

souvent de quelques heures seulement (Damaschino), précède l'apparition des premiers phénomènes morbides.

Un mouvement fébrile assez intense avec frissons et courbature, du malaise, de la céphalalgie avec congestion et rougeur de la face, tels sont les symptômes initiaux. Souvent même ces accidents de début sont assez prononcés, le mal de tête assez violent, pour faire redouter l'invasion d'une méningite (Lasègue), mais bientôt le malade éprouve une douleur intense dans la gorge et une gêne considérable de la déglutition qui attirent l'attention.

L'examen de la gorge révèle la présence sur le voile du palais, les piliers ou les amygdales, de petites vésicules grisâtres variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois; ces vésicules sont isolées et entourées d'un cercle rouge, ou réunies et présentent alors une auréole inflammatoire commune. Bientôt ces vésicules crèvent, laissant à leur place de petites ulcérations circulaires qui se couvrent de fausses membranes minces mais adhérentes, d'aspect opalin ou grisâtre, par points séparés si les vésicules étaient isolées (angine *aphtheuse* de Féron), par plaques au contraire si elles étaient réunies (angine *avec couenne, couenneuse commune*).

Les amygdales sont presque toujours gonflées, d'aspect mûri-forme; les ganglions sous-maxillaires, habituellement douloureux, ne font pas de saillie apparente.

La durée de la maladie est subordonnée au nombre des poussées successives par lesquelles elle a procédé. Une seule poussée se juge habituellement en moins d'un septénaire; en général il est fréquent d'observer en même temps une éruption d'herpès sur un point quelconque du corps, les lèvres, le prépuce, les grandes et petites lèvres, le col utérin (1).

Au bout de huit à dix jours en moyenne, les fausses membranes ramollies sont expulsées et l'ulcération se cicatrise. Malgré l'intensité des symptômes généraux qui ont persisté en partie pendant l'évolution locale, l'état général est resté satisfaisant, et n'a causé aucune inquiétude sérieuse. Il arrive quelquefois pourtant que la guérison ne s'obtient qu'après une longue convalescence.

L'angine herpétique ne peut guère être confondue qu'avec l'angine diphthéritique, encore l'erreur est-elle facile à éviter s'il persiste

(1) La limitation de l'herpès guttural à un seul côté de la bouche, et son développement simultané sur les joues ou les lèvres du même côté, ont fait penser à Olivier qu'il s'agissait là d'une lésion nerveuse, et que l'herpès guttural n'était autre chose qu'un zona de la cinquième paire.

des vésicules. Les fausses membranes de l'herpès sont plus petites, disposées en général par points séparés; elles sont plus adhérentes que les fausses membranes diphthéritiques, et quand on les détache on peut trouver au-dessous des ulcérations; elles ne s'accompagnent pas d'engorgement ganglionnaire prononcé, ni de pâleur mate de la face. Enfin, contrairement à ce qui a lieu dans la diphthérite, les fausses membranes de l'angine herpétique n'ont pas de tendance à s'étendre, fait qu'il ne faut cependant pas considérer comme absolu (Morell-Mackenzie).

Le pronostic est très favorable, à moins toutefois que l'on assiste à l'une de ces formes à *poussées répétées* qui tendent plus que les autres à l'extension et qui peuvent, dans quelques cas, rares il est vrai, gagner le larynx (*croup herpétique* de Morax et Damaschino; *diphthérisation de l'herpès guttural* de Trousseau). L'angine herpétique peut enfin se compliquer d'angine phlegmo-neuse.

Le traitement doit en général être très simple, l'angine herpétique tendant naturellement à la guérison; on se bornera à quelques badigeonnages au jus de citron ou avec une solution diluée de soude caustique (Roger); et l'on administrera à l'intérieur les quelques médicaments qui ont déjà trouvé leur indication dans le traitement de l'amygdalite ou de l'angine simple.

ANGINE DU MUGUET. — Elle coïncide toujours avec le muguet buccal; elle est soumise aux mêmes conditions étiologiques et pathogéniques. Les symptômes étant ceux de l'angine catarrhale, la caractéristique de l'angine du muguet est la présence sur le voile du palais, l'amygdale ou le pharynx, de petites plaques blanchâtres, isolées, faciles à enlever, composées de cellules épithéliales, de spores et de mycélium d'*oidium albicans*. Le traitement est celui de la stomatite concomitante.

ANGINE RHUMATISMALE. — L'angine peut être une des manifestations de la diathèse rhumatismale (J. Frank, Trousseau, Lasègue). L'angine rhumatismale présente des symptômes particuliers qui, étudiés avec soin, rendent le diagnostic possible et permettent de prédire la fluxion rhumatismale qui va avoir lieu (Lagoanère).

La douleur survient brusquement après l'impression du froid humide; elle est excessivement vive dès le début, s'apaise par le repos, s'exagère par le mouvement et les contractions des muscles. La déglutition des liquides est plus particulièrement douloureuse

(Trousseau). La rougeur occupe l'isthme du gosier sans atteindre la paroi postérieure du pharynx; les amygdales sont d'un rouge vif sans tuméfaction considérable. Les follicules ne sont pas spécialement affectés, aussi la muqueuse est-elle lisse et comme veloutée. Parfois on observe des vésicules d'herpès (Raphaëlian) et dans des cas exceptionnels un léger degré d'œdème (Lasèque).

L'angine rhumatismale s'accompagne toujours de phénomènes généraux: fièvre modérée, frissonnements, courbature, douleurs musculaires, sueurs abondantes, urines sédimenteuses, etc.

Rarement contemporaine avec l'attaque articulaire elle la précède le plus souvent, sans que pour cela on puisse en rien préjuger de la gravité de l'une d'après l'intensité de l'autre; l'angine rhumatismale peut exister enfin en dehors de toute manifestation arthritique et coïncider avec des éruptions comme l'érythème noueux et l'urticaire.

Thérapeutiquement elle est justiciable du sulfate de quinine; les gargarismes très chauds calment parfois très rapidement la douleur.

GUBLER. Mém. sur l'herpès guttural (Soc. méd. des hôp., 1857). — J. FRANK. Traité de path. int. (Tr. Bayle). Paris, 1857. — FÉRON. De l'angine herpétique. Th. de Paris, 1858. (Bull. de thérap., 1858). — RAPHAELIAN. Sur la nature des angines pharyngées. Th. de Paris, 1862. — BERTHOLLE. De l'herpès guttural, etc. (Un. méd., 1866). — LAGOANÈRE. De l'angine rhumatismale. Th. de Paris, 1876. — DAMASCHINO. Loc. cit. — MORAX. Affect. couenneuses du larynx. Th. Paris, 1864, n° 137. — TROUSSEAU. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 6^e édit., 1882, t. I.

ANGINE ÉRYSIPELATEUSE. — Bien décrite par Hippocrate, l'angine érysipélateuse fut considérée par Galien et ses continuateurs, jusqu'aux dix-septième et dix-huitième siècles, comme ayant une origine *métastatique*. C'est surtout depuis le commencement de notre siècle que l'on est revenu à des idées plus vraies sur la nature de cette affection, grâce aux travaux de J. Frank, Richter, Copland, Rayer, Bouillaud, Chomel, Trousseau, Gubler, etc.

L'angine érysipélateuse a en général pour point de départ une altération préalable de la muqueuse pharyngienne qui a servi de porte d'entrée à l'agent infectieux (ulcérations scrofuleuses, Lasèque; plaques muqueuses, Schutzenberger; plaie consécutive à l'ablation des amygdales); mais il ne faut pas oublier que la constitution épidémique est la condition essentielle de son développement.

L'invasion de la maladie s'annonce habituellement, comme la plupart des pyrexies exanthématiques, par un malaise général intense, un grand frisson, une température très élevée, un état gastrique

marqué, souvent même des vomissements. Puis rapidement apparaît une douleur violente du côté de la gorge rendant la déglutition presque impossible. L'examen du gosier permet alors de reconnaître le développement de l'exanthème.

Cornil a distingué trois degrés dans l'érysipèle du pharynx: la *simple rougeur*, la *production de phlyctènes*, l'*exsudation de fausses membranes*.

Dans l'angine avec simple rougeur, qu'elle soit diffuse ou limitée à des plaques irrégulières, la muqueuse offre une coloration sombre et pourprée, un aspect luisant et comme vernissé. Les amygdales sont très peu tuméfiées, les ganglions lymphatiques au contraire sont augmentés de volume et douloureux au point de gêner les mouvements du cou. La douleur consiste en une sensation très intense de sécheresse et de brûlure. Il n'y a jamais de menaces de suffocation (Cornil).

Lorsque les phlyctènes se produisent, elles sont toujours moins bien formées et moins globuleuses qu'à la peau; leur contenu peut être de la sérosité, du pus et même du sang (Ciure); leur durée, fort courte, ne dépasse pas quelques heures. Après leur rupture, l'épithélium s'applique sur la muqueuse, forme des plaques irrégulières pouvant persister jusqu'à huit jours; la muqueuse, dénudée et très vascularisée, se recouvre d'une *couenne* que l'on ne confondra pas avec les pseudo-membranes diphthéritiques.

L'érysipèle du pharynx se propage à la face dans la majorité des cas; inversement l'érysipèle de la face peut s'étendre au pharynx. L'extension se fait généralement de l'extérieur à l'intérieur, par les lèvres et la muqueuse buccale ou par les fosses nasales; de l'intérieur à l'extérieur, par les fosses nasales, par les voies lacrymales ou par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et l'oreille externe sans rupture du tympan.

Lorsque l'érysipèle gagne les fosses nasales, Lasèque a signalé l'apparition d'un coryza tout caractéristique et qui s'accompagnerait, surtout chez les enfants, d'hémorrhagies abondantes.

La *résolution* est la règle. Cependant l'érysipèle peut se propager au larynx et produire l'œdème de la glotte (Bouillaud, Gubler, Larcher), ou bien à l'arbre trachéo-bronchique (Peter, Is. Straus); en pareil cas la mort peut arriver rapidement au milieu de phénomènes de suffocation et d'asphyxie (J. Simon, Beaumetz), et sans que l'auscultation ait révélé aucun signe stéthoscopique important.

Enfin la terminaison peut avoir lieu par *gangrène*.

Généralement on reconnaît l'érysipèle du pharynx à la coexistence de l'exanthème. En l'absence de celui-ci, le diagnostic n'est pas sans difficultés. L'angine *rhumatismale* se distingue du premier degré d'érysipèle par l'absence d'engorgement ganglionnaire. L'angine *herpétique* est caractérisée par des *vésicules* et non par des *bulles*; de plus, l'herpès labial se voit souvent en même temps. L'angine *diphthéritique* est bien moins douloureuse et les symptômes généraux qu'elle détermine moins accusés.

Le pronostic varie avec les différentes évolutions du mal. Pour employer la pittoresque expression de Cornil, on peut dire qu'en général, « l'érysipèle qui sort est beaucoup moins redoutable que celui qui rentre ».

Comme traitement on emploiera les antiphlogistiques et les topiques émollients.

ANGINE SCARLATINEUSE. — L'angine est un symptôme constant et capital de la scarlatine; elle peut même en être la manifestation unique dans certains cas que Trousseau a qualifiés de *frustes*. Elle peut exister à deux périodes bien distinctes, d'où la division en angines *initiale* et *tardive*.

1° *Angine initiale*. — Elle apparaît généralement en même temps que la fièvre; elle est caractérisée par une rougeur intense, violacée, uniforme sur le voile du palais, pointillée sur les amygdales. La douleur, souvent peu marquée, est d'autres fois extrêmement pénible, mais toujours transitoire; la salivation n'est pas exagérée. Bientôt, du deuxième au quatrième jour, il se fait une exsudation et l'épithélium desquamé forme des plaques blanches, friables et faciles à détacher: c'est l'angine *pultacée* ou *crèmeuse*. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont légèrement engorgés. L'angine scarlatineuse du début ne s'étend jamais au larynx (Trousseau); elle disparaît d'elle-même, sa durée dépassant rarement quatre ou six jours.

2° *Angine tardive*. — Elle apparaît du huitième au dixième jour de la scarlatine, parfois plus tard, souvent aussi beaucoup plus tôt (du cinquième au quatrième jour de l'éruption, d'après Lasègue). Les symptômes sont ceux de la diphthérie grave: les fausses membranes ont un aspect grisâtre ou gris verdâtre; elles sont molles et ont une grande tendance à une reproduction rapide et à l'extension; elles siègent de préférence sur les amygdales, mais elles gagnent aisément les piliers, le voile du palais, l'arrière-gorge; elles peuvent même s'étendre au larynx et donner lieu au croup *scarlatineux*,

qui est mortel au bout de deux à quatre jours (Graves, G. Sée). La douleur est peu vive, l'état fébrile peu prononcé. En même temps l'engorgement ganglionnaire devient énorme (*bubons scarlatineux* de Trousseau), le tissu cellulaire s'infiltré et suppure. Les hémorrhagies foudroyantes par perforation des vaisseaux du cou, la suffocation, la gangrène, ont été observées.

La nature de cette angine tardive n'est pas encore parfaitement élucidée; car si la majorité des cliniciens en fait une détermination de la diphthérie, contractée soit à l'hôpital, soit en ville, dans le cours de la scarlatine, il en est d'autres qui n'y voient qu'une analogie de forme donnant au mal un air de parenté: une *angine diphthéroïde* ayant sa spécificité propre et n'étant autre chose qu'une expression particulière, un *modus faciendi* de l'intoxication scarlatineuse.

L'imprégnation des fausses membranes par des liquides ichoreux et des exsudations sanguinolentes donne parfois à l'angine un caractère sanieux et brunâtre qui explique la dénomination d'*angine gangréneuse épidémique* qui a servi plusieurs fois, au siècle dernier, à désigner cette complication pharyngienne de la fièvre scarlatine.

ANGINE VARIOLEUSE. — Elle apparaît du troisième au sixième jour de l'éruption (Barthez et Rilliet) dont elle n'est que la propagation à l'arrière-bouche. Les pustules se montrent surtout sur le voile du palais: d'abord rouges, elles deviennent blanches, et, si elles sont agminées, elles décollent l'épithélium sous forme de fausse membrane. Cette éruption pharyngée n'offre pas de particularités importantes à signaler, elle disparaît au bout de quatre à cinq jours sans laisser de cicatrices; elle se complique parfois d'une infiltration du tissu cellulaire suffisante pour occasionner de la dyspnée et même pour déterminer la mort par suffocation.

ANGINE MORBILLEUSE. — La rougeole affecte le larynx de préférence à l'arrière-bouche; cependant, dans un nombre de cas relativement fréquents (voy. *Rougeole*, p. 133), on observe, sur le voile du palais, des taches rosées, isolées, légèrement saillantes; cet exanthème, qui précède de vingt-quatre à quarante-huit heures l'éruption cutanée, est parfois très utile pour établir le diagnostic. Il est rare que la douleur et le gonflement soient intenses: souvent la luette est légèrement œdémateuse et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Cette angine disparaît du quatrième au septième jour de l'éruption. La gangrène, quoique très rare, a été observée.

ANGINE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — L'angine de la fièvre typhoïde peut se montrer sous diverses formes.

Souvent c'est simplement une rougeur *érythémateuse* de l'isthme du gosier avec dysphagie dont la cause principale paraît être la sécheresse de la muqueuse pharyngo-buccale, la bouche restant toujours ouverte. D'autres fois l'angine revêt la forme *aphteuse*. L'angine *pultacée*, d'après Chédevergne, serait commune dans le cours de certaines épidémies; mais M. Peter estime qu'il faut rapporter un certain nombre des faits de Chédevergne et surtout ceux d'Oulmont à l'angine *diphthéritique* secondaire. Celle-ci, en effet, a été observée dans un certain nombre de cas (Louis, Hérard, Forget, Oulmont, Peter, etc.). L'angine *diphthéritique* secondaire éclatant dans le cours de la fièvre typhoïde est très grave; elle tue cinq fois sur six (Oulmont).

Enfin, depuis les recherches de J. Renaut, on sait bien aujourd'hui que les follicules lymphatiques dont la réunion constitue la glande de Laska sont susceptibles de s'enflammer et de s'infiltrer dans la dothiéntérie, au même titre que les glandes intestinales; nous avons vu dans plusieurs faits une large eschare recouvrir le fond du pharynx et donner lieu à des phénomènes angineux qui ne prirent fin qu'après sa complète élimination.

ANGINE CHARBONNEUSE. — Elle a été observée par Gubler chez un ouvrier en crins qui fut apporté semi-asphyxié dans son service, et qui offrait une plaque gangréneuse sur le pharynx. Le cou, la face, la langue, étaient énormément tuméfiés. L'emphysème sous-cutané est pathognomonique (Gubler).

Le pronostic est fatal.

ANGINES TOXIQUES. — On doit diviser ces angines en deux classes: celles qui résultent de l'action topique des poisons, les angines par *imbibition*; celles qui sont produites indirectement, par *absorption* (Peter).

Dans la première catégorie nous rangerons les angines produites par le phosphore, l'iode, le chlore, les acides, les alcalis, les sels de mercure, d'argent, de cuivre, etc., le tartre stibié. L'angine de cette dernière substance offre cette particularité d'être *aphteuse*.

Les angines par absorption comprennent les angines des préparations mercurielles et iodées et celles des solanées. L'angine mercurielle n'est qu'une complication de la stomatite. L'angine iodée est marquée seulement par de la rougeur et un peu de douleur: le coryza, le larmolement, l'éruption acnéiforme coexistent en général.

L'angine des solanées, notamment de la belladone, est caractérisée par une sécheresse et une constriction intenses de la gorge pouvant empêcher la déglutition pendant un temps fort long. En même temps il y a de la sécheresse de la bouche, de la dilatation pupillaire et parfois du subdelirium. La première indication consiste à suspendre l'usage des préparations qui ont donné naissance à des angines, on prescrira ensuite des gargarismes émollients ou astringents, du café, etc.

OULMONT. Epidémies d'angines couenneuses compliquant la fièvre typhoïde (Soc. méd. des hôp., 1859). — CORNIL. Obs. pour servir à l'hist. de l'érys. du pharynx (Arch. de méd., 1862). — GRAVES. Lec. de clinique méd., notes de Jaccoud, 1862. — CIURE. De l'érysipèle du pharynx. Th. de Paris, 1864. — CHÉDEVERGNE. De la fièvre typhoïde, etc. Th. de Paris, 1864. — SCHLUMBERGER. Th. de Paris, 1872. — IS. STRAUS. Pneumonie érysipélateuse (Soc. méd. des hôpitaux et Revue mensuelle, 1879). — TROUSSEAU. Clin. de l'Hôtel-Dieu, 6^e édit. 1882.

ANGINES CHRONIQUES.

ANGINE GLANDULEUSE (Synonymie: *Angine granuleuse* (Chomel), *granuleuse chronique* (Hardy et Béhier), *pharyngite glanduleuse* (Buron), *clergyman's sore throat* (Green). — Chomel en fit, le premier, le sujet d'un important travail; après lui, Green, puis Guéneau de Mussy, complétèrent l'histoire de cette affection.

Les recherches de Guéneau de Mussy ont bien montré l'influence de la diathèse herpétique sur le développement de l'angine glanduleuse; il en est de même de la goutte, du rhumatisme, de la scrofule. Cette angine est très commune chez les chanteurs, les orateurs et prédicateurs, etc.; chez les buveurs et les fumeurs, chez les personnes qui dorment la bouche ouverte (Chomel); chez tous ceux enfin dont le pharynx est exposé à des causes d'irritations prolongées; les angines catarrhales aiguës peuvent lui donner naissance en se répétant, bien qu'elles engendrent plus souvent la forme catarrhale chronique simple, dont nous aurons à différencier plus loin la pharyngite glanduleuse; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et s'observe surtout de vingt-cinq à quarante ans.

Anatomiquement, l'angine glanduleuse est caractérisée par la présence de *granulations* variables de coloration, de volume et de forme, et constituées par l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires qui existent en si grand nombre dans la muqueuse de l'arrière-gorge, des piliers et du voile du palais. D'aspect le plus souvent rouge vif, grosses comme des grains de millet et très confluentes,

elles forment en général des amas polymorphes se détachant tantôt sur la muqueuse saine, tantôt sur un fond plus terne par le fait du catarrhe concomitant ou sillonné par des arborisations variqueuses. *Histologiquement*, la tuméfaction de ces glandules est due au gonflement des cellules de leurs culs-de-sac, leur orifice est dilaté, et par son ouverture s'écoule une sécrétion habituellement épaisse et visqueuse formée en majeure partie, suivant les recherches de Robin, par des cellules épithéliales et des leucocytes; dans un cas de Guéneau de Mussy, ces culs-de-sac renfermaient de petites concrétions calcaires. La même inflammation atteint les dépressions de la muqueuse situées au centre des follicules clos agglomérés qu'on observe dans les parties supérieures du pharynx (Cornil et Ranvier). Plus tard on voit de place en place de petites cicatrices, à côté des granulations agminées de différentes façons. La propagation à la trompe d'Eustache, au larynx et aux fosses nasales est fréquente. La luette est allongée, les amygdales souvent intactes sont d'autres fois légèrement tuméfiées.

L'angine glanduleuse débute par une sensation de gêne et de picotement dans la gorge, accentuée surtout le matin et portant le malade à faire une série de petites expirations brusques et bruyantes (*hem*, des Anglais), et destinées à rejeter les produits de sécrétion qui sont expectorés sous forme de pelotons opaques ressemblant souvent à de l'amidon cuit, ou verdâtres (Guéneau de Mussy) si l'affection s'est propagée au larynx: plus rarement ils renferment quelques striées sanguinolentes.

L'extension au larynx amène de la raucité de la voix, et l'extension à la trompe d'Eustache, de la surdité. L'hypochondrie coexiste souvent.

L'angine glanduleuse n'est pas très grave par elle-même; cependant son pronostic n'est pas toujours absolument favorable, car elle est tenace, rebelle, et elle peut empêcher complètement les professions où l'on a besoin de la parole. Contrairement à l'opinion émise par Green, elle n'a aucun rapport avec la phthisie pulmonaire.

Comme traitement, on devra d'abord interdire l'usage du tabac et des liqueurs, prescrire le repos à ceux dont la voix est fatiguée par l'exercice. Les eaux sulfureuses naturelles de Bonnes, Enghien, Luchon, Cauterets, etc., prises principalement sous formes d'inhalations, rendent souvent de grands services chez les herpétiques; les eaux salines, Ems, Royat, Nauheim, etc., chez les scrofuleux. Le

traitement local consistera en insufflations d'alun et de tannin, en cautérisations légères avec le sulfate de cuivre, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, et surtout les attouchements avec une solution diluée de chlorure de zinc (Lasègue). Les douches pharyngées et les pulvérisations (Sales-Girons) sont aussi très utiles. Les balsamiques seront administrés à l'intérieur avec avantage.

ANGINE CATARRHALE CHRONIQUE. — L'angine catarrhale chronique doit être soigneusement distinguée de l'angine granuleuse avec laquelle elle a sans doute un grand nombre d'affinités étiologiques, surtout en ce qui touche les maladies générales, mais dont elle se sépare absolument au point de vue anatomique.

Dans cette forme particulière de l'angine chronique ce qui domine, en effet, c'est une inflammation simple de la muqueuse sans hypertrophie des glandules; il existe une rougeur avec gonflement parfois intense des parties, surtout lorsque le catarrhe porte de préférence sur les piliers du voile, comme cela s'observe chez les gouteux (Lasègue). Quelquefois on constate sur ces parties enflammées de véritables pustules de consistance et de volume variable et dont la présence a motivé le nom d'*angine acnéique* proposé par M. Lasègue. Ces pustules siègent principalement dans la *fossette sous-amygdalienne*.

Symptomatiquement, l'angine catarrhale chronique ne diffère pas beaucoup de l'angine glanduleuse; parfois sans expectoration marquée (pharyngite sèche de Lewin), elle est d'autres fois accompagnée de sécrétions assez abondantes qui viennent se coller sur la face postérieure du pharynx et sont rejetées au réveil, de façon à constituer un véritable grailonnement matutinal (Damaschino).

Comme dans l'angine glanduleuse, il peut y avoir des troubles de la voix et de l'audition si la maladie s'étend aux parties voisines. Mais comme elle existe fréquemment chez les *rhumatisants* et les *gouteux*, elle est souvent accompagnée de troubles fonctionnels prononcés spécialement du côté de l'estomac; sa marche est essentiellement lente, sa durée souvent indéfinie. Soumise à des exacerbations constantes, elle constitue une incommodité très fatigante, mais elle n'implique pas l'idée d'une affection grave.

Elle est susceptible de s'amender par un traitement rationnel qui du reste diffère peu de celui de l'angine glanduleuse.

ANGINE SCROFULEUSE. — L'angine scrofuleuse chronique est toujours *ulcéreuse*. Hamilton a distingué les formes *bénignes* et les formes *graves* auxquelles il convient d'ajouter le lupus. L'angine la

plus légère au début peut amener la forme la plus maligne. Voici comment se développent les lésions, d'après Isambert et A. Kock.

La muqueuse pharyngée offre d'abord les lésions de l'angine glanduleuse que nous venons de décrire; puis, sur la *paroi postérieure* du pharynx, jamais sur les amygdales, apparaissent des ulcérations inégales, gaufrées, sinueuses, de couleur jaune sale. Ces ulcérations s'étendent et se creusent, elles perforent le voile du palais, coupent les piliers et la luette et peuvent même atteindre les os. Le pharynx tout entier peut alors être transformé en un cloaque sanieux, recouvert de fongosités. Il est rare que les ulcérations se propagent à la muqueuse buccale (Looten), et dans ce cas elles restent limitées à la base de la langue (Homolle).

L'indolence est la caractéristique de ces angines. Leur marche est chronique (de six mois à dix ans); cependant le lupus a une marche plus rapide, qu'il débute par le pharynx ou par les téguments de la face.

Le traitement sera général (hygiène, iode, huile de foie de morue, etc.) et local (douches pharyngées, cautérisations). On évitera avec soin les mercuriaux.

ANGINE TUBERCULEUSE. — L'angine tuberculeuse est également ulcéreuse. Au début, la muqueuse est parsemée de points jaunâtres, isolés ou réunis, qui en quelques jours font place à de petites ulcérations à surface inégale, mamelonnée, grisâtre, à bords taillés à pic, durs et festonnés. Isambert a observé un cas où les amygdales, le fond du pharynx, l'épiglotte et le larynx étaient recouverts par un semis de tubercules miliaires qui devinrent caséux et donnèrent naissance à des ulcérations. L'un de nous a observé un cas analogue. Il y a toujours en même temps des tubercules dans le poumon. On emploiera les badigeonnages à la morphine et le bromure de potassium à l'intérieur pour calmer la cuisson et la dysphagie.

ANGINE SYPHILITIQUE. — Le chancre induré, accident *primaire*, peut être observé sur l'amygdale. A la période *secondaire* on observe soit une pharyngite érythémateuse, soit des plaques muqueuses. Enfin, les gommées suppurées de l'arrière-bouche représentent les accidents *tertiaires*.

CHOMEL. Angine granuleuse (Gaz. méd., 1846). — HAMILTON. Sur l'angine scrofuleuse (Arch. de méd., 1845). — BURON. Pharyngite glanduleuse. Th. de Paris, 1851. — GREEN. A treatise on Diseases of the air passages, etc. New-York, 1855. — GUÉNEAU DE MUSSY. Traité de l'angine glanduleuse, etc. Paris, 1857. — HARDY et

BÉHIER. Traité de path. int. Paris, 1864. — ISAMBERT. De l'angine scrofuleuse (Soc. méd. des hôp., 1871-1872). — De la tuberculose aiguë pharyngo-laryngée, in Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, 1875. — A. KOCK. De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée. Th. de Paris, 1875. — SAMUEL GEE. On tuberculous angina faucium (Saint-Barthol. Hosp. Reports, 1875). — HOMOLLE. Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne. Th. de Paris, 1875. — A. LAVERAN. De l'angine tuberculeuse (Soc. méd. des hôp., 1876). — J. SOURRIS. De l'angine tuberculeuse. Th. de Paris, 1877. — LOOTEN. Des scrofulides des muqueuses. Th. d'agrégation, 1878. — DAMASCHINO. Loc. cit. — SPILLMANN. Tuberculose du tube digestif. Th. de concours, 1878. — H. BARTH. De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, 1880.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS.

Nous avons déjà signalé, à propos de l'angine phlegmoneuse, la possibilité de collections purulentes dans le tissu cellulaire du cou. L'abcès rétro-pharyngien peut reconnaître aussi pour cause l'impression du froid et la présence d'un corps étranger. Si nous en exceptons les abcès qui sont symptomatiques d'une carie vertébrale et qui dépendent de la chirurgie, les abcès *secondaires* ou *symptomatiques* sont beaucoup moins fréquents; ils se développent dans les maladies graves, la fièvre typhoïde, la septicémie, la scarlatine, la diphthérie, etc., ou à la suite de la suppuration des ganglions prévertébraux chez l'enfant. Les adultes sont plus rarement atteints que les enfants.

L'abcès rétro-pharyngien est le plus souvent situé derrière la portion du pharynx qui correspond à la bouche; parfois cependant il remonte jusqu'à la base du crâne ou descend derrière l'œsophage. Parfois aussi il occupe les parois latérales et vient saillir sur les côtés du cou.

Le début dans les formes primitives est celui d'une angine inflammatoire de phénomènes cérébraux. Dans les formes secondaires, le début est insidieux, masqué qu'il est par la maladie primitive. Les premiers symptômes sont: une *dysphagie* intense qui empêche la déglutition des solides et une *dyspnée* très vive. Celle-ci peut, en effet, en imposer pour le croup à cause des violents accès de suffocation et du sifflement laryngo-trachéal inspiratoire qui l'accompagnent; tandis que dans le croup la voix est rauque, puis éteinte, ici elle est seulement nasonnée et peut même rester claire. Les symptômes généraux sont parfois très intenses et revêtent la forme d'une fièvre ataxo-adyamique. Quand la marche de l'abcès est chronique, les symptômes généraux sont au contraire fort peu accusés.

L'inspection de la gorge permet le plus souvent d'apercevoir la saillie que forme l'abcès au fond du pharynx : le doigt introduit dans la bouche perçoit la fluctuation ou du moins sent une tumeur lisse et tendue, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, très douloureuse à la pression.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès rétro-pharyngiens emportent généralement le malade avant de se frayer une voie au dehors; la mort arrive par asphyxie ou inanition, suffocation, fusées purulentes dans le médiastin et les plèvres, etc. Lorsque les abcès s'ouvrent spontanément ou par l'intervention du praticien, l'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la guérison survient rapidement. L'abcès est cependant susceptible de se reproduire si l'ouverture est insuffisante. L'irruption du pus dans les voies aériennes et l'œdème de la glotte par infiltration des replis ary-épiglottiques entraînent quelquefois très rapidement la mort.

C'est surtout avec le croup que l'on peut confondre l'abcès rétro-pharyngien, dont les caractères distinctifs sont la *dysphagie*, le *timbre de la voix* assez nettement conservé, la *tumescence du cou*, la *projection en avant du cartilage thyroïde*. La difficulté est plus grande si la diphthérie existe en même temps. Lorsque l'abcès est symptomatique d'une lésion des vertèbres, le cou est généralement déformé et la pression sur les apophyses épineuses est douloureuse.

Le pronostic est grave; la statistique de Gautier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ses recherches, la mort survint dans 25 cas non diagnostiqués; dans 66 cas reconnus, la mort survint 8 fois sans qu'on fût intervenu, 3 fois après des incisions tardives ou mal faites, et 4 fois dans des formes gangréneuses; dans les autres cas la guérison eut lieu.

Le traitement médical par la saignée, le calomel, les vomitifs, la glace pilée, les gargarismes, etc., a toujours échoué. L'indication formelle est de *donner issue* au pus. Pour cela on incisera la tumeur soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux spécialement destinés à cet usage.

MONDIÈRE. L'Expérience, 1842. — RILLIET et BARTHEZ. Loc. cit. — GILLETTE. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Th. de Paris, 1868. — GAUTIER. Même sujet. Genève, 1869. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1880.

MALADIES DE L'OESOPHAGE

OESOPHAGITE.

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et les plus importants travaux sur l'*œsophagite*.

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation de l'œsophage est *primitive* ou *secondaire*. *Primitive*, elle reconnaît comme causes : l'ingestion des aliments trop chauds ou trop froids, de substances irritantes ou corrosives (acides, alcalis, tartre stibié, etc.), la présence ou seulement le passage de certains corps étrangers (épingles, arêtes de poisson, fragments d'os); l'influence fâcheuse du cathétérisme, admise par certains auteurs, n'est rien moins que démontrée. De Ranse a cité aussi le fait curieux d'une *piqûre de guêpe* dans l'œsophage.

L'œsophagite *secondaire*, pour être un peu plus fréquente, n'est point commune; elle peut succéder à l'extension d'une inflammation pharyngo-buccale (muguet, diphthérie) ou stomacale (gastrite aiguë). On l'observe aussi dans les maladies éruptives et infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, septicémie, typhus, etc.), dans la syphilis, peut-être aussi dans le rhumatisme et l'alcoolisme. Les points sténosés sont souvent le siège d'inflammations circonscrites. Les maladies du cœur provoquent aussi la forme secondaire, soit par embolie (Parenski), soit par stase veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'œsophagite disparaissent parfois après la mort lorsqu'elles sont peu intenses; d'ailleurs, elles varient avec la cause qui les a provoquées.

Leur siège, pourtant, est toujours à peu près le même : rares à la partie moyenne, c'est vers les parties supérieures et inférieures, au niveau des orifices, enfin, qu'elles prédominent.

Dans nombre de cas, la muqueuse est hyperhémisée, épaissie, friable par suite de l'imbibition et de l'exfoliation de l'épithélium, couverte de mucosités plus ou moins purulentes : c'est la forme *cattarrhale*. Mais la congestion peut atteindre les parois même de l'organe et en amener la suppuration : c'est la forme *phlegmoneuse*. Les substances caustiques produisent l'ulcération et même le sphacèle de la muqueuse; la gangrène peut également survenir spontanément lorsque l'inflammation est considérable ou dans les cas d'embolie (Rokitansky) : cette forme très grave peut être le point