nique de l'estomac, et plus fréquemment aussi produite par le virus syphilitique.

Symptômes. Au siége près, ils diffèrent à peine des précédents. En examinant le fond de la gorge au grand jour, on voit la membrane muqueuse du pharynx rouge, luisante, sèche, et souvent parsemée de petites plaques arrondies, grisâtres, qui ne sont autre chose que du mucus épaissi et très collant, qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec des ulcères syphilitiques. La voix n'est pas changée, comme dans la palatite, ou bien elle l'est très peu; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse; enfin, il y a presque toujours une toux gutturale avec expuition difficile et douloureuse; le malade se plaint que cette toux et les efforts pour cracher qu'elle provoque, lui raclent, lui déchirent le fond du gosier.

La pharyngite très violente s'accompagne quelquefois de l'horreur des liquides, et parfois d'une constriction spasmodique insurmontable du pharynx lorsqu'un liquide vient à le toucher.

Marche, durée, terminaisons et pronostic. Ordinairement moins grave que la palatite, on voit plus rarement encore la pharyngite se terminer par ulcération et surtout par gangrène; la résolution s'en obtient presque constamment en quelques jours. Tout ce que nous avons dit, au reste, de celle-là lui est applicable, jusqu'aux lésions cadavériques, qui, au siége près, sont les mêmes.

Traitement. Nous renvoyons également pour les règles du traitement à celles que nous avons posées pour la palatite.

De la palato-pharyngite pultacée.

Presque tout ce que nous avons dit à l'occasion de la stomatite pultacée s'applique à la palato-pharyngite de même forme, voici seulement les symptômes particuliers qu'elle présente. A son début, la rougeur du pharynx est très vive, le gonflement des amygdales souvent considérable et la déglutition très gênée. Bientôt, le lendemain ou peu de jours après l'invasion, les piliers antérieurs du voile du palais, les amygdales et le pharynx se recouvrent d'une matière pultacée, grise ou jaunâtre, ou blanche et caséeuse, se prenant en masses ou en croûtes molles, faciles à enlever et à sillonner avec un corps dur, se renouvelant avec assez de promptitude, se propageant souvent jusqu'à l'œsophage, mais jamais dans le larynx et la trachée-artère, et ne se détachant jamais par lambeaux comme les fausses membranes de l'angine couenneuse.

Elle n'a pas toutefois la même gravité que la stomatite pultacée. Plus circonscrite qu'elle, bornée en général aux parties que nous venons d'indiquer, survenant ordinairement dans des circonstances moins graves et n'étant presque jamais accompagnée des symptômes sérieux de la lésion des organes importants, tels que les poumons ou les voies digestives, lésions qui font tout le danger de la première, elle cède aussi plus facilement aux moyens thérapeutiques.

On l'observe le plus ordinairement dans la scarlatine, dont elle est alors un des symptômes (voyez *Scarlatine*). On la voit quelquefois aussi cependant seule, isolée de toute autre affection, et alors elle est plus grave que lorsqu'elle accompagne la scarlatine. Nous l'avons vue une fois devenir mortelle; et à en juger par la cessation subite de la douleur, l'affaissement des traits, la petitesse du pouls, la moiteur froide et visqueuse qui couvrit la peau, et la fétidité de l'haleine, nous avons tout lieu de croire qu'elle s'était terminée par gangrène. On ne nous a pas permis de disséquer l'arrière-bouche pour nous en assurer. Toutefois, ce n'est pas la possibilité de ce mode de terminaison, heureusement très rare, qui nous a fait dire qu'elle était plus grave que dans la scarlatine, mais c'est parce que nous l'avons vue durer jusqu'à quinze et même vingt jours, reproduisant incessamment les couches de matière pultacée au fur et à mesure qu'on les détergeait. Cette maladie seule, isolée de toute autre affection, est peu commune; nous n'avons eu qu'un très petit nombre d'occasions de l'observer.

Le traitement consiste presque entièrement dans l'emploi des moyens topiques. C'est celui que nous avons fait connaître à l'occasion de la stomatite pultacée; nous y renvoyons par conséquent les lecteurs. On peut le résumer en peu de mots : émollient dans la première période de la maladie; émollient et calmant si le mal s'accompagne d'une vive sensibilité; détersif dans la seconde période, à l'aide des gargarismes, des lotions, des abstersions, avec des acides, de l'alun, du sulfate de cuivre, du

nitrate d'argent, etc. ; et révulsif au moyen des sinapismes et des vésicatoires. Au début, chez les sujets jeunes, forts et sanguins, il est quelquefois utile de faire appliquer des sangsues au cou ou de pratiquer une bonne saignée du bras. Pendant tout le temps que dure la madie, il est presque superflu de dire qu'il faut tenir les malades à la diète et à l'usage des boissons délayantes. A la fin, il peut être avantageux de donner un ou deux purgatifs. L'*angine scarlatineuse* réclame les mêmes moyens locaux.

De la palato-pharyngite membraneuse.

On observe bien plus communément les deux inflammations que nous venons de décrire, réunies que séparées ; mais il est si facile de se faire une idée de cette complication d'après tout ce qui précède, que nous ne lui aurions pas consacré d'article séparé si nous ne devions appeler l'attention des lecteurs sur une variété de cette phlegmasie, décrite dans ces derniers temps par MM. Bretonneau et Guersant, sous les noms d'*angine couenneuse* ou *pseudo-membraneuse*, et *angine pultacée* ou *caséiforme* (1). Cette affection est de même nature que celle que nous avons déjà décrite sous le nom de *croup*, puisqu'elle consiste comme elle dans une inflammation avec production de fausses membranes. MM. Bretonneau, Guersant et Deslandes ont mis cette vérité hors de toute contestation (2); mais il ne faut pas en conclure avec M. Bretonneau (3) qu'on doive les confondre dans une même étude ; car ce n'est pas la nature des désordres qui constitue les espèces en pathologie, mais bien le siége de ces altérations. La pharyngite et la laryngite couenneuse peuvent exister isolées, des faits nombreux le prouvent ; elles occupent des organes différents, elles troublent des fonctions différentes, elles s'annoncent toutes deux par des symptômes particuliers, ce sont donc deux maladies distinctes. Si l'opinion contraire pouvait prévaloir, il faudrait cesser aussi d'étudier séparément la *gastrite*, la *duodénite*, l'*entérite* et la *colite*, ces phlegmasies étant de même

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. II, p. 379 et suiv.

(2) *Journal des progrès des sciences et institutions médicales*, 1827.

(3) *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite ou inflammation pelliculaire*, etc., in-8°. Paris, 1826.

nature et pouvant exister simultanément sur un même individu.

Causes. Ce sont encore à peu près les mêmes causes que nous avons reconnues aux phlegmasies précédentes qui développent celle-ci. On l'observe dans tous les pays, sous toutes les latitudes et dans toutes les saisons, mais plus particulièrement cependant dans les pays du nord, humides et voisins de la mer, dans les climats tempérés et au printemps. Les enfants, surtout jusqu'au terme de la troisième dentition, sont plus exposés à la contracter; mais néanmoins elle attaque quelquefois les adultes, et plus rarement les individus avancés en âge. On voit quelquefois apparaître cette maladie comme par petits groupes, soit dans les familles ou les pensionnats, et y moissonner plusieurs enfants sans se répandre au-delà. Dans d'autres cas, au contraire, elle dissémine ses ravages sur une assez grande étendue de pays, à la manière des autres épidémies meurtrières. Enfin, quelques faits tendent à faire croire qu'elle peut être contagieuse.

Symptômes, marche, durée et terminaisons. Le début est ordinairement insidieux et ne fait pas présumer une phlegmasie ; mais bientôt le malade se plaint de torticolis, de chaleur et de douleur dans la gorge ; le cou est ordinairement gonflé ; les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont engorgés, les yeux larmoyants, la face bouffie ; quelquefois il y a de la fièvre et des vomissements ; la base de la langue, le voile du palais, la luette, qui est ordinairement gonflée et pendante, sont d'un rouge peu intense et d'un rose pâle, ou d'un rouge très vif s'il existe en même temps *rougeole* et *scarlatine*. (Voyez ces mots.) Plus ou moins rapidement, il apparaît sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, successivement ou à la fois, des plaques irrégulières d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé qui s'étendent, se réunissent, se confondent et envahissent quelquefois tout le pharynx, les fosses nasales, le larynx et la trachée-artère. Alors la déglutition devient souvent difficile sans être douloureuse ; les liquides sont rejetés par les narines, les malades nasillent, toussent, surtout quand ils boivent, et dans beaucoup de cas tous les symptômes de la *laryngite* accompagnent ceux que nous venons d'indiquer ; il découle parfois du nez un liquide jaunâtre ou sanguinolent, qui a une odeur nauséeuse et presque spermatique ; les gencives et les lèvres sont souvent saignantes, et la

bouche exhale chez la plupart des adultes une odeur infecte analogue à celle de la carie des dents; on ne remarque pas, en général, la même odeur chez les jeunes enfants. Le malade est tantôt agité et tourmenté par les angoisses de la suffocation, tantôt il est accablé et dans un état de somnolence dont il ne sort que par les secousses de la toux, qui provoquent quelquefois des épistaxis.

Les malades succombent le plus souvent du troisième au septième jour, mais jamais avec du délire, à moins d'une complication avec une phlegmasie encéphalique, ce qui paraît très rare. Lorsque la maladie prend une tournure favorable, toutes les parties du pharynx s'humectent et sont abreuvées d'abord par un mucus écumeux et limpide, et une salive quelquefois sanguinolente. Cette excrétion prend ensuite le caractère d'une expectoration catarrhale. Le cercle rouge qui environne les plaques augmente d'étendue, et tantôt ces plaques s'exfolient, se détachent en lambeaux, et sont rejetées par le vomissement ou dans des quintes de toux; tantôt, au contraire, les plaques couenneuses adhèrent intimement à la membrane muqueuse, et semblent usées et résorbées par degrés; de sorte qu'elles passent de la couleur lardacée au blanc clair, et deviennent ensuite transparentes, au point qu'on aperçoit au-dessous d'elles la membrane muqueuse comme à travers une gaze; enfin elles disparaissent complétement sans offrir d'exfoliation remarquable. Pendant le travail de l'exfoliation ou de la résorption de la fausse membrane, toutes les parties visibles à l'œil ont repris une couleur rose un peu plus vive que celle que l'on observe au début de la maladie. Cette teinte disparaît ensuite peu à peu, et la membrane muqueuse revient à son état naturel; mais souvent après la guérison, la luette et les amygdales sont diminuées de volume, et comme rétractées sur elles-mêmes (1).

Les symptômes varient suivant que l'affection est bornée au pharynx, qu'elle occupe le pharynx, le larynx et la trachée tout à la fois, et que les symptômes inflammatoires sont intenses ou peu prononcés. M. Guersant a fait de ces différences autant de variétés de la maladie, sous les noms d'*angine couenneuse pharyngienne*, et *angine pharyngienne couenneuse et laryngo-trachéale*, qu'il partage en *sthénique* et en *asthénique*. Nous regardons ces distinctions comme peu fondées, surtout celle qui attribue quelques unes de ces affections à la force et les autres à la faiblesse. La nature de la maladie nous paraît être la même dans les deux cas, ce sont les individus qui diffèrent : chez les uns, la réaction peut s'opérer, chez les autres elle ne le peut pas; mais il répugne à la raison et à la physiologie d'admettre que des fausses membranes semblables, qu'un même travail morbide, soient ici le résultat d'une augmentation de l'action vitale, et là d'une diminution de cette même action.

(1) *Dictionnaire et ouvrage cités.*

Marche, durée, terminaisons et pronostic. Le pronostic de l'angine couenneuse est toujours assez grave; il l'est d'autant plus que l'inflammation occupe plus de parties, qu'elle est plus intense, et que le malade offre moins de résistance vitale, et *vice versâ*. Chez les enfants d'une extrême débilité, l'issue est presque toujours funeste. Nous avons déja dit que la terminaison heureuse se faisait, ou par le décollement et l'expulsion des fausses membranes, ou par leur résorption.

Caractères anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la fausse membrane disposée par plaques ou en nappes, et s'étendant sur le pharynx, le voile du palais et les amygdales. Quelquefois elle recouvre l'épiglotte et les lèvres de la glotte; elle s'avance même, dans quelques cas, dans le larynx, la trachée-artère, et même jusque dans les divisions des bronches. On l'a vue remonter derrière le voile du palais jusque dans les fosses nasales, et même dans les sinus frontaux, d'autres fois descendre dans l'œsophage, s'interrompre au milieu de ce conduit pour reparaître vers le cardia et occuper une partie de l'estomac. Au-dessous de cette concrétion, la membrane muqueuse n'est ni excoriée ni ulcérée; dans quelques cas très rares, elle est érodée sur quelques parties du pharynx. La base de la langue est marbrée de rouge et de violet, les cryptes muqueuses y sont très développées et souvent rougeâtres; le voile du palais, la luette, les amygdales et les parties latérales du pharynx sont ordinairement d'un rouge violet; tout le tissu est gorgé de sang noir. En un mot, on ne rencontre nulle part de traces de gangrène, et partout celles de l'inflammation ou plutôt de l'hémorrhagie. C'est

BIBLIOTECA

donc par erreur que l'on a regardé cette maladie comme gangréneuse, et que tant d'auteurs l'ont décrite sous le nom d'*angine gangréneuse.*

Traitement. Il repose sur trois données principales : détruire l'inflammation, provoquer l'expulsion des fausses membranes, et en arrêter les progrès et le développement. Pour remplir la première indication, aucun moyen n'est préférable aux émissions sanguines. Les saignées générales sont, dit-on, rarement nécessaires, excepté au début, chez les enfants pléthoriques, les adultes, ou dans le cas de complication de pneumonie ou toute autre inflammation d'un parenchyme. Cependant nous y avons eu recours, dans quelques cas qui n'en paraissaient pas réclamer l'emploi, avec un succès marqué, et nous pensons qu'il y a lieu à expérimenter de nouveau ce moyen que l'on a proscrit sans raisons suffisantes. Mais les saignées locales sur les parties antérieures et latérales du cou, renouvelées autant de fois que l'exigent la violence et la ténacité de l'inflammation, sont très efficaces.

Toutefois, il faut s'abstenir des évacuations sanguines dans les cas où la réaction est nulle ou presque nulle ; elles réussissent d'autant mieux que l'irritation et l'anxiété sont plus grandes, la rougeur et le gonflement plus prononcés, le pouls plus plein et plus accéléré, etc. En général, c'est au début de la maladie qu'il faut y avoir recours, car c'est principalement alors qu'elles sont efficaces ; et lorsqu'il est nécessaire d'en réitérer les applications, il faut mettre peu d'intervalle entre chacune d'elles : autrement on s'exposerait à voir l'inflammation reprendre toute son intensité d'une saignée locale à l'autre, tant sa marche est ordinairement rapide.

L'émétique, le polygala, l'ipécacuanha en poudre ou sous forme de sirop, sont les moyens de remplir la seconde indication, celle d'expulser les fausses membranes.

On ne doit jamais en tenter l'arrachement : outre la difficulté d'y réussir, on accroît toujours par cette manœuvre les accidents locaux de l'inflammation, et l'exsudation couenneuse ne tarde pas à se renouveler. Les scarifications sur les amygdales n'ont pas les mêmes inconvénients, mais elles sont d'un trop faible secours pour engager à y recourir.

Enfin, quand la période d'acuité est passée, on peut recourir avec avantage, dans l'intention de produire des révulsions, au calomélas ou protochlorure de mercure, depuis cinq à six grains jusqu'à demi-gros et plus dans les vingt-quatre heures, aux pédiluves sinapisés, aux sinapismes et aux vésicatoires.

Les vésicatoires surtout sont d'un grand secours dans cette maladie, et principalement lorsqu'ils sont appliqués non loin du siége du mal, entre les deux épaules, à la nuque, et même à la partie antérieure du col. On dissipe très promptement en général la suffocation et les quintes de toux, par le moyen des pédiluves ou des cataplasmes sinapisés appliqués sur les extrémités inférieures. Nous conseillons de n'avoir recours au musc, à l'assafœtida et autres antispasmodiques, chez les sujets nerveux, que dans les cas désespérés ; ils devront être toutefois préférés aux révulsifs chez les individus très irritables. Dans un cas extrêmement grave d'angine couenneuse, contre laquelle nous avions vainement employé les sangsues au cou, les gargarismes contenant du sulfate d'alumine à haute dose, et ceux d'acide hydrochlorique très étendu, les purgatifs et les topiques irritants sur les extrémités inférieures, nous avons eu recours avec le plus grand succès, d'après le conseil de Dupuytren, au chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque dans un gargarisme. Un second exemple de cette maladie s'étant présenté peu de temps après à notre observation, nous avons employé le même médicament avec la même efficacité. La rapidité des bons effets dans les deux cas nous fait penser que le chlorure d'oxyde de sodium sera des plus utiles dans cette grave affection.

L'insufflation de l'alun en poudre est un moyen assez prompt et assez sûr de faire disparaître les fausses membranes. Mais la cautérisation au moyen de la pierre infernale paraît l'emporter sur ce moyen en efficacité ; l'emploi en est aussi plus facile, et, par ces deux motifs, nous lui donnons la préférence. Voyez ce que nous en avons dit en traitant de la laryngite couenneuse ou croup.

M. Guersant proscrit la méthode antiphlogistique du traitement de la variété qu'il nomme *asthénique*, et que nous avons dit être la même maladie, sur des sujets extrêmement faibles. Sans doute, on doit s'abstenir des émissions sanguines lorsque le ma-

lade est un enfant presque sans pouls et sans voix; mais il nous semble qu'on doit proscrire avec la même sévérité ces moyens locaux irritants que M. Guersant conseille, tels que le miel rosat, dans lequel on ajoute un cinquième ou un tiers d'acide hydrochlorique concentré; les vapeurs éthérées, ammoniacales et les fumigations guytoniennes, moyens que nous croyons plus propres à augmenter l'irritation qu'à la détruire. Les vapeurs d'ammoniaque et de chlore surtout nous paraissent des plus dangereuses; elles peuvent provoquer le développement de la maladie dans le larynx si elle n'existe pas encore; car on sait que c'est précisément une des propriétés de ces gaz de produire des laryngites avec formation d'une fausse membrane. Le premier de ces moyens, avec des doses moindres d'acide, peut seul convenir dans les cas où l'affection est très bornée. Mais nous emploierions de préférence les cataplasmes de moutarde ou les vésicatoires autour du cou, entre les deux épaules, aux pieds; les frictions irritantes sur la peau, les vomitifs dans quelques cas, le calomélas et les lavements stimulants, même de quinquina camphré, si les voies digestives n'étaient pas irritées; au reste, cette médication est aussi conseillée par M. Guersant.

De l'œsophagite.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'œsophage est très rare. Presque toujours elle est accidentelle et produite par la déglutition des liquides trop chauds, irritants ou caustiques, et surtout par des corps aigus, tels qu'une arête ou une esquille d'os qui s'arrêtent dans ce conduit ou le déchirent en passant; rarement elle est spontanée. Les signes qui la font reconnaître sont peu nombreux; ils se bornent à une douleur sur un point de ce canal, ordinairement ressentie entre les deux épaules, et à la difficulté de la déglutition: la douleur est toujours augmentée par le passage du bol alimentaire, souvent même elle ne se fait sentir que dans ce moment. Dans un cas d'œsophagite que nous avons eu tout récemment occasion d'observer, la pression exercée immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. La douleur était

surtout marquée au côté gauche du larynx, entre les deux épaules et sous l'appendice xiphoïde. Les liquides les plus doux et les aliments les plus légers étaient arrêtés comme par un nœud, suivant l'expression de la malade. Il n'y avait ni soif, ni perte d'appétit, ni chaleur de la peau, ni fréquence du pouls. Une application de sangsues soulagea d'abord, et un bain fit ensuite presque tout disparaître.

Cette affection est peu grave, excepté lorsqu'elle est produite par un corps étranger qui déchire la membrane muqueuse, perce et traverse les parois de l'œsophage et pénètre dans la poitrine. Elle peut devenir grave aussi par son extension à la membrane muqueuse de l'estomac; encore, dans ces deux cas, n'est-ce pas elle qui fait le danger. Cette phlegmasie peut exister à l'état chronique, déterminer par sa durée l'épaississement des parois de l'œsophage, et par conséquent le rétrécissement de son canal, l'ulcération et la rupture de ce conduit, comme Boerhaave en rapporte un exemple; elle peut enfin produire la dégénérescence lardacée et cancéreuse. Dans ce dernier cas, la douleur est lancinante, le canal est rétréci au point qu'une sonde du plus petit calibre peut à peine y pénétrer, la déglutition finit par devenir impossible, ou, si elle a encore lieu, les aliments sont rejetés presque immédiatement après leur arrivée dans l'estomac, qui participe alors à la phlegmasie; enfin il s'y joint de la dyspnée. Le traitement de cette phlegmasie consiste dans l'emploi des boissons douces, mucilagineuses et tièdes, qui souvent suffisent seules pour la guérir, et les applications de sangsues sur les parties latérales du cou, lorsqu'elle est intense et qu'elle occupe les parties supérieures du conduit œsophagien, sur les parties latérales de la colonne vertébrale, et à la hauteur du point douloureux lorsqu'elle est plus profonde.

De la gastrite.

Nous partagerons en deux sections l'histoire de cette phlegmasie. La première traitera de la *gastrite aiguë*; la seconde, de la *gastrite chronique*.