

Le *diagnostic* se fait par exclusion. On aura surtout à éliminer le *cancer de l'œsophage* que différencie la prédominance d'une dysphagie spéciale, et, l'*anévrisme de l'aorte*, tumeur tendant à faire saillie au dehors, ne comprimant qu'exceptionnellement la veine cave supérieure, et surtout, animée de battements expansifs visibles à la radioscopie. Les adénopathies axillaires, inguinales, cervicales, concomitantes dénoncent le lymphadénome du médiastin, sans parler des caractères du sang, en cas de leucémie. Les tumeurs malignes secondaires sont, souvent aussi, fort difficiles, sinon impossibles à reconnaître.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DU TUBE DIGESTIF

CHAPITRE PREMIER

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

I. — EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

Bouche. — *Lèvres, orifice buccal.* — Les sujets normaux respirent par le nez, la bouche close. Quand la bouche est constamment ouverte, que les lèvres restent écartées d'un demi à un centimètre, les arcades dentaires un peu moins, on doit l'attribuer à l'*insuffisance nasale* ou perméabilité incomplète des fosses nasales de causes variables : déviation de la cloison, polypes du nez, rhinite hypertrophique, et surtout végétations adénoïdes du nasopharynx et hypertrophie des amygdales. Le même phénomène peut résulter passagèrement de l'angine aiguë, de l'amygdalite phlegmoneuse, de l'abcès rétro-pharyngien, de la stomatite ou de la glossite aiguë, ces dernières entraînant en même temps un flux salivaire plus ou moins abondant. La béance de la bouche peut encore reconnaître une origine paralytique : paralysie labio-glosso-laryngée, paralysie faciale double, myopathie facio-scapulo-humérale (voy. ces chapitres).

Chacune des lèvres doit être renversée en dehors avec les doigts, de façon à en rendre visible la face muqueuse et à découvrir les gerçures et les fissures dont elle peut être le siège. Les *commissures*, sujettes à des ulcérations banales ou spécifiques (tuberculeuses, syphilitiques ou épithéliales), arrêteront également l'attention.

Arcades dentaires, gencives. — L'examen méthodique des arcades dentaires, source de précieux renseignements, ne sera jamais omis. Pour inspecter la face antérieure ou vestibulaire, on invite le malade à fermer les mâchoires, puis on écarte successivement, avec le manche d'une cuiller ou un abaisse-langue : la lèvre supérieure, l'inférieure, puis chaque joue. Pour voir la face postérieure, ayant fait ouvrir largement la bouche du sujet, on le prie de renverser fortement la tête en arrière (arcade supérieure), puis de l'incliner en avant (arcade inférieure). Cet examen, très facilité par le miroir des dentistes, permet de constater : le mode d'articulation des dents entre elles ; la proéminence de la mâchoire, soit inférieure (*prognathisme inférieur*), soit supérieure (*prognathisme supérieur*), soit des deux (*prognathisme double*).

L'état des gencives retiendra ensuite l'attention : leur couleur (rose normal ou décoloration ; bord libre liséré de vert par intoxication cuprique, de bleu dans le saturnisme, de noir par le nitrate d'argent, le fer ou le charbon) ; leur intégrité ou leur état fongueux, saignant (gingivite, scorbut), avec ou sans suintement purulent (gingivite alvéolo-dentaire) ; le tartre dentaire qui peut les irriter ; les diverses ulcérations, spécifiques ou non, qui peuvent les entamer.

Dents. — Les différentes étapes de l'éruption dentaire doivent rester présentes à la mémoire, en raison de leur importance en médecine infantile. Ses anomalies, surtout ses retards, indiquent toujours un trouble de la nutrition (débilité, hérédo-syphilis, rachitisme). Voici quelles sont les moyennes :

Dents temporaires.	Éruption.	Chute.
Incisives inférieures centrales	6 à 8 mois.	7 ^e année.
— supérieures —	7 à 9 —	7 ans 1/2.
— — latérales	9 à 10 —	8 ans.
— inférieures —	10 à 12 —	7 ans 1/2.
1 ^{res} molaires supérieures	12 à 14 —	10 ^e année.
— inférieures		
Canines supérieures	18 à 20 —	12 ^e —
— inférieures		
2 ^{es} molaires supérieures	25 à 24 —	12 ^e —
— inférieures		
Dents permanentes (32).		
1 ^{res} molaires apparaissent de	5 à 6 ans.	
Incisives centrales apparaissent la	7 ^e année.	
— latérales apparaissent à	8 ans 1/2.	
1 ^{res} bicuspides apparaissent de	9 à 10 ans.	
2 ^{es} — —	11 à 12 —	
Canines — —	11 à 12 —	
2 ^{es} molaires — —	12 à 15 —	
3 ^{es} — —	18 à 25 —	(dents de sagesse)

L'éruption précoce expose surtout à la direction vicieuse des dents, par développement insuffisant du maxillaire, et à la carie rapide, par calcification insuffisante.

Conformation. — On peut observer sur les dents plusieurs sortes de malformations.

L'érosion implique la disparition de l'émail en certains points de la couronne et son épaissement autour (d'où, aspect rongé). Sur la face antérieure, l'érosion forme soit une cupule, soit un sillon ou plusieurs sillons que séparent des bourrelets d'émail (érosion en gradins). Il arrive aussi qu'une large érosion en nappe occupe toute la surface de la couronne ou le bord libre des molaires (érosion en plateau). Plusieurs érosions peuvent encore denteler en scie le bord libre des incisives.

Les érosions affectent toujours des dents homologues, et, bien plus souvent, des dents permanentes, presque dans l'ordre de leur éruption. Elles indiquent que le développement intra-alvéolaire et la calcification des dents ont été

troublés par une maladie de la nutrition ou une infection grave et prolongée (hérédosyphilis précoce dans les derniers mois de la vie utérine et les deux premières années ; rachitisme du 10^e au 18^e mois, etc.). Les érosions ne sont donc pas nécessairement d'origine syphilitique. Pourtant, la dent dite d'Hutchinson est un signe présumptif formel de syphilis héréditaire. Elle se caractérise : par une échancrure semi-lunaire entamant le bord libre et une part de la face antérieure des incisives médianes supérieures permanentes ; par leur forme en tourne-vis et leur direction oblique convergente.

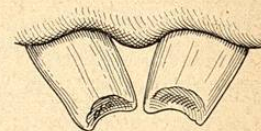


FIG. 164. — Dents d'Hutchinson. échancrure semi-lunaire (figure schématique).

Les anomalies de forme (gigantisme, microdontisme, amorphisme) limitées offrent peu de valeur diagnostique.

Siège. — Direction. — Les anomalies de siège (hétérotopie, transposition de dents voisines) n'affectent que les dents permanentes.

Les anomalies de direction (antéversion, rétroversion, inclinaison latérale, rotation sur l'axe) frappant surtout les incisives et les canines de la mâchoire supérieure, coïncidant ou non avec une déformation de la courbe du maxillaire (normalement parabolique), ressortissent aux états pathologiques susceptibles d'engendrer celle-ci (rachitisme, idiotie, insuffisance nasale).

Coloration. — La couleur des dents est, suivant les sujets, jaunâtre, jaune noirâtre ou blanche avec reflets bleuâtres. Le tartre forme sur le collet des dents de certains sujets des concrétions plus ou moins épaisses, jaunâtres, noirâtres (fumeurs, chiqueurs, dyspeptiques), bleuâtres (saturnins) ou verdâtres (cuivre). La carie peut se trahir à la surface même de la dent, par une tache ou un sillon noir. L'inflammation ou la mortification de la pulpe peut rendre la dent entière rosée, bleuâtre ou noirâtre.

Chute pathologique des dents. — Les dents peuvent se déchausser et tomber, sans carie, par gingivite expulsive, ou ostéo-périostite alvéolo-dentaire, après 40 ans surtout, chez : les goutteux, les arthritiques, les diabétiques, les tabétiques, les dyspeptiques, soit sans inflammation, soit plutôt à la suite d'infection buccale.

Carie. — La carie dentaire doit toujours être recherchée dans les cas : de fluxion dentaire, d'abcès dentaires, d'adéno-phlegmons sous-maxillaires, de trismus, de névralgie dentaire ou faciale, dont elle est souvent l'origine. Se traduisant par des taches jaunes ou noirâtres friables, la carie atteint successivement l'émail (1^{er} degré), l'ivoire (2^e degré) et la pulpe (3^e degré), qu'elle peut entièrement mortifier (4^e degré).

Langue. — Mouvements. — Lorsqu'on fait ouvrir la bouche, la langue présente en général divers mouvements involontaires, souvent inconscients. Ses mouvements volontaires sont très étendus. Les paralysies, tremblements et spasmes de la langue ont été étudiés ailleurs. (Voy. : *Système nerveux.*)

Sensibilité. — La langue offre un appareil sensitif et sensoriel dont les troubles (anesthésie, hyperesthésie, aguesie, hyperguesie, paraguesie) regardent surtout la pathologie nerveuse.

Volume. — La langue subit : une *tuméfaction inflammatoire* (avec rougeur violacée) dans la glossite aiguë; une *hypertrophie simple* dans l'acromégalie et le myxœdème congénital. L'*atrophie de la langue* (totale ou partielle) est liée à nombre d'affections du système nerveux : paralysie labio-glossolaryngée, tabes, paralysie générale, sclérose en plaques, etc.

Surface. — Rosée à l'état normal, la surface de la langue revêt des aspects variés, suivant les états pathologiques. Sa *couleur* est modifiée par l'ingestion de certaines substances; les mûres, les préparations ferrugineuses la colorent en noir; le tabac, les noix fraîches, en brun; la rhubarbe, le laudanum, en jaune safran; certaines pastilles, en rouge; les substances caustiques y déterminent des *escarres* : grises (acide phénique), jaunes (acide nitrique), rouges (nitrate acide de mercure), gélatiniformes (potasse) ou blanc opalin (nitrate d'argent).

Bien plus souvent, la langue est défigurée par une affection locale ou générale. Elle est blanche, saburrale, chez les dyspeptiques. Les angines, les stomatites, la couvrent d'un enduit épais. Jaune blanchâtre dans l'embarras gastrique, cet enduit est mince, uni et porcelainé dans la grippe (Faisans); il ne recouvre que le milieu de la langue dans la fièvre typhoïde, tandis que les bords et la pointe sont rouges; la langue devient sèche, noirâtre et cornée dans les formes ataxo-adiynamiques (*langue de perroquet*). Dans la scarlatine, la langue n'est blanche que les premiers jours et desquame vers le 4^e ou 5^e, pour devenir rouge, lisse et vernissée jusqu'à formation d'une nouvelle couche cornée.

Les *lésions locales* : érosions, ulcérations, néoplasies, que peut subir la langue, sont très variées et seront étudiées à part.

Joues. — On retrouve sur les joues des lésions communes aux lèvres et à la langue : *ulcérations* tuberculeuses, syphilitiques; lésions de *stomatites* diverses; *ecchymoses* (purpura), *taches pigmentaires* (macules d'Addison), macules plombiques (leucoplasie, etc.). Le *noma* ou *stomatite gangréneuse* (voy. ce mot) débute le plus souvent par une escarre dure qui frappe toute l'épaisseur de la joue.

Dans le 1^{er} ou le 2^e jour de la phase d'invasion de la *rougeole*, apparaissent à la face interne des joues 6 à 20 petites taches blanc bleuâtre, larges de 2 à 6 millimètres, entourées d'une auréole inflammatoire, qui seraient pathognomoniques (*exanthème de Koplik*, 96).

Pharynx. — L'*examen de la gorge* fait partie de tout examen clinique complet, particulièrement chez les enfants de moins de 6 ou 7 ans qui n'accusent souvent, à l'occasion des angines, que des troubles généraux (fièvre, abattement).

Technique. — La lumière du jour est la meilleure; elle seule permet de reconnaître l'ictère ou l'érythème morbillieux du voile du palais. Pour l'utiliser, le médecin placera le sujet bien en face d'une fenêtre à laquelle lui-même tournera le dos. En inclinant la tête à droite, puis à gauche, tout en faisant tourner légèrement celle du malade en sens inverse, il éclairera

successivement tous les points de la bouche et de la gorge. Le meilleur éclairage artificiel est la lampe électrique portative, quand on en dispose; la lampe simple est lourde et peu maniable; souvent le mieux est d'employer une bougie, derrière laquelle on dispose, en guise d'écran, soit une cuiller formant réflecteur, soit un morceau de carton (une carte de visite). Un examen plus complet exige l'emploi du miroir frontal qui laisse les mains libres.

Quelques sujets entraînés montrent bien la gorge, sans l'aide d'aucun instrument, en se tassant la langue ou la creusant en gouttière. Bien plus souvent, on doit déprimer l'organe pour démasquer la gorge, soit avec un *abaisse-langue* (le plus convenable et le mieux aseptisable est en métal nickelé d'une seule pièce, uni sur ses deux faces, courbé à angle obtus ou en forme de clavicle), soit avec le manche d'une cuiller (cuiller à café avant 2 ans, à entremets de 2 à 5, à soupe après 5 ans).

On opère différemment à l'âge adulte et dans l'enfance.

Chez l'adulte. — Quand le malade est au lit, on le fait mettre sur son séant, si son état le permet; sinon on le prie de tourner la tête de votre côté. Quand le sujet est à la chambre, on le fait asseoir, se tenant devant lui, debout (examen ordinaire), ou assis (examen au miroir frontal). La tête du médecin doit être un peu de côté, par rapport à celle du malade, hors de la ligne de projection des mucosités que celui-ci peut émettre; sa main gauche, si elle ne tient pas la lumière, se pose sur le sommet de la tête du sujet qu'elle incline à son gré; sa droite place l'abaisse-langue bien à plat sur la ligne médiane, jusqu'au bord postérieur de la partie horizontale de la langue qu'il déprime, comme pour la refouler en bas et en avant.

Cet examen peut être très gêné quand, par suite de l'*hyperesthésie du pharynx*, le moindre contact sur la base de la langue provoque des efforts de vomissements. Cet inconvénient cède quelquefois à quelques larges inspirations durant l'examen; sinon mieux vaut, 4 à 5 minutes avant, passer sur tout le pharynx buccal, un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20^e. Quand l'hyperesthésie reconnaît une origine purement psychique, le sujet se jetant en arrière en apercevant l'abaisse-langue, on fait maintenir le malade, ou on l'invite à s'accoutumer lui-même à l'introduction de l'instrument.

Chez l'enfant. — Chez l'enfant, on a contre soi l'appréhension du petit malade quand elle est éveillée. Voici comment on procédera :

La mère ou la nourrice, assise sur une chaise basse, face à la lumière, place les jambes de l'enfant entre les siennes qu'elle croise l'une devant l'autre; l'asseyant sur sa cuisse gauche, elle maintient solidement les deux mains de sa main gauche, tandis que sa droite placée sur le front appuie fortement la tête au défaut de son épaule gauche. L'enfant étant ainsi bien immobilisé, le médecin, assis en face, sur une chaise un peu plus haute, peut introduire vivement la cuiller ou l'abaisse-langue, profitant du moment où l'enfant hurle, pour inspecter rapidement l'isthme du gosier. Certains enfants, très vifs et très vigoureux, ne peuvent être bien maintenus que par un drap enroulé autour de tout le corps et ne laissant libre que la tête. Quelquefois, les mucosités du larynx et du naso-pharynx masquent le fond de la gorge; on retire

alors l'abaisse-langue, le temps que l'enfant les déglutisse et on reprend l'examen.

Il peut arriver que l'enfant s'oppose à l'introduction de l'abaisse-langue en serrant convulsivement les lèvres ou les mâchoires. On l'oblige alors à respirer par la bouche, en lui pinçant les narines, et on saisit cet instant pour glisser l'abaisse-langue. Mais, quand l'enfant a des dents, l'air peut passer par leurs interstices, ce qui lui permet de prolonger la lutte. Force est alors d'attendre un moment de lassitude pour le mettre à profit, ou, de passer derrière les molaires un crayon, une plume d'oie, qui, poussée jusqu'au pharynx, provoque des efforts de vomissement.

Introduit, l'abaisse-langue est glissé lentement sur le dos de la langue jusqu'à l'isthme du gosier; un effort de vomissement éclate, durant lequel, on peut examiner la gorge. Quand le réflexe pharyngien fait défaut, on obtient l'écartement des mâchoires en appuyant fortement l'abaisse-langue sur la base de la langue.

Chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, on se placera toujours de côté, de façon à éviter la salive, le pus, les fausses membranes qu'il pourrait vous lancer au visage.

Palpation. — La palpation derrière la branche montante du maxillaire ne renseigne en rien sur le volume des amygdales, mais, le *toucher du pharynx*, très utile chez les enfants, permet seul souvent de dépister un *abcès rétro-pharyngien*, invisible, causant de la dysphagie, de la raideur du cou et du tirage. Chez l'adulte, l'opération est simple : placé en face de vous, le sujet ouvre très largement la bouche; l'index droit, introduit dans le pharynx, explore le côté droit, tandis que, en dehors, les doigts de la main gauche soutiennent les parties molles derrière la branche montante du maxillaire; l'index gauche explore de même le côté gauche, pendant que la main droite sert à son tour de point d'appui.

Chez le nourrisson encore dépourvu de dents, il est aisé aussi d'enfoncer l'index jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et d'en explorer successivement les parois latérales.

Quand l'enfant est plus âgé, il faut se garder des morsures, soit en se servant de *l'ouvre-bouche*, comme pour toucher le naso-pharynx, plaçant les écarteurs en arrière des canines, sur les molaires, ou à leur place si elles manquent, soit par la manœuvre suivante : l'enfant étant maintenu immobile, comme il est dit plus haut, on se place debout derrière lui et un peu à droite, comme il est dit plus haut, on se place debout derrière lui et un peu à droite, passant alors le bras gauche à gauche de la tête du patient et la main gauche sous son menton, on se sert de celle-ci pour appuyer fortement la tête contre soi et maintenir la bouche ouverte, tout en refoulant, de l'index, la joue droite, entre les arcades dentaires; pendant ce temps l'index droit, introduit dans la bouche, peut explorer la gorge en toute sécurité (J. Renault).

Le pharynx comprend les régions : *nasale* ou *naso-tubaire*, *buccale* et *laryngée*. La seconde nous occupera seule ici.

État normal. — On distingue au fond de la bouche deux plans, l'un anté-

rieur, formé par le voile du palais, les piliers et les amygdales, et limitant l'isthme du gosier; l'autre postérieur, à 2 ou 3 centimètres en arrière, constitué par la paroi postérieure du pharynx.

Du voile du palais, on ne voit que les bords et la face antérieure. Son *bord antérieur* s'insère au bord postérieur de la voûte palatine, suivant une ligne transversale; la voûte paraît plus blanche, le voile plus rosé. La *face antérieure du voile*, concave d'avant en arrière et transversalement, continue la voûte palatine, avec laquelle elle fait, au repos, un angle presque droit qui s'efface quand le voile se contracte et se relève. Le *raphé médian*, légèrement saillant divise cette face, d'avant en arrière, en deux moitiés égales.

Sur la ligne médiane, la *lucette* conique, longue de 2 centimètres, large d'un demi, prolonge, en arrière, le voile du palais dont elle suit tous les mouvements.

Les *piliers antérieurs* partent un peu en avant de la base de la lucette se dirigeant en bas, en avant et en dehors, pour se perdre sur les côtés de la base de la langue. Partis de la base même de la lucette, les *piliers postérieurs* se dirigent en arrière et en dehors et se confondent finalement avec les parois latérales du pharynx.

Les piliers antérieur et postérieur limitent de chaque côté les *fosses amygdaliennes* plus ou moins remplies par les amygdales palatines qui laissent toujours au-dessus d'elles deux dépressions : les *fossettes sus-amygdaliennes*.

En forme d'amande, l'*amygdale palatine*, haute de 20 à 25 millimètres en moyenne et épaisse de 10 à 12, offre un diamètre antéro-postérieur de 12 à 15 millimètres. Son sommet est seul visible sans l'abaisse-langue, qui doit déprimer fortement la langue pour la découvrir en entier; la surface démasquée s'accroît encore, surtout en dedans, dans l'effort de vomissement. Sa *face interne*, alors mise à nu, est sillonnée d'orifices et de fentes communiquant avec des cavités anfractueuses plus ou moins profondes appelées *cryptes*. Son *bord antérieur* longe le pilier antérieur, tandis que son *bord postérieur* est assez loin du pilier postérieur.

La lucette, les amygdales et les piliers, la base de la langue forment une fenêtre au fond de laquelle apparaît, tendue comme une membrane, la *paroi postérieure du pharynx*, lisse, unie, rosée ou rouge clair, visible sur une plus grande étendue, quand le voile se contracte, ou lors des efforts de vomissement.

Les *parois latérales du pharynx*, masquées par les piliers postérieurs deviennent visibles, quand on se place un peu sur le côté du sujet (à droite, puis à gauche), surtout pendant les efforts de vomissement; elles sont lisses, unies ou finement chagrinées.

Normalement, le pharynx buccal est rose ou peu rouge, lisse ou finement chagriné, semé sur la ligne médiane du voile et de la lucette de quelques saillies glanduleuses; le mucus y forme comme un vernis frais.

Aspects pathologiques. — Comme la voûte, le voile du palais, peut être divisé en deux, par la malformation dite *gueule de loup*. Un *abcès rétro-pharyngien*, une *tumeur naso-pharyngienne*, un *phlegmon péri-amygda-*

lien peuvent le faire saillir en avant; dans le dernier cas, il est en outre rouge, gonflé et œdémateux.

Le voile du palais est pâle et décoloré chez les *chlorotiques*, jaune chez les *ictériques*, surtout le long du raphé médian; il est rouge et congestionné dans l'*amygdalite aiguë*, soit en totalité (amygdalite double), soit d'un seul côté (amygdalite unilatérale).

Dans la *scarlatine*, tout le voile est d'un rouge vif, semé d'un piqueté plus foncé, parfois hémorragique. Dans la *rougeole*, des macules rouges isolées (*éanthème*) le parsèment vingt-quatre heures avant l'exanthème. La *varicelle* peut se traduire de bonne heure, sur le voile du palais, par des vésicules typiques; la *variolo*, par des vésico-pustules, occupant aussi la muqueuse buccale.

La rougeur diffuse du voile du palais et du pharynx avec état grenu et varicosités peut être imputable à l'alcool, au tabac, ou à certains médicaments (iodures, bromures, belladone).

La paroi postérieure du pharynx est rouge, sèche, dépolie, semée de granulations grosses comme un grain de mil (glandes muqueuses hypertrophiées) dans la *pharyngite chronique diffuse*.

La *syphilis secondaire* se traduit, sur le voile du palais, par des *plaques muqueuses* ovalaires, plutôt opalines ou porcelainées que rosées ou rouges, plus souvent érosives qu'ulcéreuses, reposant sur un fond de rougeur diffuse. La *syphilis tertiaire* détermine dans la même région, des *gomm*, d'abord saillantes, puis ulcérées en forme tantôt de cupule, tantôt d'échancrures (bord du voile) ou de *perforations*, capables de diviser ou de détruire tout l'organe.

Les *ulcérations tuberculeuses du voile du palais*, extension fréquente de celles de la voûte, détruisent parfois la luette.

Le *lupus*, primitif ou secondaire à celui de la lèvre et de la voûte, peut aussi détruire la luette et le voile entier.

Les *amygdales* participent à toutes les angines, aiguës ou chroniques. Rouges et gonflées dans l'*angine érythémateuse*, voilées de blanc dans l'*angine pullacée*, semées d'érosions que recouvrent des fausses-membranes dans l'*angine herpétique*, elles sont ulcérées dans l'*angine ulcéro-membraneuse* et revêtues de fausses membranes dans l'*angine diphtérique*.

La *syphilis* se manifeste sur les amygdales: soit par le *chancre*, très hypertrophique, masqué d'un enduit couenneux, induré pourtant; soit par des *plaques muqueuses*, érosives, papulo-érosives ou diphtéroïdes; soit par des *gomm* ulcérées, cavités anfractueuses, à fond bourbillonneux.

La *tuberculose* frappe rarement les amygdales, sous formes d'ulcérations végétantes irrégulières, occupant les follicules; par contre la présence des bacilles dans les cryptes des pharynges est habituelle.

Les *amygdales hypertrophiées* forment deux saillies globuleuses, quelquefois en contact sur la ligne médiane. Quand l'hypertrophie est limitée à l'extrémité inférieure des amygdales, elle n'apparaît que si on abaisse fortement la langue; il arrive aussi qu'elle soit masquée par des piliers adhérents qu'il faut détacher pour la rendre évidente (*amygdales enchatonnées*). Ailleurs,

l'hypertrophie n'est qu'apparente, simulée par des concrétions volumineuses distendant les cryptes (*amygdalite lacunaire chronique*) et peut disparaître rapidement, par évacuation de celles-ci.

La *luette* est sujette à des altérations variées: hypertrophie, œdème, kystes, exsudat pseudo-membraneux, ulcérations (tuberculeuses ou syphilitiques).

Les *piliers* participent aux lésions habituelles de l'isthme du gosier. Il en est de même des *parois postérieure et latérales du pharynx* sur lesquelles s'observent: la rougeur des inflammations aiguës et chroniques, les fausses membranes, les ulcérations tuberculeuses, les gomm ulcérées, plus rarement les plaques muqueuses. L'hypertrophie des follicules clos de cette région constitue l'*angine granuleuse* ou *glanduleuse*. Chez l'enfant, les granulations forment, surtout sur le haut des piliers postérieurs, et derrière (*faux piliers*), des saillies pâles, roses ou rouges, grosses comme une lentille ou un pois. Un peu moins grosses chez l'adulte, souvent limitées aux parties latérales (derrière les piliers), elles reposent sur une muqueuse dépolie et chagrinée, entourées de dilatations vasculaires.

Les *glandes muqueuses* aussi sont hypertrophiées (petites saillies grosses comme une tête d'épingle) dans la *pharyngite chronique diffuse* qui aboutit finalement à un état lisse, brillant et parcheminé de la muqueuse (*pharyngite sèche atrophique*). Dans ces divers cas, le pharynx est du reste enduit de mucus ou de muco-pus, glaireux dans la pharyngite granuleuse, épais et concrété en croûtes adhérentes dans la pharyngite sèche. Pour apprécier l'état de la muqueuse, il faut, avec un tampon d'ouate, la débarrasser de ces produits qu'on se gardera de prendre pour des fausses membranes, surtout chez les enfants, confusion qu'évite l'examen macroscopique (se désagrègent dans l'eau) et bactériologique. S'agit-il de vérifier la nature tuberculeuse d'une ulcération, on renoncera à la recherche directe du bacille, généralement infructueuse, mais on inoculera, sous la peau de la cuisse d'un cobaye, un petit tampon d'ouate stérilisée, après en avoir frotté la perte de substance.

Les *abcès par congestion*, les *abcès rétro-pharyngiens* proéminent sur les parois postérieure et latérales du pharynx. Dans le premier cas, le doigt sent, au-devant de la colonne vertébrale, une tumeur de volume variable, rénitente et fluctuante; dans le second, la tuméfaction, grosse comme une noisette, une noix, une mandarine, est derrière le pilier postérieur, indépendante de l'amygdale, empiétant parfois sur la ligne médiane.

L'examen bactériologique du pus de ces abcès peut être fait aseptiquement de la façon suivante (J. Renault): la tête du malade est solidement maintenue par un aide; les arcades dentaires étant écartées au maximum par l'ouvre-bouche, l'index de la main gauche, porté directement sur la tumeur, refoule légèrement vers la droite ou la gauche (suivant que la tumeur siège à droite ou à gauche) le paquet vasculo-nerveux; en même temps la main droite, tenant une seringue stérilisée (de 5 centimètres cubes) armée d'une aiguille (longue de 4 à 5 centimètres et de 1^{mm},5 de diamètre), enfonce celle-ci, d'un coup sec, dans la cavité, se guidant sur l'index gauche qui peut ensuite quitter son poste pour permettre à la main gauche de tenir le corps de pompe, pendant que la droite attire le piston, aspirant autant de pus que possible.

Sensibilité. — Le pharynx est sujet à des *sensations subjectives* (sécheresse, gonflement, pesanteur, corps étranger fixe) succédant à l'action de petits corps étrangers (même après leur avulsion), ou attribuables : à la pharyngite latérale, à une affection de la trompe ou de l'oreille, toujours exagérées par l'hystérie, la neurasthénie ou l'hypocondrie.

L'*hyperesthésie généralisée* est commune chez les buveurs, les fumeurs, les tuberculeux, se traduisant par l'exagération du réflexe nauséux. L'*hyperesthésie est limitée* : au voile, à la paroi pharyngée, à un pilier, quand l'inflammation, aiguë ou chronique, n'atteint qu'une de ces parties.

L'*anesthésie* peut frapper isolément : le voile, les piliers ou la paroi postérieure du pharynx; ailleurs, elle est généralisée et trouble la déglutition en permettant l'accès du larynx aux aliments. Le *réflexe pharyngé* (effort de vomissement), le *réflexe du voile* (son soulèvement) ne répondent à aucune excitation (chatouillement avec une sonde), ou répondent seulement à la titillation, soit du pharynx, soit de la luette, suivant que l'anesthésie est limitée au pharynx ou au voile et à ses piliers. L'anesthésie est quelquefois incomplète (*hypoesthésie*). Ces troubles dénoncent la *paralysie du vague* ou du *glossopharyngien*, soit par compression (rare), soit par névrite (intoxication, diphtérie); ils peuvent aussi reconnaître une origine névropathique ou hystérique.

Motilité. — La *paralysie du voile du palais* se traduit, fonctionnellement : par une gêne de la déglutition occasionnant le reflux des liquides par le nez; par une voix nasonnée défigurant la prononciation de certaines consonnes et par l'impossibilité de souffler ou de siffler.

La paralysie frappe tout le voile, une de ses moitiés, ou quelques muscles. Le côté atteint, inerte, occupe un plan antérieur à celui du côté sain. Quand un des palato-staphylins est paralysé, la luette est incurvée du côté sain; elle pend flasque et allongée, quand les deux sont frappés. Dans l'*hémi-paralysie totale* de l'hémiplégie et des névrites toxiques ou infectieuses, le côté atteint, inerte, est en avant du côté sain, le raphé médian se porte en arrière, vers le côté sain; les mouvements du voile, spontanés ou réflexes, exagèrent la déformation; les piliers sont immobiles; la luette, entraînée du côté sain, fait avec celui-ci un angle aigu. Du reste, on ne l'oubliera pas, la déviation ou l'asymétrie de la luette ne signifie pas toujours paralysie; l'asymétrie du voile, peut aussi tenir à l'hypertrophie d'une seule amygdale. La *paralysie bilatérale* laisse pendre en avant le voile entier, insensible à toute excitation. Lorsqu'elle se complique de paralysie du pharynx, la déglutition troublée ne défend plus l'accès du larynx aux aliments, et le réflexe pharyngien est aboli.

L'*examen électrique* des muscles des lèvres, de la langue, du voile, se pratique, suivant les règles usuelles, avec une électrode très petite; l'autre, large, étant appliquée soit sur la région parotidienne (lèvres), soit sur la nuque (langue, voile du palais).

Examen histologique et bactériologique. — Le diagnostic des *angines dites blanches*, caractérisées par la présence d'exsudats blanchâtres ou grisâtres, est toujours délicat. Leurs caractères cliniques, leur évolution,

l'aspect, la topographie des exsudats, constituent des renseignements plus ou moins utiles, mais qui n'ont, en bien des cas, aucune valeur absolue; l'examen bactériologique, par contre, lève souvent aussitôt les doutes.

On s'assure d'abord de la nature, pseudo-membraneuse ou non, de l'exsudat. Les *concrétions* ou *dépôts non pseudo-membraneux*, peu adhérents, recouvrent une muqueuse relativement saine, ni érodée, ni ulcérée. Un tampon d'ouate, enroulé autour d'un stylet, les enlève aisément, sans grande pression (*angine pultacée*), à moins qu'ils ne soient engagés dans les *cryptes tonsillaires* (*amygdalite lacunaire*). Ces exsudats sont friables, s'écrasent sur la lame où on les examine et *se désagrègent entièrement dans l'eau*. Leurs caractères histologiques sont également très nets.

L'*angine pultacée* présente des enduits inodores, blanc crémeux, formés de nombreuses cellules épithéliales déformées et de quelques leucocytes, réunis par de la mucine; la coloration au violet de gentiane y montre d'innombrables bactéries très variées.

Le *muguet* se distingue par des dépôts mous, blanc laiteux, composés d'un feutrage de saccharomyces, semé de quelques cellules épithéliales et de rares leucocytes.

L'*amygdalite cryptique* comporte des concrétions irrégulières, très fétides, de consistance caséuse, microscopiquement formées : de cellules épithéliales, altérées surtout au centre de la concrétion, de leucocytes, de cristaux d'acides gras, de granulations graisseuses, de cholestérine, de sels de chaux, et d'innombrables micro-organismes.

La *pharyngo-mycose* forme sur les amygdales, le pharynx, la base de la langue, l'épiglotte, des touffes saillantes en *clous* (2 à 20) grandes comme une tête d'épingle, un grain de millet, une lentille au plus, adhérent assez à la muqueuse pour que leur arrachement exige l'emploi d'une pince et d'une curette mousse et provoque un petit suintement sanguin. Souvent durs, parfois cornés, les grains mycosiques, colorables par le Gram, se montrent formés de nombreux filaments, longs, droits et un peu incurvés, colorés en brun, se décomposant en petits segments longs de 4 à 5 μ , larges de 1 μ , 1 μ , 5, séparés par des cloisons incolores. Ces *leptothrix buccalis* sont agrégés en touffes ou en feutrage serré. On trouve, en outre, dans la portion dure qui pénètre l'épithélium de la muqueuse, quelques micro-organismes buccaux et des sels de chaux.

L'*angine ulcéro-membraneuse*, l'*angine gangreneuse* forment, sur le pharynx et l'isthme du gosier, des plaques blanches ou grisâtres fortement adhérentes, résultant de la nécrose et de l'exfoliation des couches superficielles de la muqueuse. La couche blanche qui couvre la surface de section de l'amygdalotomie, ou qui entoure l'incision d'un phlegmon péri-amygdalien reconnaît la même pathogénie. Il en est peut-être de même des exsudats de l'*angine herpétique* et des *syphilides diphtéroïdes*.

Les *fausses membranes vraies* se séparent assez aisément, par lambeaux plus ou moins larges, de la muqueuse sous-jacente, restée intacte et seulement congestionnée. On étale la fausse membrane sur une lamelle; on la sèche quelques minutes; on la fixe, en passant la lamelle dans la flamme d'une lampe