

interne des joues. L'angine scarlatineuse est parfois d'une indolence remarquable¹; elle est souvent accompagnée d'un exsudat pultacé, exsudat formé de plaques blanchâtres, de consistance molle, se détachant facilement et laissant la muqueuse sous-jacente complètement intacte. Ces enduits *pultacés* (de *puls*, *pultis*, bouillie), qu'on retrouve également dans les angines de la fièvre typhoïde, sont formés par l'accumulation de cellules épithéliales dégénérées.

L'énanthème de la *rougeole* est caractérisé par un pointillé rouge et par des taches saillantes qui occupent la voûte palatine et plus tard le plancher du pharynx et les piliers palatins postérieurs (Lasègue). Cet énanthème bucco-pharyngé est précédé ou accompagné des catarrhes oculaire, nasal, et laryngo-bronchique qui annoncent l'invasion de la rougeole.

L'angine *érysipélateuse*, ou érysipèle du pharynx, est consécutive à l'érysipèle de la face, ou débute d'emblée par le pharynx (ulcérations, lésions du pharynx). L'érysipèle pharyngé est annoncé par un frisson autrement violent que celui de l'angine catarrhale; la dysphagie est très vive, et, sur la muqueuse, dont la coloration est vineuse, on découvre parfois des phlyctènes (Cornil²): les ganglions sous-maxillaires sont très engorgés.

L'angine qui accompagne parfois l'*urticaire* (urticaire du pharynx) est facile à reconnaître à cause des autres manifestations de l'urticaire au visage et sur le corps.

La *sypilis* pharyngée ne doit pas être confondue avec les angines non syphilitiques. Je ne parle pas des cas dans lesquels on trouve à la gorge des plaques muqueuses plus ou moins abondantes, en pareille circonstance le diagnostic s'impose, mais je fais allusion à ces angines *érythémateuses* syphilitiques, caractérisées par un érythème diffus ou circonscrit du voile du palais, des piliers, des amygdales, du pharynx, érythème qui a souvent une nuance d'un *rouge*

1. Lasègue. *Traité des angines*, p. 11.

2. *Arch. de méd.*, 1861. — Morienville. *Th. de Paris*, 1879.

vermillon et qui coïncide assez fréquemment avec l'érythème syphilitique du larynx.

Dans l'un des chapitres suivants, j'étudierai en détail la *tuberculose de l'amygdale*. Pour le moment, je me contente de signaler une forme de tuberculose aiguë amygdalienne qui prend les allures et les apparences de l'amygdalite folliculaire, lacunaire: le diagnostic n'est vraiment possible que par l'examen bactériologique.

Il y a une amygdalite *ulcéro-membraneuse* tout à fait comparable à la stomatite ulcéro-membraneuse à laquelle, du reste, elle est assez souvent associée. Cette amygdalite ulcéro-membraneuse à *bacilles fusiformes* et à *spirilles*, bien décrite par Vincent¹, évolue de la façon suivante: Un individu, adulte ou enfant, est pris de douleurs de gorge, la muqueuse est rouge, comme oedématisée; deux ou trois jours plus tard apparaît sur une amygdale (plus rarement sur les deux) une membrane grisâtre qu'on peut enlever par le raclage et qui laisse à nu une surface iodée et saignante. La fausse membrane est d'odeur nauséabonde, elle peut s'étendre à la luette, aux piliers. « Le grand nombre de bacilles fusiformes et de spirilles dans la fausse membrane, la reproduction de la fausse membrane tout le temps que végètent abondamment ces microbes, la détersion de la muqueuse dès que la flore bacillo-spirillaire commence à décroître, sont autant d'arguments propres à faire admettre le rôle de ces microbes dans la genèse de l'amygdalite ulcéro-membraneuse, comme dans la genèse de la stomatite ulcéro-membraneuse² ». La chute de la fausse membrane laisse à nu une *ulcération* profonde, anfractueuse, à bords saillants. L'haleine est fétide, les ganglions sont engorgés, la maladie guérit après une durée de 8 à 20 jours. Cette amygdalite ulcéro-membraneuse ne doit être confondue, ni avec la diphthérie, ni avec le chancre de l'amygdale. La recherche

1. Vincent. Angine diphthéroïde à bacilles fusiformes et spirilles. *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 mars 1898 et 13 janvier 1899.

2. Athanarice. *Angine ulcéro-membraneuse aiguë*. Thèse de Paris, 1900.

des bacilles fusiformes et des spirilles peut seule confirmer le diagnostic.

Les différentes *ulcérations* de l'amygdale¹ seront étudiées au cours des chapitres suivants.

Traitement. — Le *traitement* de l'angine et de l'amygdalite catarrhale est au début un traitement émollient, gargarismes tièdes à la décoction de guimauve qu'on alterne avec le gargarisme suivant :

Eau	1 litre
Acide borique	10 grammes
Essence de menthe	2 gouttes.

Les douleurs de gorge sont bien calmées par le collutoire suivant :

Glycérine	20 grammes
Borate de soude	2 —
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50.

Au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de ce collutoire, on touche, toutes les heures, les parties enflammées.

Les compresses d'eau froide, placées au-devant du cou, et entourées de taffetas gommé, donnent de bons résultats. Les purgatifs salins et les vomitifs seront réservés pour les cas où l'angine est associée à un état gastrique ou bilieux. Dans l'angine phlegmoneuse, le mieux est encore de faire usage des moyens précédemment énumérés. Quant à l'ouverture de l'abcès au moyen du bistouri, il sera bon de ne pas oublier la possibilité des hémorragies parfois terribles qui peuvent survenir au cours du phlegmon péri-amygdalien.

§ 3. ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN. — PHLEGMON PÉRI-PHARYNGIEN

Les abcès rétro-pharyngiens, et je ne m'occupe ici que des abcès aigus, sont fréquents chez les très jeunes enfants :

1. Brindel et Raoul. Des ulcérations de l'amygdale. *Bulletin de la Société d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. Paris, 1900.

l'abcès est quelquefois chez eux le résultat d'une adénite post-pharyngienne (Verneuil). Habituellement, ces abcès ont au début les allures d'une simple angine pharyngée, puis l'intensité de la fièvre et de la douleur révèle la formation purulente. A ce moment, les symptômes locaux sont très variables, suivant que l'abcès occupe la région supérieure ou la région inférieure du pharynx.

Dans le premier cas (*abcès rétro-pharyngien supérieur*), la déglutition est pénible, douloureuse, et la paroi postérieure du pharynx forme une saillie que le doigt peut atteindre, ce qui permet de constater une certaine mollesse et même de la fluctuation.

Dans le second cas (*abcès rétro-pharyngien inférieur et phlegmon péri-pharyngien*), il est difficile d'apercevoir la tumeur, parce que le malade se prête difficilement à cette manœuvre. La compression du larynx par l'abcès détermine des troubles respiratoires qui, souvent, ont fait croire, bien à tort, au croup, au faux croup, à l'œdème de la glotte, à un corps étranger du larynx. Pour éviter l'erreur, il faut tenir compte du début et de l'évolution de la raideur du cou, de l'intensité et de la précocité de la dysphagie. La fièvre est extrêmement élevée, le délire est fréquent et le malade succombe dans le coma, dans le collapsus, dans une syncope (mort subite). « En face du pronostic tout à fait alarmant de l'abcès rétro-pharyngien laissé à lui-même, une obligation s'impose au médecin : intervenir dans tous les cas qui se présenteront à lui. La crainte d'une mort subite, toujours possible, doit rendre cette intervention aussi hâtive que possible, dès que le diagnostic a été établi¹ ».

À l'autopsie on trouve une infiltration purulente généralisée à toutes les parois du pharynx. L'infiltration purulente peut gagner le médiastin, fuser le long de l'œsophage², le long de la colonne vertébrale et disséquer les muscles du cou.

1. Thoyer-Rozat. *Abcès rétro-pharyngiens, terminaison par mort subite*. Thèse de Paris, 1896.

2. Sauvinau. *Soc. anat. de Paris*, 1891.