

XVII. — ANGINES COUENNEUSES, PRINCIPALEMENT DE L'HERPÈS DU PHARYNX (ANGINE COUENNEUSE COMMUNE).

On peut multiplier les espèces d'angines couenneuses. — L'angine couenneuse commune est souvent produite par l'herpès du pharynx. — Un bon diagnostic différentiel avec l'angine diphthérique est quelquefois impossible à établir, surtout en temps d'épidémie. — Dans ces cas il faut agir comme si l'on avait affaire à une angine de mauvaise nature. — L'angine couenneuse guérit d'elle-même.

MESSIEURS,

La notion de la cause morbifique, j'insisterai sur ce point en traitant la question de la spécificité, peut seule nous permettre d'arriver à constituer l'espèce en pathologie; car nous ne saurions l'établir, ni sur la connaissance du symptôme, phénomène essentiellement mobile, fugace, commun à un grand nombre d'espèces morbides, ni sur la lésion, bien que celle-ci nous offre déjà quelque chose de plus stable et de moins équivoque. Si dans quelques cas, en effet, la lésion paraît, je ne dis pas constituer, mais caractériser la maladie, souvent elle ne saurait en être donnée comme le caractère essentiel. D'une part, elle peut faire complètement défaut, comme dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la variole sans éruptions; d'autre part, ou bien des lésions très-différentes se rencontrent dans une même maladie, comme dans la syphilis; ou bien des altérations organiques semblables se montrent dans le cours de diverses maladies les plus opposées par leur essence. C'est ce qui arrive pour les angines couenneuses.

Sous la dénomination excessivement vague d'*angines couenneuses*, on comprend, en effet, un certain nombre d'affections qui ont pour caractère commun la présence dans le pharynx d'exsudations plastiques. Ces exsudations, quelle que soit la cause sous l'influence de laquelle elles se sont produites, sont constituées par de la fibrine presque pure. Le microscope y retrouve ces petits corpuscules que l'on a nommés *granulations moléculaires*, des débris de cellules épithéliales, quelques globules de pus et de sang. Leur forme, leur aspect, leur consistance varient, il est vrai; mais c'est en vain que l'on chercherait à s'appuyer sur cette variété de consistance, d'aspect et de forme, pour reconnaître les diverses espèces d'angines.

Or, en ne tenant compte que de ce caractère commun, on arriverait à confondre les unes avec les autres les maladies les plus différentes par leur nature; on arriverait à confondre les *angines phlegmoneuses*, les *érysipèles du pharynx*, affections généralement sans aucune espèce de gravité, dans lesquelles

des concrétions blanchâtres pseudo-membraneuses apparaissent quelquefois sur les amygdales et sur le voile du palais, avec ces maux de gorge souvent d'une épouvantable gravité dont je vous parlerai dans de prochaines conférences, et auxquels on a réservé plus spécialement le nom d'*angines diphthériques*.

Les angines couenneuses forment donc, dans la nosologie, un genre qui comprend beaucoup d'espèces; il serait facile de les multiplier, si l'on considère que non-seulement les surfaces muqueuses sont rarement excoriées sans que ces excoriations se recouvrent d'exsudations fibrineuses, mais encore que dans les inflammations un peu vives de ces mêmes surfaces, il y a une remarquable tendance à la production des concrétions plastiques. Ainsi les cautérisations du pharynx avec le nitrate d'argent, l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique, provoquent des inflammations immédiatement suivies de la formation de concrétions pseudo-membraneuses; ces affections passagères peuvent en imposer et faire croire à l'existence d'angines diphthériques.

Les effets déterminés par l'application de la cantharide sur les membranes muqueuses sont plus remarquables encore, et méritent d'être plus spécialement pris en considération, car l'*inflammation pelliculaire cantharidique* a une complète analogie avec la *diphthérie*; toutefois des caractères tranchés les distinguent l'une de l'autre. Comme l'a dit Bretonneau en exposant le résultat de ses expériences sur les animaux, la phlegmasie cantharidique, bornée aux surfaces qui ont éprouvé l'action phlogistique du principe vésicant, ne tarde pas à se circonscire et à s'éteindre, tandis qu'il est dans la nature de l'inflammation diphthérique de prendre de l'extension et de persévérer.

A côté de ces affections couenneuses qui, si elles occupent le pharynx, peuvent constituer des espèces d'angines couenneuses, nous rangerions l'*angine couenneuse mercurielle*, trop souvent confondue avec l'*angine syphilitique*.

En vous faisant l'histoire de la scarlatine, je vous ai parlé, messieurs, de l'*angine couenneuse scarlatineuse*; je vous ai signalé les différences existant entre elle et l'angine diphthérique; je vous ai dit que ces concrétions couenneuses scarlatineuses, d'un aspect *pultacé*, moins adhérentes à l'amygdale qu'elles recouvrent, ressemblaient bien moins à la fausse membrane de la diphthérie qu'à ces sécrétions qui se font à la surface des ulcères de mauvais aspect, et je crois m'être suffisamment appesanti sur ce sujet pour qu'il ne soit pas besoin d'y revenir.

Mais parmi les complications de la dothiéntérie, j'ai omis de vous indiquer ces *angines pultacées* qui surviennent quelquefois dans cette maladie. Il n'est pas question ici du muguet qui, vous le savez, et j'aurai l'occasion de vous le répéter, se montre comme un épiphénomène assez fréquent dans le cours et surtout à la fin des fièvres graves, plus encore au déclin des maladies chroniques, chez les phthisiques, par exemple; je parle de l'angine pultacée, accident qui n'a pas beaucoup de gravité, et que quelques médecins ont pu prendre pour de l'angine diphthérique.

De toutes les espèces d'affections couenneuses de la gorge qui ont été confondues avec la diphthérie, celle qui a donné lieu et qui donne le plus souvent encore lieu à ces erreurs de diagnostic, c'est l'*angine couenneuse*, dite *commune*, dont je veux aujourd'hui vous entretenir.

Sa nature n'avait point échappé à Bretonneau. A la vérité, dans son *Traité de la diphthérie*, il s'était montré peu explicite sur ce point, et s'était contenté de mentionner la coïncidence de l'angine couenneuse commune avec l'herpès « qui se montre au pourtour de la bouche ou à l'orifice des narines, en même temps que l'éruption couenneuse occupe la surface de l'une des amygdales ». Mais mon illustre maître n'en avait pas moins émis plusieurs fois devant ses élèves l'idée que cette angine couenneuse commune n'était rien autre chose qu'un herpès du pharynx; il comparait ce qui se passe sur la membrane muqueuse buccale ou pharyngée avec ce qui se passe, par exemple, sur la conjonctive oculaire, quand celle-ci devient le siège d'une éruption herpétique. Cette idée, je l'ai, en plusieurs occasions, développée dans mes cours cliniques tant à l'hôpital Necker que dans cet amphithéâtre; mais c'est à M. Gubler, mon ancien élève, maintenant mon collègue à l'hôpital Beaujon, que revient le mérite d'avoir plus spécialement appelé l'attention générale sur cet important sujet, en publiant son excellent mémoire sur l'*herpès guttural* (1). Aujourd'hui qu'on est suffisamment averti, il est peu de médecins qui n'aient eu l'occasion d'en observer des exemples.

Un individu, dans le cours de la plus parfaite santé, est pris, à la suite d'un refroidissement ou de toute autre cause, d'un malaise général, de courbature, bientôt accompagnés de réaction fébrile. Ces phénomènes ont une intensité variable; quelquefois il s'y joint des accidents du côté du tube digestif, inappétence, nausées, vomissements. Ce malaise général dure depuis vingt-quatre, trente heures, lorsque tout à coup le malade se plaint d'avoir mal à la gorge. La douleur généralement limitée à l'un des côtés du pharynx, occupant cependant quelquefois, mais rarement, les deux, s'étend à la région cervicale correspondante et à l'angle de la mâchoire. Il y a de la difficulté d'avaler, une sensation d'âcreté et de cuisson vive dans la gorge, qui se propage quelquefois du côté du larynx, mais plus souvent vers les fosses nasales, plus souvent encore vers la trompe d'Eustache. Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés, mais ils le sont médiocrement; et il y a loin de ce qu'on observe ici avec ce qu'on voit dans l'angine diphthérique, où, en certaines circonstances, le gonflement ganglionnaire est considérable. Dans l'angine couenneuse commune, la palpation seule permet de le découvrir; encore faut-il se garder de prendre pour des ganglions engorgés les amygdales tuméfiées que le doigt peut rencontrer.

Lorsqu'on est appelé quelque temps après le début de l'affection, on trouve,

(1) *Bulletins de la Société de médecine des hôpitaux*, et dans le journal *l'Union médicale*, 1858.

en examinant la gorge, l'une des amygdales, quelquefois les deux, rouges, tuméfiées et recouvertes d'une exsudation couenneuse d'un blanc jaunâtre, peu adhérente aux tissus sous-jacents.

Je suppose, messieurs, — et le fait se rencontrera souvent dans votre pratique, — que vous vous trouviez en présence de cette affection, sans qu'il y ait aucune autre des lésions que je vous signalerai tout à l'heure et dont l'existence faciliterait singulièrement le diagnostic, à défaut de ces lésions pathognomoniques auxquelles je fais allusion, à défaut de renseignements précis sur la marche antérieure de la maladie, votre première idée sera celle d'une *angine diphthérique*. Lorsque surtout vous aurez affaire à des enfants qui sont incapables de rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé, et chez lesquels l'examen de la gorge est rendu difficile par la résistance qu'ils y opposent, votre embarras sera grand; il le sera d'autant plus chez les adultes et chez les enfants, que les caractères qui distinguent l'affection diphthérique de l'angine couenneuse herpétique ne sont pas toujours tellement nets, qu'il soit permis de se prononcer sans hésitation. Comme le fait observer avec juste raison Bretonneau, la question quelquefois ne peut être tranchée que par la dangereuse tendance de l'angine diphthérique à se propager des tonsilles aux parois du pharynx et aux canaux de la respiration. Aussi, en temps d'épidémie, lorsque le diagnostic est indécis, faut-il s'empressez d'agir, dans tous les cas, comme si l'on avait à combattre la vraie diphthérie; car mieux vaut traiter énergiquement une affection sans gravité que de laisser se développer, faute de soins suffisants, une maladie essentiellement maligne de sa nature.

Mais quand vous saurez comment les choses ont marché dès le début, lorsque vous apprendrez que des accidents généraux, du malaise fébrile, des troubles gastriques ont précédé de quelques jours une douleur de gorge vive et cuisante, vous serez en droit de supposer une angine couenneuse commune; car ce n'est point ordinairement ainsi que la diphthérie s'annonce. Son début le plus souvent est insidieux. A peine le malade a-t-il un peu de mouvement fébrile avant de se plaindre du mal de gorge. Disons toutefois que le diagnostic ne peut se fonder solidement sur des nuances aussi peu tranchées.

Comment ces concrétions couenneuses se sont-elles produites? Quand on peut suivre pour ainsi dire pas à pas le développement de l'affection pharyngée, on voit au bout d'un certain temps, variable de quelques heures à deux ou trois jours après la manifestation des premiers accidents généraux qui l'ont précédée, on voit apparaître sur les amygdales une éruption plus ou moins confluyente de taches rouges qui ne tardent pas à s'excorier. Ces ulcérations superficielles se recouvrent presque immédiatement d'une exsudation plastique d'un blanc grisâtre, qui, s'étalant au delà des limites de l'ulcération, peut se confondre avec celles qui ont pour point de départ d'autres vésicules d'herpès, et former ainsi des plaques couenneuses plus ou moins larges. Mais, ainsi que l'a parfaitement établi M. Gubler, si cette extension des concrétions couenneuses explique en partie la formation des larges plaques couenneuses du pha-

rynx, elle ne l'explique pas complètement : un autre élément vient se surajouter. L'inflammation locale qui a précédé, qui accompagne et qui suit le développement de la vésicule herpétique, ne se borne pas juste au point que celle-ci occupe ; elle s'est étendue aux parties circonvoisines où elle se manifeste par de la rougeur, par une tuméfaction et une induration œdémateuse ; or, cette inflammation, pour n'être pas ulcéreuse, n'en donne pas moins également lieu à l'exsudation de produits plastiques semblables à ceux qui ont été sécrétés par la surface ulcérée. En enlevant, à l'aide d'un pinceau de charpie, ces concrétions qui se détachent facilement, on trouve au-dessous, soit l'ulcération plus ou moins étendue, soit un petit point encore apparent, soit la membrane muqueuse entièrement cicatrisée et ne présentant plus aucune trace de la lésion primitive.

Lorsque l'éruption est plus discrète, la nature de l'affection est encore plus facile à saisir. On voit en effet des taches blanches, entourées d'une aréole inflammatoire assez étendue, et dont le volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Ces taches laissent à leur place des ulcérations superficielles dont les bords peuvent néanmoins être saillants en raison du gonflement œdémateux des tissus environnants envahis par l'inflammation. Tandis que les ulcérations de même nature, lorsqu'elles ont la peau pour siège, se recouvrent rapidement d'une croûte brunâtre, sur les membranes muqueuses rien de semblable n'a lieu. Ou bien l'exsudation plastique qui se fait à la surface du derme dénudé est assez abondante pour persister et s'étaler au delà des limites de l'ulcération, comme je vous le disais tout à l'heure ; ou bien cette exsudation, peu abondante, est enlevée par les mouvements de la déglutition à mesure qu'elle se forme, et alors la cicatrisation des ulcérations s'effectue rapidement, sans qu'il y ait, à proprement parler, production de couennes. C'est là l'*angine aphteuse* des médecins anglais, la seule qu'ils aient décrite, et dont M. Féron (1) a fait une forme particulière de la maladie. C'est là aussi ce que les anciens auteurs avaient observé, et ce que vraisemblablement Arétée appelle les ulcères bénins, communs, des tonsilles, *ulcera mitia, familiaria*.

Cependant je ne voudrais pas laisser dans votre esprit une idée fautive. Les excoriations propres à l'herpès du pharynx sont très-différentes, quant au mode d'évolution, quant à la cause, des véritables aphtes du pharynx.

L'aphte dans la bouche et dans la gorge est une ulcération assez profonde, analogue à la pustule d'ecthyma de la peau. Il est isolé, excessivement douloureux ; il persiste longtemps, se reproduit avec facilité, et presque toujours est lié à un état général chronique.

Dans un grand nombre de cas, l'éruption herpétique se manifeste simultanément sur d'autres parties de la cavité buccale, sur les côtés et sur la pointe de la langue, sur la face interne des joues et des lèvres, et sur la voûte palatine.

(1) Féron (de Lille), *De l'angine herpétique*, thèse inaugurale. Paris, 1858.

Le doute n'est plus possible quand en même temps il existe de l'herpès des lèvres, et cela a lieu dans presque tous les cas, car on peut alors constater la similitude entre l'affection développée à l'orifice de la bouche et celle qui, occupant le pharynx, a constitué l'angine couenneuse.

Vous en avez eu un exemple chez une malade qui était couchée au n° 4 de notre salle Saint-Bernard.

C'était une fille âgée de vingt-huit ans, de forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle était enrhumée depuis un mois, lorsqu'un matin elle se mit à laver sa chambre ; elle prit du froid et éprouva une grande fatigue. Cependant le lendemain elle se rendit à son travail, et elle le continua toute la journée, bien que déjà elle se sentît mal à son aise. Le soir, elle eut des frissons et de la fièvre. Le surlendemain, elle se rendit encore à son atelier, et elle se rappelle très-bien qu'elle avait alors un *bouton de fièvre* sur la lèvre. Le quatrième jour, son malaise étant plus considérable, elle fut forcée de s'aliter ; elle éprouvait une sensation de douleur brûlante à la face. Le cinquième jour, survint un violent mal de gorge, avec de la courbature générale, de la perte d'appétit, en même temps que de la gêne de la respiration. La malade se rendit au Bureau central d'admission dans les hôpitaux ; mais arrivée là, elle se trouva mal, et eut des vomissements assez abondants de matières bilieuses.

Elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, où on la plaça dans notre service. Nous fûmes tout d'abord frappé de l'état d'anxiété et de dyspnée qu'elle présentait. Cependant sa voix n'était en rien altérée ; nous ne trouvions à la percussion et à l'auscultation aucun trouble morbide de la respiration. Le mal de gorge était considérable, la déglutition difficile, et une toux incessante fatiguait la malade. En examinant le pharynx, nous voyions les amygdales tuméfiées, rouges ; la luette, également enflammée, était comme collée sur le pilier gauche du voile du palais. Toute la membrane muqueuse de ces parties était couverte de taches blanchâtres ayant l'aspect de fausses membranes.

Le mouvement fébrile était très-prononcé, la peau chaude ; le pouls battait 125. De plus il y avait des accidents gastro-intestinaux : anorexie, soif vive, amertume de la bouche, constipation.

Cet état persistait le lendemain, bien que la dyspnée fût moindre, et que les taches couenneuses fussent moins abondantes. Le traitement se borna à des gargarismes avec le sirop de mûres, à de la tisane d'orge pour boisson et à la diète. La malade ne prit que des bouillons.

Le surlendemain, huitième jour par conséquent du début des accidents, l'appareil fébrile était tombé, la respiration était plus libre, et l'affection locale avait cédé en grande partie. Il n'y avait plus que quelques points blanchâtres sur l'amygdale droite, dont la tuméfaction, ainsi que celle des autres parties, était notablement moindre.

La malade put quitter l'hôpital deux jours après, parfaitement guérie. Sa maladie avait duré dix jours.

Chez un jeune homme que vous avez également vu dans les salles de la Clinique, les caractères de la maladie étaient encore plus nettement tranchés. Indépendamment de l'herpès du pharynx, il existait une éruption abondante de vésicules herpétiques sur la joue, et tout en saisissant les différences d'aspect qu'imprimait à l'affection la diversité des tissus qui en étaient le siège, il était impossible d'en méconnaître l'identité.

Quelques-uns d'entre vous se le rappelleront : c'était un jeune domestique anglais, âgé de seize ans, qui entra à la fin de février 1858, et qui sortait guéri cinq jours après. Il était couché au n° 1 de la salle Sainte-Agnès.

Il venait de faire un assez grand voyage, pendant lequel, exposé aux variations brusques de température, il avait été saisi par le froid. Arrivé à Paris le 19 février, il n'éprouvait qu'une grande fatigue, quand le lendemain il se sentit pris de malaise. Dans la journée, il eut un léger vomissement; il se plaignit de douleurs de tête, de frissons, et se mit au lit, où il eut une abondante transpiration.

Le 21, tous ces symptômes avaient augmenté; la fièvre était vive, et la faiblesse assez grande pour que le malade fût forcé de garder le lit. Son mal de tête était considérable, et il commençait à ressentir de la douleur dans la gorge; en même temps apparaissait sur la lèvre un bouton qu'il appelait *bouton de fièvre*. Le mal de gorge augmenta rapidement; la nuit fut mauvaise; il y eut du coryza et du larmolement. Le surlendemain, les accidents du côté du pharynx étaient calmés, mais il y avait une abondante salivation. Un médecin appelé l'envoya à l'Hôtel-Dieu, après avoir touché la gorge avec une solution dont ce jeune homme ne put nous indiquer la composition.

A son arrivée dans nos salles, je constatai sur le visage l'existence d'une éruption apparue depuis le matin seulement. Sur la joue droite, suivant le trajet d'une ligne allant de la tempe à la bouche, nous voyions plusieurs groupes de vésicules du volume d'une tête d'épingle, d'autres un peu plus grosses, reposant sur une base d'un rouge vif. Quelques-unes de ces vésicules, offrant tous les caractères de l'herpès, s'étaient développées sur l'aile du nez et sur la commissure des lèvres à droite; d'autres se montraient aussi sur la commissure gauche et sur le menton. L'herpès labial toutefois, à un degré plus avancé que dans les autres points, commençait à se dessécher. Le malade se plaignait d'une douleur cuisante et d'une chaleur incommode à la face.

En examinant la cavité buccale, nous constatons une rougeur générale de la membrane muqueuse, principalement du côté droit, où se montraient des vésicules d'herpès disséminées; la langue en présentait aussi quelques-unes. La rougeur et l'éruption n'étaient nulle part plus prononcées que sur l'isthme du gosier. Les amygdales, rouges et tuméfiées, la luette, le voile du palais, également d'un rouge vif, étaient couverts de vésicules, les unes acuminées, blanches, demi-transparentes, d'autres ulcérées, d'autres enfin *recouvertes d'une exsudation fibrineuse* formant une couche à bords déchiquetés, et dépassant la limite de la surface ulcérée. Nous avons donc sous les yeux la vésicule

herpétique à ses diverses phases d'évolution. Le fond du pharynx participait à la rougeur générale; mais nous n'y trouvions pas d'éruption caractéristique. Le malade éprouvait de la douleur de gorge, et une gêne qui le sollicitait à tousser à chaque instant; cette toux était gutturale, pénible.

La fièvre était d'ailleurs à peu près nulle. Le lendemain elle était complètement tombée. Je me contentai de prescrire des gargarismes émollients; le 28 février, ce jeune homme quittait l'hôpital, complètement guéri. Il n'avait plus d'angine, et l'herpès de la face n'avait laissé d'autres traces de son passage que quelques petites plaques rouges sur les points que les vésicules avaient occupés.

Je ne veux pas vous laisser ignorer d'autres formes de l'herpès des membranes muqueuses sur lesquelles Bretonneau appelait toujours l'attention de ses élèves, et que je vous ai maintes fois signalées : je veux parler de l'herpès de la conjonctive et de celui de la vulve.

Assez souvent, lorsque l'herpès a la confluence qu'il présentait chez le jeune Anglais dont je viens de vous raconter l'histoire, il se trouve un groupe de vésicules sur l'une des paupières : dans ce cas, il arrive qu'une vésicule ou deux se forment sur la conjonctive et même sur la cornée; dans ce dernier cas, il survient une kératite extrêmement douloureuse, accompagnée quelquefois de photophobie, qui pourtant cède avec une assez grande facilité. Cette forme d'ophtalmie est ordinairement fort mal connue.

Chacun sait combien est commun l'herpès préputial, combien souvent il coïncide avec l'herpès guttural et labial; mais ce que l'on sait moins, parce que les femmes n'osent guère s'en plaindre, c'est que, à la face interne des grandes lèvres, l'herpès se développe dans les mêmes circonstances et peut-être aussi souvent que l'herpès préputial chez l'homme. M. Bernutz, alors qu'il était médecin de l'hôpital des femmes vénériennes, a plus d'une fois constaté l'existence de l'herpès du col utérin, affection liée souvent, comme l'herpès guttural, à un mouvement fébrile, et amenant de vives douleurs du bas-ventre, de la leucorrhée. Ainsi s'expliquent ces métrites passagères que nous voyons coïncider avec l'angine couenneuse commune, et qui alarment tant certaines femmes.

Je reviens, messieurs, sur la question du *diagnostic entre l'angine couenneuse commune et la diphthérie*.

Il n'offre aucune difficulté quand l'éruption herpétique du pharynx est discrète, et à plus forte raison quand elle s'est faite sur d'autres points de la membrane muqueuse buccale et sur les lèvres, parce qu'alors l'herpès se présente avec les caractères qui lui sont propres et qu'on ne saurait méconnaître. Quand l'éruption est confluyente, et qu'il s'est produit sur les amygdales et sur le voile du palais une exsudation pseudo-membraneuse plus ou moins large, plus ou moins épaisse, la coexistence d'un herpès des lèvres ou d'un herpès de la face éclairera singulièrement le médecin sur la nature de l'angine couenneuse qu'il sera appelé à traiter, et le mettra à même de la distinguer d'une angine diph-

thérique. Mais quand, ainsi que je vous l'ai dit, et comme cela se rencontre assez fréquemment dans la pratique, l'affection couenneuse de la gorge, sous laquelle ont disparu les caractères propres à l'herpès, quand cette affection couenneuse existe seule, l'hésitation est permise. Bien que la lésion anatomique ulcéro-membraneuse revête souvent un aspect particulier, sur la description duquel j'ai insisté tout à l'heure, néanmoins, il s'en faut de beaucoup, d'une part, que cet aspect soit toujours aussi nettement tranché, et d'autre part, qu'on puisse parfaitement saisir les caractères de l'affection, alors surtout qu'il s'agit d'un enfant qui se prête difficilement à l'examen. Que dans la marche ultérieure de la maladie locale nous retrouvions encore, du moins en quelques cas, plusieurs traits de l'aspect qu'elle a dû présenter primitivement, cela est vrai; mais en fait, au moment où il est important de se prononcer, l'erreur est souvent impossible à éviter. Or, je vous répéterai sans crainte d'y trop insister : dans ces cas où le diagnostic entre l'angine couenneuse commune et l'angine diphthérique est indécis, empressez-vous d'intervenir énergiquement, absolument comme si vous aviez affaire à un mal de gorge de mauvaise nature. Agissez avec d'autant moins de crainte, que, suivant la juste remarque de Bretonneau, les applications topiques propres à arrêter les progrès de la phlegmasie diphthérique, loin d'aggraver l'éruption couenneuse propre à l'angine commune, en abrègent aussi la durée.

D'un autre côté, messieurs, en présence d'une angine couenneuse commune, gardez-vous de croire trop vite à l'existence de la diphthérie; car cette erreur pourrait tirer à conséquence plus tard. Admettez, en effet, que vous ayez guéri un certain nombre de ces angines prétendues diphthériques, en donnant des vomitifs, des préparations mercurielles ou tout autre remède. Encouragés par ces succès apparents, vous aurez recours à ces mêmes moyens lorsque vous aurez en réalité affaire à la diphthérie; mais ces médications qui vous avaient paru si efficaces, échouant alors entre vos mains, vous feront perdre tout au moins un temps précieux pour lutter contre une maladie qui réclamait une intervention prompte et énergique.

Lorsque, dans le cours de ces conférences cliniques, je vous parlerai du muguet, je vous dirai les caractères qui le distinguent de la diphthérie et des angines couenneuses communes avec lesquelles il a été et est souvent encore confondu.

Votre diagnostic, herpès du pharynx, nettement établi, vous n'avez plus à vous préoccuper de la maladie; elle guérit d'elle-même : des collutoires boratés ou alumineux, des gargarismes astringents, constituent tout le traitement.

Rappelez-vous toutefois, messieurs, j'aurai à revenir sur ce point, en vous apportant des faits à l'appui, rappelez-vous que l'angine couenneuse commune peut devenir le point de départ d'une angine de mauvaise nature.

Les rapports sur les épidémies qui régnaient en France pendant l'année 1858 ont offert de remarquables exemples des transformations auxquelles je

fais allusion. Permettez-moi, messieurs, de vous répéter ici ce que je disais dans le compte rendu que je fus chargé, au nom de la commission des épidémies, de lire à l'Académie de médecine dans la séance du 22 novembre 1859 (1).

Ce qui caractérisait ces épidémies de l'année 1858, c'était la concomitance des affections couenneuses communes et des angines diphthériques. Avant l'invasion de celles-ci, on constatait dans beaucoup de pays une prédisposition marquée aux angines bénignes, et ces angines bénignes, quoique réduites aux proportions du simple herpès du pharynx, n'avaient pas toujours les allures régulières qu'elles affectent habituellement. Quelques-unes se prolongeaient au delà de leur temps accoutumé. D'autres fois l'affection couenneuse dégénérant sur place, le médecin devait se demander avec inquiétude s'il était autorisé à maintenir un pronostic favorable.

Sans aucun doute, cette constitution médicale préparait la venue des angines assez graves qui succédaient à ces angines bénignes. Non-seulement on voyait l'une des deux affections régner après l'autre, mais dans chaque épidémie partielle on reconnaissait la présence des deux formes pathologiques associées plus ou moins étroitement.

Les faits recueillis par des médecins distingués et dans des contrées diverses ne peuvent laisser aucun doute. L'analogie, je dirais même l'identité de ce qu'on observait en même temps dans plusieurs localités, est quelque chose de remarquable, et la différence porte seulement sur ce que la relation entre les angines bénignes et malignes a varié suivant les localités.

Ici la forme bénigne prédomine; les adultes sont atteints plus fréquemment; les cas heureux sont moins rares, et la mortalité est presque l'exception. Telle paraît être l'épidémie de quelques communes de l'arrondissement d'Hazebrouck, de l'arrondissement de Mâcon, où sur près de 400 malades on compte à peine 30 décès; de l'arrondissement d'Apt, où 4 individus sur 80 succombèrent; de l'arrondissement de Gourdon, où la mortalité fut de 1 sur 100.

Là, au contraire, la forme bénigne est l'exception. C'est à peine si l'on rencontre, et toujours chez des adultes, quelques cas qui se terminent par une guérison rapide; mais chez les enfants mêmes qui périssent en grand nombre, la diphthérie mortelle débute souvent sous la forme d'une éruption herpétique. C'est ce qui est arrivé dans les communes de Vien et de Theil, qui font partie de l'arrondissement de Moulins; c'est ce qui est arrivé aussi dans la Charente-Inférieure, dans les Deux-Sèvres, dans la Meuse, dans la Nièvre, dans Saône-et-Loire et dans d'autres départements où les docteurs Castel, Dusouil, Madère, Plissard et Guillemaut signalent, chacun de son côté, et la fréquence des angines simples de l'adulte, et la transformation de l'éruption herpétique en plaques diphthériques caractérisées, accomplissant plus tard leur évolution fatale.

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIV, p. 31.

C'est dans ces circonstances, messieurs, qu'il faut redoubler de vigilance et surveiller attentivement ses malades. Dans ces cas aussi il n'y a aucun inconvénient, il y a au contraire grand avantage, alors même que la nature herpétique de l'angine vous paraîtrait le mieux caractérisée, à employer la médication topique comme s'il s'agissait de la diphthérie, cette médication n'aggravant en aucune façon l'affection couenneuse.

### XVIII. — ANGINES GANGRÉNEUSES.

Angine gangréneuse par excès d'inflammation. — Angine gangréneuse survenant comme complication des maladies graves, dysenterie, fièvre typhoïde, etc. — Angine gangréneuse, complication de l'angine couenneuse scarlatineuse, de l'angine diphthérique. — Angine gangréneuse primitive.

#### MESSIEURS,

Les considérations dans lesquelles je suis entré à propos des angines couenneuses s'appliquent également aux affections dont je veux aujourd'hui vous dire quelques mots. La lésion, vous ai-je dit, ne saurait à elle seule suffire pour caractériser la maladie, et je vous ai montré la pseudo-membrane apparaissant dans diverses espèces d'angines les plus différentes par leur nature. J'en dirai autant de la gangrène.

La gangrène du pharynx et des amygdales est en effet, quelquefois, mais cela est très-rare, un mode de terminaison de l'angine inflammatoire; comme dans toute inflammation, elle est la *conséquence de l'excès de cette inflammation*; ou bien elle arrive à titre de *complication dans une angine de nature spéciale*, que cette angine survienne comme épiphénomène de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, qu'elle survienne dans le cours de toute autre grande maladie pestilentielle, dans la dysenterie par exemple, ainsi que vous en avez observé un cas chez un malade couché au n° 11 de notre salle Sainte-Agnès.

C'était, vous vous le rappelez, un jeune garçon qui était entré le 21 août dans le service de la Clinique pour une épouvantable dysenterie qui résista à toutes les médications que nous employâmes pour la combattre. Il mourut le 19 octobre, et, à l'autopsie, nous trouvâmes les lésions caractéristiques de la colite épidémique, de larges ulcérations de l'intestin, dont la membrane muqueuse était sphacélée dans beaucoup de points.

Cette dysenterie avait emprunté de sa malignité à la constitution du sujet qui, épuisé par la fatigue et la misère, se trouvait dans les conditions les plus défavorables pour lutter contre une maladie comme celle-ci, déjà si grave de sa nature. C'est dans les derniers jours que nous vîmes survenir l'affection pharyngée. Le malade se plaignit de mal de gorge, de difficulté pour avaler; sa voix était nasillarde. En examinant le pharynx, nous constatâmes, sur l'amygdale droite, l'existence d'une plaque d'un gris noirâtre; l'haleine exha-