

la dysphagie mettent vite sur la voie du diagnostic, mais ce guide fait quelquefois défaut, et il faut alors reconstituer l'histoire de l'angine diphthérique, savoir s'il y a eu mal de gorge avec membranes et retentissement ganglionnaire; il faut se rappeler que toutes les manifestations de la diphthérie, même la diphthérie cutanée, peuvent être suivies de paralysie, et ne pas oublier que, dans quelques cas, les troubles paralytiques peuvent précéder les manifestations couenneuses de la diphthérie (*diphthérie fruste*) et même exister, en temps d'épidémie, en dehors de toute manifestation membraneuse apparente.

Le pronostic, bénin, quand la paralysie est limitée, grave et même terrible quand la paralysie atteint les muscles de la respiration et le cœur, est toujours livré à l'incertitude, car on ne sait jamais au début quelle sera la marche de la paralysie.

Le traitement est difficile à formuler. On doit avoir recours à la sonde œsophagienne aussitôt que la déglutition devient difficile. A la médication tonique et reconstituante, quinquina, ferrugineux, on ajoutera les préparations de noix vomique, les frictions aromatiques, l'hydrothérapie, l'électrisation. Le sulfate de strychnine à la dose de 2 à 6 milligrammes par jour (sirop de sulfate de strychnine) donne de bons résultats.

Les injections de sérum antitoxique, faites pendant l'évolution de la diphthérie, rendent beaucoup moins fréquentes les paralysies diphthériques, mais ces injections semblent avoir peu d'action sur les paralysies une fois déclarées. Ceci prouve une fois de plus qu'en face d'une diphthérie il faut pratiquer l'injection de sérum le plus tôt possible, *sans tarder*. Ce sont les injections *précoces* qui mettent à l'abri des complications; les injections tardives n'ont plus le même effet.

### § 9. ANGINE HERPÉTIQUE

Les angines érythémateuse, lacunaire, pultacée, diphthérique, peuvent être accompagnées d'une éruption d'herpès; Lorsque l'angine revêt l'apparence membraneuse, on lui réserve, avec Trousseau, la dénomination d'angine *couenneuse commune*, cette épithète de *commune* enlevant toute idée de diphthérie.

Toutefois l'angine herpétique, ou angine couenneuse commune de Trousseau, ne représente pas, il s'en faut, une entité morbide. L'angine herpétique, telle que l'entendaient nos devanciers, doit, à mon sens, être démembrée. Il y a moins une angine herpétique que des angines avec herpès; ces angines peuvent être associées à tous les agents, microcoques, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles diphthériques, que nous venons d'étudier dans les précédents chapitres. Les vésicules d'herpès, analogues à celles de la peau, ont une évolution un peu différente, car le travail morbide qui sur la peau produit des croûtes, sur une muqueuse peut provoquer des fausses membranes (Gubler<sup>1</sup>).

**Description.** — Bien que l'angine herpétique soit une maladie de tout âge, elle est plus fréquente chez l'enfant à partir de la troisième année. Elle a une période d'incubation silencieuse, qui dure de quelques heures à deux jours, puis elle éclate au milieu de symptômes habituellement tumultueux; le frisson est violent, la fièvre ardente, la céphalalgie intense, parfois aussi intense que dans la méningite (Lasègue). Cet état fébrile est souvent accompagné de troubles dyspeptiques, de nausées, de vomissements; le malade éprouve une sensation d'acreté, de cuisson à la gorge; la douleur est généralement limitée à l'un des côtés du pharynx; les ganglions sous-maxillaires sont peu tuméfiés.

Si l'on examine la gorge au début, on peut surprendre

1. Gubler. *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 1833.

L'éruption herpétique dès sa formation. La muqueuse est rouge et les amygdales sont bosselées et tuméfiées; quelques heures après, le lendemain, le surlendemain, des vésicules se développent sur les amygdales, sur les piliers, sur la luette, sur la voile du palais; discrètes, elles ressemblent à des *sudamina*, elles acquièrent la forme et la dimension d'une tête d'épingle; confluentes, elles se réunissent en groupes plus ou moins étendus et irréguliers.

Ces vésicules deviennent opalescentes, s'excorient, se recouvrent d'une pellicule blanchâtre, membraneuse, mais tout cela se fait si rapidement que l'évolution de l'herpès passe souvent inaperçue, et l'on ne peut souvent constater que la fausse membrane. Dans d'autres cas, au contraire, les vésicules disparaissent sans être suivies de la formation de membranes. Les fausses membranes de l'angine diphthérique peuvent occuper le pharynx, les amygdales, la luette, les piliers. Quand les membranes sont nettement limitées, elles sont habituellement entourées d'une auréole rougeâtre; mais quand elles s'étendent au delà des limites de l'érosion, elles se confondent avec les exsudations voisines, et il en résulte de larges plaques membraneuses. Un autre élément vient aider à l'accroissement des membranes: l'inflammation n'est pas seulement bornée aux vésicules, elle atteint aussi la muqueuse voisine, et « pour n'être pas ulcéreuse, elle n'en donne pas moins également lieu à l'exsudation de produits plastiques semblables à ceux qui ont été fournis par la surface ulcérée (Trousseau) ». Les fausses membranes de l'angine herpétique sont assez adhérentes à la muqueuse sous-jacente; néanmoins, on peut les détacher, et au-dessous on retrouve la muqueuse ulcérée ou complètement cicatrisée. La structure de la fausse membrane herpétique a les plus grandes analogies avec la fausse membrane diphthérique.

Les symptômes fébriles de l'angine herpétique et la dysphagie durent quelques jours, et la guérison se fait brusquement. Les *récidives* ne sont pas rares. L'angine herpétique est quelquefois accompagnée d'une éruption

d'herpès aux narines, aux lèvres, à la bouche, au prépuce, à la vulve, au col utérin; ces éruptions sont un précieux auxiliaire dans un cas de diagnostic difficile; elles affirment la nature de l'angine. Le *larynx* lui-même n'est pas à l'abri d'une poussée d'herpès; il en résulte un *croup herpétique* qui n'a ni le caractère, ni la gravité du croup diphthérique.

A l'un des chapitres précédents, nous avons vu que le diagnostic est surtout établi par l'*examen bactériologique*.

L'angine herpétique peut s'observer épidémiquement, elle récidive volontiers chez la femme au moment des règles; le froid est la principale cause déterminante. Le *pronostic* est bénin. Le *traitement* est fort simple: gargarismes émollients et antiseptiques.

#### § 10. ANGINES GANGRÉNEUSES.

**Étiologie.** — La *gangrène du pharynx* se voit chez l'enfant plus souvent que chez l'adulte. Elle est primitive ou secondaire. La forme *secondaire* est de beaucoup la plus fréquente: elle a pour cause la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, la dysenterie, la variole, la fièvre typhoïde; en un mot, tous les états morbides qui déterminent la déchéance de l'économie et favorisent l'adjonction d'infections secondaires, la mortification des tissus non seulement au pharynx, mais en d'autres régions. Elle reconnaît encore pour cause, quoique beaucoup plus rarement, les phlegmasies gutturales, principalement l'angine phlegmoneuse. L'angine diphthérique revêt parfois, chez l'adulte, les apparences de la gangrène; il faut bien se garder de l'erreur des anciens observateurs qui prenaient ces apparences pour une réalité; néanmoins, il ne faut pas tomber dans un excès contraire, car la diphthérie crée parfois le sphacèle de la gorge, le sphacèle de la vulve et du vagin. En pareil cas il s'agit de diphthérie à forme grave avec associations microbiennes (bacille et streptocoque).