la chute des eschares; et l'on modifiera l'état des parties par des lotions et des applications détersives et toniques, comme l'eau vinaigrée ou aiguisée avec l'acide hydrochlorique, les infusions de kina, etc. Ces mêmes moyens conviennent également contre les ulcérations consécutives, à supposer pourtant qu'elles ne soient pas entretenues par une cause spécifique, comme la syphilis. Souvent on fera marcher ces solutions de continuité promptement vers la guérison en touchant leur surface avec un caustique, comme l'azotate d'argent.

Les substances astringentes, et particulièrement l'alun, sont généralement administrées vers le déclin de la maladie. On peut alors insuffler l'alun dans la gorge à l'aide d'un tube, ou bien on porte cette substance sur les amygdales avec l'indicateur. L'alun produit communément une diminution rapide dans le volume de l'organe; car, appliqué comme je viens de le dire, il agit non-seulement par ses propriétés astringentes, mais encore en excitant des efforts de vomissement et un état de contraction spasmodique des muscles du pharynx, pendant lequel les amygdales sont comprimées. Quelques personnes, notamment M. Velpeau, ont voulu encore étendre l'emploi de l'alun à l'état aigu; mais, nonobstant une si puissante autorité, nous ne croyons pas que cette pratique puisse être trop généralisée; car nous avons vu maintes fois l'emploi prématuré de l'alun augmenter les accidents inflammatoires, et prolonger de beaucoup la durée de la maladie; on n'y aura recours d'emblée que lorsque la

phlegmasie est superficielle, lorsqu'elle s'accompagne de peu de gonflement, d'une rougeur modérée, lorsque enfin la réaction fébrile est nulle ou du moins peu considérable.

L'induration chronique des amygdales cède difficilement, surtout lorsque les sujets sont de constitution molle, lymphatique. Il faut avant tout une médication générale propre à combattre l'état constitutionnel. Parmi les moyens locaux, on conseille surtout les gargarismes aluminés, mais sans grands résultats. On a parlé de diriger sur l'organe et sur la partie correspondante une petite douche d'eau alcaline ou sulfureuse. M. le docteur Lambron a surtout recommandé cette médication. On a conseillé encore de porter de temps en temps sur la surface de l'amygdale hypertrophiée un crayon d'azotate d'argent, pour produire une excitation superficielle. D'autres, à l'exemple de Graves, portent le caustique sur un point de l'organe malade et prolongent le contact pendant cinq à six secondes, de manière à produire une eschare, et par conséquent une petite solution de continuité de l'étendue d'une pustule variolique. On procède ainsi alternativement sur l'une et sur l'autre amygdale jusqu'au résultat désiré. Graves estime qu'il ne faut pas moins de six mois pour résoudre de la sorte un engorgement considérable des amygdales (1).

Lorsque tout échoue, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'extirpation des amygdales.

De l'angine diphthéritique.

SYNONYME. — Ulcère syriaque; angine couenneuse, pseudo-membraneuse, gangréneuse, maligne.

• L'angine diphthéritique est une inflammation spécifique de la muqueuse qui tapisse le pharynx et l'isthme du gosier; elle est essentiellement caractérisée par la formation, sur les parties malades, d'une fausse membrane qui se reproduit sur place dès qu'on l'enlève, qui a une grande tendance à envahir les parties voisines et surtout à se propager du côté du larynx.

Historique. — Sous les noms d'angine maligne, d'ulcère syriaque ou égyptique, Arétée paraît avoir décrit la maladie dont nous allons traiter. Ses successeurs, cependant, en firent à peine mention, et ce ne fut guère qu'au commencement du XVII^e siècle que Nola (2), Villareal (3) et d'autres médecins espagnols et italiens la décrivent de nouveau. Mais les travaux les plus remarquables sont ceux qui furent entrepris vers le milieu et à la fin du siècle dernier, par Malouin (4), par Astruc (5), par Chomel (6), et surtout par Sam. Bard, de New-York (7), dont les opinions ont été reproduites et commentées avec un rare talent par Bretonneau, qui est, de tous nos contemporains, un de ceux qui ont le plus éclairé l'histoire de l'angine diphthéritique (8). C'est peut-être avec raison que le célèbre médecin de Tours a essayé de rapporter à cette maladie ce que les anciens avaient dit des angines gangréneuses. Toutefois on aurait tort de contester l'existence de ces dernières; elles sont seulement excessive-

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 305, deuxième édition de la traduction du docteur Jaccoud.

(2) *De epidemica phlegmone anginosa grassante Neapoli*. Venitiis, 1610, in-4.

(3) *De signis, causis et curatione morbi suffocantis*, lib. II, 1611, in-4.

(4) *Mémoires de l'Académie des sciences*, années 1747, 1748 et 1749.

(5) *Lettre sur l'espèce de mal de gorge gangréneux qui a régné parmi les enfants en 1748*.

(6) *Dissertation sur l'espèce de mal de gorge gangréneux*. Paris, 1752, in-12.

(7) *Recherches sur l'angine suffocante*. Traduit de l'anglais par Ruette, en 1810.

(8) *Inflammations spéciales des tissus muqueux, et en particulier de la diphthérite*, 1823, in-8°.

ment rares, et constituent d'ailleurs une affection distincte de celle dont nous allons parler. (Voyez la *Classe des gangrènes*.)

Anatomie pathologique. — Comme nous l'avons déjà dit, l'angine couenneuse est anatomiquement caractérisée par une concrétion grise ou blanchâtre, prenant une teinte noire lorsque du sang exhalé au-dessous d'elle la pénètre. Elle adhère plus ou moins intimement à la muqueuse; elle est disposée par plaques irrégulières formant partout une couche à peu près uniforme, d'une épaisseur variable de 4 à 6 millimètres. Quelques-unes sont composées de plusieurs feuillets superposés; d'autres sont tellement minces qu'elles ressemblent à la couleur de la muqueuse et passeraient inaperçues si l'on n'explorait pas la gorge avec attention. Examinées au microscope, on les trouve constituées par de la fibrine, par quelques globules purulents et sanguins, et par beaucoup d'épithélium en détrit. Lorsqu'on sépare les concrétions diphthéritiques de la muqueuse qu'elles tapissent, celle-ci est rouge, ecchymosée, parfois érodée, excoriée, mais très-rarement ulcérée et plus rarement encore sphacélée. La gangrène est, en effet, un accident presque aussi rare ici qu'il l'est dans les autres espèces d'angines.

Dans la plupart des cas qui se sont terminés par la mort, la fausse membrane a envahi le larynx et souvent aussi les fosses nasales. Les ganglions sous-maxillaires sont toujours augmentés de volume, rouges, ramollis ou friables, quelquefois ils sont suppurés. Le sang est presque toujours diffus; M. Millard l'a trouvé souvent semblable à du jus de pruneaux ou de réglisse, tachant les doigts comme le ferait de la *sépia*, et communiquant aux viscères qui en sont imprégnés une teinte sale caractéristique (1).

Symptômes. Marche. — Le début peut être des plus insidieux. Il est des malades qui, ayant déjà une fausse membrane sur les amygdales, ont à peine de la douleur et de la gêne dans la gorge; ils continuent à vaquer à leurs occupations. L'angine diphthéritique débute en général avec les symptômes ordinaires des angines simples, sauf pourtant que la douleur est presque toujours moins vive, la déglutition moins gênée, la tuméfaction beaucoup moindre, et souvent la fièvre moins intense que dans la plupart des amygdalites. Dans quelques cas pourtant, le contraire a lieu, et il est à remarquer que cette acuité des symptômes locaux n'arrive pas nécessairement dans les formes les plus graves. Cependant chez les sujets sérieusement atteints, le début de l'affection est communément marqué par de la fièvre, par un gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, par une douleur vive à la gorge et par de la dysphagie. Pendant quelques heures il peut n'y avoir qu'une rougeur uniforme ou ponctuée de la muqueuse, mais bientôt les fausses membranes se développent. Presque toujours on les constate d'abord sur une des amygdales ou sur les deux à la fois, elles envahissent bientôt le voile du palais, ses piliers, le pharynx, et cela rapidement, en quelques jours, parfois en quelques heures, d'une manière en quelque sorte foudroyante.

Les concrétions diphthéritiques diffèrent d'aspect: la plupart sont grisâtres ou d'un blanc jaunâtre, un peu luisantes; elles sont irrégulièrement circonscrites, entourées d'un cercle bleuâtre ou violacé; elles semblent plus minces à leur circonférence qu'à leur centre, où elles paraissent comme bombées; souvent les parties malades en sont uniformément tapissées. Ces concrétions se détachent plus ou moins facilement; quelquefois leur décollement est provoqué par une exsudation sanguine qui se fait à la surface de la muqueuse et qui, pénétrant la pseudo-membrane, lui donne une coloration noire qui a contribué à

(1) Thèse de Paris, année 1858, p. 37.