

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 Luska, 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 demi-asphyxié dans son service, et qui offrait une plaque gangreneuse sur le pharynx. Le cou, la face, la langue, étaient énormément tuméfiés. L'emphysème sous-cutané est pathognomonique (Gubler). Virchow a rencontré dernièrement un nouveau cas de pharyngite charbonneuse.

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. Épidémies 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. Leç. de clinique méd., notes de Jacoud, 1862. — CIURE. De l'érysipèle du pharynx, th. de Paris, 1864. — CRÉVEVERGNE. De la fièvre typhoïde, c.

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. — DAMASCHINO et BAUMEL. Loc. cit. — CARRIEU. Angine de la fièvre typhoïde (Gaz. hebd. de Montpellier, 1883).

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 Gueneau de Mussy, complétèrent l'histoire de cette affection.

Les recherches de Gueneau de Mussy ont bien montré l'influence de la diathèse herpétique sur le développement de l'angine glanduleuse (1) ; 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

1) On peut même observer une véritable angine herpétique chronique : celle-ci peut être chronique d'emblée ou succéder à une série d'angines herpétiques subaiguës à répétition (Solis-Cohen). — En pareil cas, l'herpès de la gorge ne s'accompagne d'aucuns phénomènes généraux.

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 Gueneau 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, aux larynx et aux fosses nasales est fréquente. La luette est allongée, les amygdales souvent intactes sont d'autres fois légèrement tuméfiées (1).

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 (Gueneau de Mussy) si l'affection s'est propagée au larynx : plus rarement ils renferment quelques stries sanguinolentes.

L'extension au larynx amène de la rauçité 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 peut devenir un empêchement insurmontable pour certaines professions où l'on a besoin de faire un usage constant 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

(1) Concurrément à ces manifestations, on peut observer un état inflammatoire prononcé de la bourse de Luschka. Celui-ci se traduit par une fièvre assez intense, des douleurs de tête, de la sécheresse de la gorge, de l'enrouement et des envies constantes de tousser. Cet état, qui a de la tendance à devenir chronique, céderait à la cautérisation de la bourse enflammée (P. Tissier).

tanin, 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*.

GUENEAU DE MUSSY. Traité de l'angine glanduleuse, etc. Paris, 1857. — ISAMBERT. De l'angine scrofuleuse (Soc. méd. des hôp., 1871-1872). — A. KOCK. De l'angine scrofuleuse et de la granule 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. — P. TISSIER. Sur une forme partic. de pharyngite (An. Gouguenheim, 1886). — SOLIS-COHEN. Med. Record, 1886.

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 accompagnée 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-adynamique. 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.

L. et T. — Pathol. méd.

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 *tuméfaction 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 Gauthier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ses recherches, la mort survint dans 35 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 gangreneuses; 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.

GILLETTE. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, th. de Paris, 1868. — GAUTHIER. Même sujet. Genève, 1869. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1884.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

ŒSOPHAGITE

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et 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 ou 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 hyperémisée, 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 *catarrhale*. Mais la congestion peut atteindre les parois mêmes 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 de départ d'une perforation de l'œsophage, ou bien elle amène un rétrécissement après la chute de l'eschare.

On a noté quelques faits rares de diphthérie primitive de la muqueuse œsophagienne (Wagner). On sait enfin, depuis les belles recherches de Parrot, que le muguet, chez les enfants, se développe fréquemment le long de l'œsophage.

Les manifestations œsophagiennes des *exanthèmes fébriles* sont toujours peu accusées. L'angine secondaire de la *scarlatine* peut se propager à l'œsophage en gardant son caractère pseudo-mem-