

fatatement à la mort. Cette forme de la diphthérite s'accompagne d'un cortège réactionnel peu accentué.

COMPLICATIONS. — Les complications sont la *propagation aux fosses nasales*, indiquée par un écoulement nasal sanieux; la *diphthérite buccale*, forme très rare; la *propagation à l'arbre trachéo-bronchique* caractérisée par l'expectoration de membranes en tube, la dyspnée et l'affaiblissement du murmure respiratoire; la *diphthérite cutanée*.

En 1857, Wade, après Copland, a signalé la fréquence de l'*albuminurie*; cette albuminurie, étudiée aussi avec beaucoup de soin en France par Millard, Sée, Empis, disparaît en général au bout de sept à huit jours, sans donner lieu à l'anasarque et sans laisser de suites. Les Anglais en font la caractéristique de la diphthérite infectieuse.

G. Sée (1858) a signalé une *éruption scarlatiniforme* qui se produit assez souvent après la trachéotomie. On a montré depuis que la diphthérite, à l'instar des intoxications septicémiques, pouvait s'accompagner de toute la série des exanthèmes : morbillieux, érysipélateux, scarlatiniforme, etc.; dans les cas graves, les érythèmes sont fréquents au niveau des masses ganglionnaires engorgées. La nature des différentes épidémies n'est pas sans influence sur l'apparition de ces exanthèmes.

La *pneumonie*, la *thrombose cardiaque*, l'*endocardite* peuvent être observées. Mais c'est surtout aux *paralysies locales* ou *généralisées* que les malades sont exposés dans la convalescence de l'angine pseudo-membraneuse. A Maingault revient l'honneur de les avoir un des premiers parfaitement décrites. D'après H. Roger, ces paralysies atteignent un *quart* et même un *tiers* des malades. Elles surviennent dans les trois premières semaines de la convalescence, plus rarement lorsque l'angine existe encore (Gubler). En général on peut en soupçonner l'invasion à l'existence de quelques phénomènes prodromiques : la convalescence est moins franche, il y a un léger retour de la fièvre, l'albumine a persisté. Le début de la paralysie du voile du palais est marqué par du nasonnement, du ronflement pendant le sommeil, de la toux au moment de la déglutition, le retour des liquides par le nez, des nausées provoquées par le contact de la luette avec la base de la langue. Le malade ne peut gonfler ses joues (Maingault), la salive s'écoule constamment de sa bouche, il y a un peu de gêne pour s'exprimer; et les muscles de la mâchoire se contractant avec une certaine incertitude, il en résulte un faciès spécial qui n'est pas sans analogie avec celui de la paralysie

labio-glosso-laryngée. La déglutition des aliments froids et des solides est plus facile que celle des aliments chauds et des liquides; leur introduction dans les voies respiratoires peut amener brusquement la mort (Millard). Le voile du palais est peu mobile et anesthésié.

L'*organe visuel* est souvent frappé : on observe de l'amaurose, des troubles de l'accommodation par paralysie du muscle de Brucke, parfois du strabisme ou une chute de la paupière supérieure. La *surdité* a été observée; le *goût* n'est jamais totalement aboli.

Nous avons constaté, dans un cas, la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Burow a cité des faits analogues.

Lorsque la paralysie se généralise, la propagation se fait dans l'ordre suivant : muscles de la nuque, des membres inférieurs, des membres supérieurs, du tronc. En général, la paralysie est précédée de fourmillements et d'une anesthésie qui ne dépasserait pas le coude et le genou (G. Sée). A côté de cette diffusion marquée des symptômes, la *paralysie généralisée* présente cet autre caractère important d'offrir une certaine mobilité des accidents (Trousseau) : c'est ainsi que les phénomènes parétiques se substituent les uns aux autres et parfois dans un espace de temps relativement restreint. On a noté un certain degré d'incoordination des membres et de la diminution des réflexes.

Dans bon nombre de cas, on a constaté la diminution des pulsations cardiaques (Maingault) dès le début. La *parésie cardiaque* est telle parfois que le pouls tombe à trente, à vingt et même à seize pulsations (H. Weber). La mort survient alors par syncope ou par embolie pulmonaire. D'autres fois elle résulte d'une action directe de la diphthérite sur les régions centrales (mort subite par paralysie bulbaire, faits de Landouzy et de J. Teissier).

Le *rectum* et la *vessie*, souvent intacts, peuvent aussi être frappés de paralysie (H. Roger), ce qui entraîne l'incontinence de l'urine et des matières fécales. On a noté quelquefois l'*anaphrodisie*. Duchenne a signalé la paralysie du diaphragme (1).

(1) Dans ces derniers temps, Landouzy et Déjerine ont décrit un troisième type de paralysie diphthéritique qui frapperait successivement et d'emblée les membres inférieurs, puis les supérieurs, ainsi que les muscles du tronc, aurait une tendance marquée aux accidents bulbares (syncope, ralentissement du pouls) et entraînerait la mort sans aucun trouble de sensibilité. Cette évolution le rapprocherait beaucoup du syndrome morbide de Landry (voy. Landouzy, *Des paralysies dans les maladies aiguës*, th. agr., 1880).

La mort survient après une durée de deux à huit mois dans 12 cas pour 100 environ (Lorain et Lépine). Lorsque la guérison a lieu, ce sont les muscles paralysés les premiers qui recouvrent leurs fonctions les derniers ; longue à obtenir pour les paralysies généralisées, elle est souvent rapide lorsqu'il s'agit d'une parésie localisée au voile du palais où on l'a vue quelquefois ne persister que quarante-huit heures.

Trousseau expliquait ces paralysies par l'action toxique sur le système musculaire du poison diphthérique. Cette théorie n'est plus soutenable, aujourd'hui que nous savons que ces paralysies peuvent succéder aux angines communes. « La lésion pharyngée agit par action centripète sur les vaso-moteurs des centres nerveux, de manière à modifier momentanément la nutrition de ceux-ci, au point d'en amoindrir la puissance fonctionnelle » (Jaccoud). Gubler regardait ces paralysies comme de simples troubles amyosthéniques, n'ayant rien de spécial à la diphthérie.

Grâce aux conquêtes récentes de l'anatomie pathologique, il est permis maintenant de sortir du domaine de l'hypothèse. Sans revenir sur la première théorie de l'altération locale des muscles et nerfs sous-jacents aux pseudo-membranes, soutenue par Charcot, Vulpian, Lorain et Lépine, et qui tombe devant les faits de paralysie diphthérique généralisée, il semble bien acquis maintenant que la paralysie diphthérique peut résulter au moins d'un double mécanisme : tantôt, ainsi que le démontrent les observations de Pierret et de Saint-Clair, elle est le fait d'une méningite spécifique dont les déterminations correspondent exactement aux groupes musculaires parésés ; tantôt elle est la conséquence d'une névrite ascendante qui, soupçonnée par Bulh, a trouvé sa confirmation directe dans les faits de Leyden, de Déjérine et de Barth. En pareil cas la paralysie diphthérique serait l'analogue des paralysies consécutives aux maladies vésicales ; cette opinion vient du reste d'être soutenue avec talent par Huchard dans sa réédition des œuvres d'Axenfeld. Quant aux faits de plus en plus restreints, caractérisés par une téphro-myélite sans lésion nerveuse périphérique, on peut jusqu'à plus ample informé les expliquer par une action directe sur l'axe rachidien de l'élément infectieux spécial à l'empoisonnement diphthérique.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC. — La présence des fausses membranes et l'engorgement ganglionnaire rendent ordinairement le diagnostic facile ; cependant, au début, il est parfois difficile de distinguer l'angine pseudo-membraneuse de l'angine herpétique ou

pultacée (voy. plus loin, p. 502) ; l'absence de fièvre, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, le début insidieux des accidents, l'apparition de l'albuminurie enfin, sont de bons signes de la diphthérie.

Le pronostic de l'angine diphthérique est toujours grave, surtout chez les enfants ou chez les sujets débilités, mais il varie notablement suivant les épidémies, les années, et surtout suivant les différentes contrées de l'Europe. Tandis qu'à Genève, par exemple, la mortalité relative de la diphthérie est habituellement assez basse, en France et à Paris principalement son taux mortuaire se trouve plus élevé : il oscille aux environs de 70 pour 100. A Lyon depuis cinq ans la mortalité par diphthérie s'est élevée de 55 à 72 pour 100. On peut donc dire d'une façon générale que la diphthérie, en augmentant de fréquence, augmente de gravité.

En ce qui concerne les différents cas pris isolément, on a constaté que la diphthérie de l'adulte est généralement plus redoutable (Ménocal, Ribes), que les formes accompagnées d'épistaxis sont plus graves, et que les diphthéries secondaires sont particulièrement redoutables. La présence de l'albuminurie, considérée par de nombreux auteurs comme entraînant un pronostic plus sévère, n'aurait pas autant d'importance (Sanné).

TRAITEMENT. — Le traitement est *général* et *local*. Le traitement général doit être *tonique* et *stimulant*. On prescrira l'extrait de quinquina, le café noir et le perchlorure de fer à la dose de quelques gouttes (Aubrun). On s'attachera à soutenir autant que possible les forces du malade par une alimentation réparatrice.

Le traitement local doit consister en cautérisations énergiques avec l'acide chlorhydrique, l'acide phénique, le nitrate d'argent, moyens qui rendent souvent les plus grands services. Pour prévenir l'extension des fausses membranes, on emploiera les insufflations d'alun, de tanin, de fleur de soufre, les pulvérisations d'eau de chaux (Küchenmeister) et d'eau phéniquée, l'acide lactique (Sawyer), la mixture de Lolli, le perchlorure de fer, etc., enfin la glace pilée et sucrée (West), les badigeonnages à l'huile de pétrole lourde (Lamarre) ou bien encore avec une solution à 5 pour 100 de quinoline recommandée par Otto Siefer. Les inhalations d'acide fluorhydrique, préconisées par Henri Bergeron, auraient enfin en quelques cas donné des résultats satisfaisants. Il importe aussi et par-dessus tout, de soutenir énergiquement les forces des malades par une alimentation réparatrice et par des boissons généreuses (thé, café, alcool, vin de Porto) ; la suralimentation au moyen du gavage avec le tube de Fauché remplit

parfois heureusement cette indication importante. L'administration du sulfate de quinine à haute dose (de 1 à 5 grammes) peut être recommandée; ce moyen, qui agit comme un antiseptique puissant, a donné entre les mains de Tedoldi des succès sérieux.

Les paralysies consécutives seront traitées par les bains sulfureux et l'électricité. On isolera strictement le malade, et les personnes en contact avec lui devront s'astreindre à la plus minutieuse hygiène : car il faut être bien prévenu que les formes les plus bénignes de l'angine pseudo-membraneuse peuvent déterminer chez d'autres sujets les variétés les plus graves.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement par les injections sous-cutanées de pilocarpine ni sur celui de Delthil par les fumigations de goudron et de térébenthine. Ces différentes médications ont été plus particulièrement indiquées à l'article *Croup*.

Consultez les traités des maladies des enfants et MAINGAULT : Sur la paral. du voile du palais à la suite d'angines, th. de Paris, 1854; — Sur les paralysies diphthériques, 1860. — BOUILLON-LAGRANGE. Gaz. hebd., 1856. — MILLARD, th. de Paris, 1858. — E. BARTHEZ. Soc. méd. des hôp., 1858. — G. SÉE. Éruptions croupales et diphthériques (Un. méd., 1858). — AUBRUN. Perchlorure de fer dans la diphthérie, 1860. — H. WEBER (in London). Virchow's Archiv., Bd 25, 1861, et 28, 1863. — GUBLER. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës (Soc. méd. des hôp., 1864). — H. ROGER. Rech. clin. sur la paralysie consécutive à la diphthérie (Arch. gén. de méd., 1864). — LABOULBÈNE. Rech. clin. et anat. sur les affections pseudo-membraneuses. Paris, 1864. — KÜCHENMEISTER. Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk., 1863 et 1873. — ROGER et PETER. Art. *Angine diphthérique*, in Dict. encyc. des sc. méd., 1866. — WAGNER. Arch. der Heilkunde, 1866. — BUHL. Zeitsch. für Biologie, 1867. — TOMMASI et HUETER. Ueber Diphtheritis (Centralbl. für med. Wissensch., 1868). — OERTEL. Bayer. ärztl. Intell. Blatt, 1868, et Experimentelle Untersuchungen über Diphtherie (Deutsches Arch. für klin. Med., 1874). — LORAIN et LÉPINE. Dict. de méd. — TROUSSEAU. Clin. méd., 2^e édit., 1872. — BEVERLEY-ROBINSON, th., Paris, 1872. — SENATOR. Virchow's Archiv., Bd 50, 1873. — RINDFLEISCH. Traité d'hist. path., 1887. — LABADIE-LAGRAVE. Des complic. cardiaques du croup et de la diphthérie. Paris, 1873. — LOLLÉ. Metodo facile e felice di curare l'angina disteritica (Gaz. med. ital., 1873). — REVILLIOD. Soc. méd. de Genève, 1875. — WEST. Leçons sur les maladies des enfants (trad. Archambault). Paris, 1875. — SAINT-CLAIR. Contribution à l'étude de la pathogénie des paralysies diphthériques, th. de Lyon, 1877. — DÉJÉRINE. Soc. biol., 1877, et Arch. de physiol., 1878. — ZAHN. Histologie path. de la diphthérie. Leipzig, Vogel, 1878. — W. OGLE. Epidémies locales dans les districts ruraux (Saint-Georges Hosp. Rep., 1877-1878). — MORELL, MACKENZIE. Diphtheria : its nature and treatment. London, 1879. — H. LELOIR. Structure des productions pseudo-membr. (Arch. phys., 1880). — BRAULT. Lésion du rein dans l'album. diphth. (Journal de l'anatomie, 1880). — TALAMON. Microbe de la diphthérie, in Progrès médical, 1881. — R. THOMAS. Étude anat. pathol. de la diphthérie du pharynx et des voies respirat., th., Paris, 1881. — GAUCHER. Néphrite infectieuse diphthérique (Gaz. méd. Paris, 1881). — L. ARÈNE. Adéno-phlegmon. de la diphthérie et de la scarlatine, th., Paris, 1881. — J. SIMON. Trait. méd. de la diphthérie (Gaz. méd. hôp., 1881). — DU CASTEL. Rapport sur les maladies régn., Paris, 1882. — A. LAVERAN. De la diphthérie dans l'armée (Arch. de méd. milit., t. IV, p. 221, 1884). — LEFFLER. Mittheilungen des k. Gesund., t. II

Berlin, 1884. — EMMERICH de Munich. Congrès d'hyg. de la Haye, 1884. — FRANKOTTE. La diphthérie. Bruxelles, 1884. — FÉREOL. Les médicaments de la diphthérie. Rapport sur le Prix Saint-Paul (Acad. méd., 1884). — FERRAND. Rôle pathogénique des fumiers (Lyon méd., 1885). — JANSSENS. Statistique sanitaire. Bruxelles, 1886. — GRANCHER. Sem. méd., 1886. — CORNIL et BABÈS. Les bactéries. Paris, 1886. — J. TEISSIER. Statistique générale des grandes maladies infectieuses de la ville de Lyon, 1887. — LONGUET. La diphthérie dans l'armée (Congrès intern. d'hyg. Vienne, 1887). — J. TEISSIER. Causes et voies de propagation de la diphthérie (Rapport au Congrès international. de Vienne, 1887).

ANGINE HERPÉTIQUE. — *L'angine herpétique (herpès guttural)* est caractérisée par l'éruption de vésicules d'herpès sur le pharynx. C'est à Trousseau et surtout à Gubler que l'on doit d'avoir différencié cette affection.

L'angine herpétique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Bertholle); chez la femme elle affecte souvent avec l'apparition cataméniale une très étroite affinité. Elle peut survenir secondairement dans le cours de maladies aiguës (Féron); mais sa cause la plus commune est l'impression du froid; Gubler regarde cet herpès comme la crise d'une maladie *a frigore*.

L'angine herpétique peut sévir d'une façon en quelque sorte épidémique (Trousseau, Damaschino). A Berlin les épidémies de cette nature sont loin d'être rares et les exemples de transmission directe y ont été fréquemment observés. Elle se développe parfois chez les personnes ayant donné des soins à des diphthériques. A ce titre elle doit être considérée comme une véritable maladie infectieuse.

Une *période d'incubation* variant d'un à trois jours (Lasègue), 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. Parfois il y a en même temps du gonflement de la rate.

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 (angines *avec couenne, couenneuse commune*). L'exsudat, qui constitue ces plaques pseudo-membraneuses, ne contiendrait jamais de fibrine (Fränkel).

Les amygdales sont presque toujours gonflées, d'aspect mûriforme ; 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 ; toutefois on n'aurait jamais de paralysie à redouter.

L'angine herpétique ne peut guère être confondue qu'avec l'angine diphthéritique, encore l'erreur est-elle facile à éviter s'il persiste des vésicules. Les fausses membranes de l'herpès sont plus petites, disposées en général par points séparés ; elles sont moins adhérentes que les fausses membranes diphthéritiques, et quand on les détache il est rare de 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 Mackensie).

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,

(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.

rare 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 phlegmoneuse.

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. Franck, 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 (Lasègue).

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). — FÉRON. De l'angine herpétique, th. de Paris, 1858 (Bull. de thérap., 1858). — RAPHAELIAN. Sur la nature des angines pharyngées, th. de Paris, 1862. — MORAX. Affect. couenneuses du larynx, th., Paris, 1864, n° 437. — BERTHOLLE. De l'herpès guttural, etc. (Un. méd., 1866). — LAGOANÈRE. De l'angine rhumatismale, th. de Paris, 1876. — DAMASCHINO. Loc. cit. — TROUSSEAU. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 6^e édit., 1882, t. I. — FRANKEL. Rapports de l'angine folliculaire avec la diphthérie (Soc. méd. Liège, 1886).

ANGINE ÉRYSIPÉLATEUSE. — 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. Franck, Richter, Copland, Rayet, 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, Lasègue; 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 diphthériques.

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, Lasègue 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 *diphthérique* 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 hémorragies 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 gangreneuse 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. article *Rougeole*), 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 *aphtheuse*. 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*