

III. — Signes fournis par l'examen de la gorge et de l'œsophage.

1° Signes physiques fournis par l'examen de la gorge.

— L'examen de la gorge, après qu'on a abaissé la langue avec une cuiller, est une exploration capitale qui ne doit jamais être négligée chez un malade, surtout chez un enfant, car très souvent il donnera la clef d'un accès de fièvre, d'un frisson, d'une courbature, etc., dont on ne trouve pas ailleurs les causes.

C'est, en effet, au niveau des amygdales qu'un grand nombre d'agents infectieux pénètrent, pour envahir l'économie non sans déterminer une amygdalite, qui tantôt sera simplement *érythémateuse*, qui, beaucoup plus souvent, se traduira par l'apparition d'*exsudats blanchâtres ou grisâtres*.

Les plus fréquentes sont les angines rhumatismales, grip-pales scarlatineuses, diphtéritiques, rubéoliques, pneumococ-ciques, etc., etc.

Une *angine érythémateuse* marque souvent le début d'un *rhumatisme articulaire aigu*, sans qu'il y ait aucun rapport entre l'intensité de l'angine et celle du rhumatisme consécutif (Lasègne, Kingston Fowler, Thorner, Grodel, Potain). Une rougeur diffuse envahit les piliers, le voile du palais, les amygdales, sans commencer par celles-ci comme il arrive dans la plupart des autres angines ; elle s'accompagne d'une tumé-faction œdémateuse, plus ou moins accentuée qui donne à la muqueuse un aspect brillant ; elle s'atténue sur les bords peu à peu jusqu'à la muqueuse normale, atténuation qui différen-cie cette rougeur de celle de l'angine érysipélateuse.

F. Franke a fait connaître comme signe pathognomonique de la *grippe*, une rougeur intense qui, strictement limitée aux

les mots, bien que les mouvements de la langue soient conservés et que le malade puisse exprimer sa pensée par l'écriture ou par des gestes (voy. l'article consacré à l'aphasie). La laloplégie s'ob-sERVE dans la paralysie générale, la paralysie labio-glosso-pharyn-gée, etc.

piliers antérieurs du voile du palais, se présente sous la forme d'une bande plus ou moins large, irradiant parfois en éventail, interrompue seulement au niveau de la luette. Cette rougeur persisterait longtemps après la guérison, pour s'accroître à l'occasion de toute nouvelle atteinte d'influenza ; elle permettrait donc de faire le diagnostic rétrospectif de la maladie. Le même auteur a signalé une tuméfaction des papilles de la portion antérieure de la langue, qui débiterait dès le second ou le 3^e jour.

Les angines les plus importantes à diagnostiquer sont les angines blanches et, parmi elles, l'angine diphtéritique qui se traduit par la présence sur une seule ou sur les deux amygdales, d'un exsudat membraniforme, de teinte grisâtre, adhérent à la muqueuse et tendant à déborder l'organe pour s'étendre sur les piliers de l'isthme du gosier.

On oppose volontiers à cet exsudat ainsi caractérisé, l'ex-sudat franchement blanc de l'angine herpétique, siégeant, sous forme de petites plaques arrondies, au niveau des cryp-tes amygdaliennes, et l'exsudat blanc, crémeux, épais, peu adhérent de l'angine pultacée.

Mais si la distinction est parfois aisée à l'œil, et s'impose, pour ainsi dire, il est beaucoup d'autres cas dans lesquels la simple inspection ne peut donner que des présomptions ou des probabilités et a besoin d'être éclairée par l'examen bac-tériologique, lequel d'ailleurs justifie souvent le doute du méde-cin en montrant divers microbes, comme le bacille de Loeffler, le streptocoque, le staphylocoque, associés dans le même ex-sudat.

L'examen bactériologique aidera aussi à reconnaître l'an-gine ulcéro-membraneuse due au bacille fusiforme de Vincent (V. t. I, p. 439).

La nature scarlatineuse d'une angine est rapidement dé-montrée par l'éruption cutanée, puis par la desquamation car-actéristique de l'épithélium lingual.

Au contraire, la nature rhumatismale d'une angine ne peut guère être reconnue qu'un certain temps après qu'elle a dis-paru, lorsqu'apparaissent des manifestations articulaires.

Après toute angine, il est prudent de s'assurer qu'il n'existe pas d'albuminurie, car maintes néphrites, méconnues à leur début, remontent à une amygdalite antérieure (J. Laffitte).

Rappelons que les amygdales sont un des sièges de prédilection des plaques muqueuses.

2° Signes physiques fournis par l'examen de l'œsophage. — La palpation fait parfois sentir des tuméfactions limitées à la portion cervicale de l'œsophage et en rapport, soit avec une tumeur, soit avec une dilatation située au-dessus d'un rétrécissement.

De même, en cas de dilatation, l'auscultation permet de percevoir des gargouillements lorsque le malade boit.

Mais ces renseignements ont presque toujours besoin d'être complétés par le cathétérisme.

DYSPHAGIE, de $\delta\upsilon\varsigma$, difficilement, $\varphi\alpha\gamma\epsilon\iota\nu$, manger).

La déglutition comprend l'ensemble des actes mécaniques qui concourent au transport de l'aliment, de la bouche dans l'estomac.

Les physiologistes ont divisé la déglutition en *trois temps* correspondant à chacune des régions traversées par le bol alimentaire. Bien que cette division soit un peu artificielle, vu la manière dont ces différents actes s'enchaînent et la rapidité avec laquelle ils se succèdent, elle est généralement adoptée et peut s'étendre à l'étude de la dysphagie.

Le mot dysphagie sert à désigner la difficulté de la déglutition : c'est un symptôme commun à des lésions fort diverses¹ que l'on peut étudier dans le lieu même de leur production, c'est-à-dire dans la bouche, le pharynx et l'œsophage.

Nous distinguerons donc trois genres de dysphagie : — A. une *dysphagie buccale* ; — B. une *dysphagie pharyngienne* ; — C. une *dysphagie œsophagienne*.

A. DYSPHAGIE BUCCALE. — Le premier temps de la dégluti-

1. Ces lésions pourraient se grouper sous plusieurs chefs : diminution de la cavité (tumeurs, rétrécissements, etc.) ; perforation des parois ; altérations de la muqueuse, du plan musculaire, de l'innervation.

tion ne commence que lorsque le bol alimentaire, trituré et insalivé, se trouve ramené sur la langue par les lèvres et les joues et conduit dans l'isthme du gosier par l'application de la langue sur la voûte palatine.

Les causes capables de gêner la déglutition buccale sont de deux ordres :

1° *Mécaniques.* — Telles sont : la tuméfaction de la langue, son absence congénitale ou accidentelle, ses ulcérations ou ses adhérences ; la perforation de la voûte palatine ou des parois buccales ; les tumeurs du plancher de la bouche ; les fractures, luxations ou ankyloses de la mâchoire inférieure.

2° *Dynamiques.* — Telles sont : l'anesthésie de la muqueuse buccale ; les paralysies, convulsions ou contractures des muscles masticateurs ; la sécheresse de la bouche, par la diminution de la salive.

B. DYSPHAGIE PHARYNGIENNE. — Le deuxième temps de la déglutition n'est plus soumis à l'influence de la volonté : dès que le bol alimentaire a franchi l'isthme du gosier, il est saisi par le pharynx qui s'est avancé vers lui et le conduit presque instantanément jusqu'à l'œsophage. — Le deuxième temps s'accomplit par un phénomène réflexe, le contact de l'aliment provoquant la contraction des puissances musculaires. Cet acte réflexe peut se décomposer ainsi : 1° contact de l'aliment sur la muqueuse ; 2° transport jusqu'au bulbe de son impression par les filets du glosso-pharyngien et du trijumeau ; 3° excitation de cette partie du bulbe à laquelle aboutissent les nerfs sensitifs de l'arrière-gorge et d'où partent ses filets moteurs, et que l'on pourrait appeler le centre nerveux de la déglutition ; 4° renvoi de l'incitation motrice par les nerfs hypoglosses, faciaux et spinaux.

Les causes de la dysphagie pharyngienne sont nombreuses. Les unes *gênent mécaniquement* le passage des aliments : ce sont les tumeurs développées dans son voisinage (hypertrophie des amygdales, polypes naso-pharyngiens, abcès rétro-pharyngiens). D'autres *altèrent la sensibilité* de la muqueuse :