

déglutition sont plus marqués au début de l'affection que plus tard ; les malades, avec un peu d'attention, arrivent assez vite à éviter la pénétration des aliments et des boissons dans la partie supérieure du pharynx.

Lorsque la paralysie du voile palatin est unilatérale, ce qui est plus rare, les troubles fonctionnels sont moins marqués, mais souvent les malades se plaignent davantage des troubles auditifs, qui, n'atteignant qu'une oreille, éveillent davantage leur attention. Quant aux signes objectifs, ils sont en pareil cas tout à fait caractéristiques : la luette paraît rapprochée du côté sain ; l'arc palatin, du côté paralysé, paraît abaissé et plus large que celui de l'autre côté, qui semble au contraire plus élevé et plus étroit. Pendant la phonation, le voile est très nettement attiré vers le côté sain.

**Étiologie.** — Les paralysies des constricteurs sont le plus souvent d'origine centrale. Elles peuvent reconnaître pour causes diverses lésions et affections cérébrales, mais on les observe surtout dans les paralysies bulbaires. L'intoxication saturnine, la diphtérie, peuvent aussi les déterminer. Cette dernière maladie est aussi la cause la plus fréquente de la paralysie du voile du palais ; mais ce n'est pas la seule à beaucoup près. Indépendamment des maladies bulbaires, la paralysie du voile peut parfois dépendre de l'ataxie locomotrice progressive. En 1886, j'ai observé, avec M. Keller, une dame âgée de cinquante-cinq ans, ataxique depuis longtemps, qui était atteinte d'une paralysie complète du voile du palais évidemment tabétique. Cette paralysie s'était déjà montrée deux ans auparavant ; puis elle avait disparu au bout de quelques mois pour faire place à une paralysie de la troisième paire droite. Cette dernière avait guéri aussi, et la paralysie palatine s'était montrée de nouveau. Tout récemment, M. Schnell a signalé d'autres faits de paralysie du voile d'origine tabétique.

Parmi les causes possibles de paralysie unilatérale du voile palatin, il importe de signaler certaines paralysies faciales, surtout celles qui sont dues à une lésion du nerf siégeant au-dessus du ganglion géniculé.

Enfin, les paralysies incomplètes du voile palatin en entier se rencontrent souvent pendant ou après les différentes variétés d'angines aiguës, et dans le cours des angines chroniques (Lasègue), où elles coïncident alors d'ordinaire avec une hypertrophie plus ou moins marquée de la luette.

**Diagnostic, pronostic et traitement.** — Le diagnostic de la paralysie des muscles constricteurs du pharynx sera fait surtout à l'aide du cathétérisme, qui permettra de la différencier aisément de la dysphagie spasmodique. Celui de la paralysie du voile n'offre généralement aucune difficulté, et l'examen objectif permet de l'établir avec certitude. Il importe cependant de ne pas confondre une paralysie incomplète du voile avec l'immobilité relative de celui-ci, qu'on observe dans certains cas de tumeurs du naso-pharynx. Il faut aussi se rappeler que la brièveté congénitale du voile palatin peut en imposer pour une paralysie.

Lorsqu'on croit avoir affaire à une paralysie palatine limitée, on ne doit pas oublier que chez certains sujets le voile du palais peut être asymétrique et offrir le même aspect que dans la paralysie unilatérale. Mais dans ce dernier cas le voile est attiré du côté sain pendant la phonation, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il s'agit d'un vice de conformation.

Indépendamment du diagnostic de l'affection, il faudra faire celui de la cause. Cette notion permettra seule d'établir le pronostic, très variable suivant les cas,

et d'instituer le traitement. Dans certains cas de paralysie complète des constricteurs, on devra recourir à l'alimentation artificielle, si le malade ne peut rien avaler seul, même les aliments liquides ou semi-liquides. Dans la paralysie diphtérique, on usera avec avantage de l'électricité, et de la strychnine à l'intérieur ; le séjour à la campagne ou au bord de la mer sera souvent utile. Les parésies consécutives aux angines aiguës guérissent seules en quelques jours, lorsque la diphtérie n'est pas en cause. Celles qui sont associées aux angines chroniques disparaissent peu à peu dans la plupart des cas, lorsque l'affection causale est convenablement traitée. Si la luette est hypertrophiée, on devra en enlever une partie, à l'aide du couteau galvanique et non avec les ciseaux, afin d'éviter sûrement les hémorragies consécutives.

## CHAPITRE II

### TROUBLES CIRCULATOIRES

#### I

#### ANÉMIE — HYPERÉMIE

L'anémie du pharynx, comme celle de la cavité buccale, est toujours symptomatique d'une anémie générale. On la voit chez tous les cachectiques. Elle est surtout marquée chez les phtisiques. Dans les anémies dues aux maladies générales rapidement cachectisantes, elle coïncide souvent avec la persistance à la surface de la muqueuse gutturale d'arborisations vasculaires qui tranchent sur le fond pâle de la membrane.

La constatation de l'anémie du pharynx, lorsqu'on examine la gorge tout d'abord, doit donc éveiller l'attention du médecin sur l'état général du sujet, et notamment sur la possibilité de la phtisie au début. Elle a, comme on voit, une certaine importance diagnostique et pronostique, bien qu'elle ne comporte pas de traitement spécial.

L'hyperémie de la muqueuse de la gorge est une condition extrêmement fréquente. Elle accompagne constamment un certain nombre de formes de pharyngite chronique. Je n'insisterai pas ici sur la congestion passive, qu'on a cependant assez souvent l'occasion d'observer chez des cardiaques, et je m'arrêterai davantage aux congestions actives du pharynx survenant par poussées, à cause de leur importance.

Ces poussées congestives, qu'on peut considérer le plus souvent comme des réflexes vaso-moteurs à point de départ viscéral, sont fréquentes chez les femmes nerveuses, surtout lorsqu'elles sont atteintes de troubles des fonctions génitales ou d'affections utéro-ovariennes. Certaines femmes en présentent à l'approche de chaque période menstruelle, et dans certains cas cette congestion est suivie d'une angine qui se répète de mois en mois (Jaccoud, A. Genet, Bertholle). On les observe encore très fréquemment chez les dyspeptiques,

surtout ceux qui souffrent d'atonie ou de dilatation stomacale (Ruault), chez les constipés, et en général, chez les personnes atteintes de troubles gastro-intestinaux. Elles sont assez fréquentes chez les arthritiques en général, et les gouteux en particulier.

La congestion passagère est souvent accompagnée de troubles sécrétoires consistant en une exagération de la sécrétion du mucus. La durée de ces poussées est variable : chez les dyspeptiques, elle peut se montrer presque constamment après les repas ou même à table, et durer pendant toute la période digestive ; chez certaines femmes, elle dure pendant les deux ou trois jours qui précèdent la période menstruelle. Elles sont une des causes les plus nettes de certaines formes de pharyngite chronique, et même de rhinite chronique, car souvent elles s'étendent au pharynx nasal et à la muqueuse nasale elle-même, surtout chez les malades atteints de troubles digestifs.

## II

## CŒDÈMES

En dehors des œdèmes dus à des obstacles à la circulation veineuse, et de ceux qui sont associés aux inflammations, surtout aux inflammations phlegmoneuses, on rencontre encore l'œdème du pharynx dans certaines maladies où la « crase sanguine », comme on disait autrefois, est profondément troublée : chez les brightiques, par exemple, il accompagne parfois l'anasarque. Dans ce cas, l'œdème peut envahir le larynx. L'œdème pharyngo-laryngé des brightiques peut même quelquefois apparaître avant que d'autres symptômes aient éveillé l'attention du malade ou du médecin (Fauvel). Cet œdème, au pharynx, siège surtout à la luette ; parfois les arcs palatins, et le plus souvent un surtout d'entre eux, sont aussi infiltrés. Le repos et une médication convenable (diète lactée) peuvent le faire disparaître.

On peut encore observer au pharynx l'urticaire œdémateuse (Bazin, Hardy). J'ai dit déjà, à propos des œdèmes de la langue et des lèvres, que l'affection décrite par Quincke sous le nom d'œdème angioneurotique intermittent répondait exactement à l'urticaire œdémateuse ; j'ajouterai ici que j'ai observé récemment, avec M. Féréol, une dame d'une soixantaine d'années, qui avait été prise tout à coup, à sa rentrée des bains de mer, d'un œdème très marqué de la partie inférieure de la face et du cou, puis du pharynx et du larynx, sans rougeur des parties, et en même temps de plaques d'urticaire érythémateuse sur diverses parties de la peau. Cette coïncidence, et ce fait que l'affection avait paru après que la malade avait usé largement, les jours précédents, d'une nourriture composée surtout de poissons, de crustacés et de coquillages, ne laissait guère de doutes sur la nature de la maladie. Après quelques accidents dyspnéiques qui avaient fait craindre un moment la nécessité de la trachéotomie, les accidents disparurent. La dyspnée ayant reparu deux jours plus tard, j'examinai le larynx et le trouvai indemne, mais il y avait une tuméfaction marquée de la base de la langue s'étendant à gauche jusqu'à la moitié du pilier antérieur, et ces parties étaient très rouges. Comme la première fois, ces lésions disparurent rapidement. Dans ce cas, à part les plaques cutanées d'abord, puis muqueuses, d'urticaire érythémateuse, qui existaient indépendamment de

l'œdème, les symptômes répondaient exactement à la description de Quincke (picotements au niveau des régions œdémateuses, légers troubles digestifs, urines rares, etc.).

La dénomination d'œdème angioneurotique me paraîtrait devoir être réservée pour désigner des localisations œdémateuses uniques paraissant indépendantes de l'urticaire, telles que M. G. Ballet<sup>(1)</sup>, M. Galliard, et d'autres auteurs, en ont signalé des cas sous le nom d'œdème aigu suffocant de la luette. Ces faits peuvent être comparés à ceux que j'ai cités moi-même, à propos des œdèmes buccaux, et où l'œdème s'était localisé à la langue ou à une lèvre. Dans ces cas, la soudaineté des accidents, et leur disparition aussi rapide, en 24 heures par exemple et souvent moins, permettent aussi bien de soutenir cette opinion que de rejeter sans hésitation l'hypothèse d'une inflammation phlegmoneuse se terminant par résolution. En pareil cas, le froid n'a été qu'une cause déterminante. Quoi qu'il en soit, ces observations prouvent que chez certains individus, surtout des nerveux, des surmenés neurasthéniques, il peut se produire, soit sous l'influence d'un refroidissement, soit même sans cause appréciable, des poussées œdémateuses de la luette et du voile du palais, souvent accompagnées de sensations douloureuses des parties, indépendantes de tout mouvement fébrile, mais capables d'amener des troubles respiratoires inquiétants, surtout si l'œdème se propage au larynx.

Bien que ces accidents disparaissent rapidement et sans laisser de traces, ils peuvent cependant dans certains cas présenter une certaine gravité, à cause des dangers de suffocation. Des scarifications de la luette et du voile œdémateux, et l'application de sangsues ou d'un révulsif au-devant du cou, auront d'ailleurs raison des accidents dans presque tous les cas.

## III

## HÉMORRAGIES

En dehors des traumatismes accidentels ou opératoires, des tumeurs ulcérées, ou de l'hémophilie, du scorbut, du purpura et des formes dites « hémorragiques » de quelques autres maladies générales infectieuses, les hémorragies du pharynx buccal sont très rares.

Elles peuvent cependant se produire à la suite d'une poussée congestive du pharynx, ou encore à la suite d'efforts de vomissements et de toux, chez des personnes atteintes de varicosités, ou de véritables varices du pharynx (Cartaz)<sup>(2)</sup>, et surtout de la base de la langue. J'ai observé récemment un cas de ce genre, ne laissant aucun doute sur sa nature, car j'ai pu enlever un petit caillot sanguin dans la région de l'amygdale linguale et reproduire ainsi une légère hémorragie. La connaissance de ces faits n'est pas sans valeur au point de vue du diagnostic de l'hémoptysie, et surtout de l'hématémèse ; car les hémorragies pharyngées peuvent, exceptionnellement, être assez abondantes pour inquiéter le malade et son entourage. Chez les personnes atteintes d'affections du foie, par exemple, il peut être important, en cas d'hématémèse survenant dans des conditions telles que son origine gastrique soit improbable, de s'assurer que

<sup>(1)</sup> G. BALLET, *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 1883.

<sup>(2)</sup> A. CARTAZ, *British med., ass.*, 1888.

l'écoulement sanguin n'a pas eu un point de départ pharyngé avant de conclure à la présence de varices œsophagiennes : on conçoit la valeur que pourrait en pareil cas présenter, au point de vue du pronostic, le résultat de l'examen.

Les hémorragies du pharynx nasal se produisant au niveau de l'amygdale pharyngée rétro-nasale, sont beaucoup plus fréquentes. Chez les enfants atteints de tumeurs adénoïdes de cette région, on observe souvent de petites hémorragies de la surface de ces tumeurs. L'écoulement sanguin est d'ordinaire insignifiant. Il se montre surtout la nuit : on trouve, le matin, l'oreiller du petit malade souillé de salive sanguinolente. Dans ces cas on ne peut, quelque précaution qu'on prenne, pratiquer le toucher digital du cavum naso-pharyngien sans déterminer une légère hémorragie. De plus, des hémorragies souvent assez abondantes peuvent se produire chaque fois qu'une poussée inflammatoire ou seulement congestive vient frapper le pharynx nasal de l'enfant. Le professeur J. Renaut<sup>(1)</sup> a émis l'opinion que le point de départ des épistaxis de la fièvre typhoïde était aussi l'amygdale pharyngée. Il est possible qu'il en soit ainsi dans quelques cas, mais dans beaucoup d'autres l'observation directe fait reconnaître que le sang vient de la partie antéro-inférieure du cartilage quadrangulaire de la cloison du nez.

Le traitement des hémorragies du pharynx varie un peu suivant la région où se produit l'écoulement sanguin. Lorsque le sang vient du pharynx buccal et que le point de départ de l'hémorragie peut être exactement déterminé, comme dans le cas de M. Cartaz et aussi dans le cas personnel que j'ai cité plus haut, on pourra être amené à recourir à une cautérisation ignée du point lésé pour éviter autant que possible un retour de l'hémorragie. Pendant que le malade saigne, les gargarismes astringents et coagulants, ou renfermant des substances à action locale vaso-constrictive, devront être conseillés. Lorsque au contraire le sang vient du pharynx supérieur on devra, si l'hémorragie ne s'arrête pas d'elle-même ou après des badigeonnages ou des pulvérisations de liquides hémostatiques, recourir au tamponnement de cette région. S'il s'agit d'un malade à gros foie on pourra, quelle que soit la région du pharynx qui saigne, recourir tout d'abord à l'application de ventouses scarifiées sur l'hypocondre droit.

### CHAPITRE III

#### ANGINES AIGÜES NON SPÉCIFIQUES

##### I

#### ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES DES ANGINES AIGÜES NON SPÉCIFIQUES

**Définition.** — Sous la dénomination d'*angines aiguës non spécifiques*, nous étudierons les infections gutturales, donnant lieu à l'apparition et à l'évolution des lésions locales désignées sous le nom commun d'inflammations aiguës, et

<sup>(1)</sup> *Dict. encycl. des sc. méd.* Article HÉMORRHAGIE.

se développant sous l'influence de micro-organismes phlogogènes dénués de spécificité.

**Classification.** — Les divers agents phlogogènes générateurs de ces angines ne leur donnant pas de caractères cliniques ou anatomiques particuliers, la classification des différentes variétés de ces affections ne peut avoir l'étiologie pour base. Pour établir cette classification, il faut prendre en considération le siège des lésions et leur constitution anatomique. Comme, d'autre part, ces variétés anatomiques peuvent être différenciées cliniquement, tant par l'aspect objectif des lésions que par la symptomatologie à laquelle elles donnent lieu, ce mode de classement des angines aiguës non spécifiques permet de présenter leur histoire sous forme d'une série de descriptions répondant à des types anatomo-cliniques distincts.

C'est ainsi qu'on peut tout d'abord les diviser en deux groupes : le premier comprenant les *angines superficielles ou muqueuses*, se divisant elles-mêmes en *angines catarrhales* et *angines pseudo-membraneuses*; le second les *angines profondes ou sous-muqueuses, parenchymateuses, phlegmoneuses, suppurées*. Chacun de ces groupes se subdivise lui-même en différentes variétés, suivant le siège des lésions ou selon qu'elles prédominent dans l'une ou l'autre des différentes parties de la cavité gutturale. Nous les décrirons successivement dans ce chapitre, que nous terminerons par l'étude de la *gangrène du pharynx*.

Les diverses variétés d'angines aiguës non spécifiques peuvent être *primitives*, apparaître d'emblée dans la cavité pharyngienne; ou *secondaires*, et ne constituer qu'une localisation d'une infection générale non spécifique préexistante, ou une infection secondaire survenant dans le cours d'une maladie générale infectieuse spécifique.

Ces infections secondaires localisées à la gorge, qu'on peut observer dans le cours ou à la suite de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, et de quelques autres maladies pouvant donner lieu aussi à des angines spécifiques, diffèrent assez profondément des autres. En raison des conditions où elles se présentent, leurs symptômes, leur marche, leurs terminaisons sont toujours plus ou moins modifiés, soit par la maladie coexistante, soit par les atteintes portées à l'organisme par la maladie préexistante lorsqu'il s'agit d'infections secondaires ne se développant qu'au moment de la convalescence. Elles peuvent, dans certains cas, prendre la forme *gangreneuse*, soit dès leur apparition, soit plus tard. Comme elles ont été étudiées déjà, avec les maladies générales dont elles dépendent, dans les précédents volumes de cet ouvrage, j'aurai fort peu de choses à en dire ici.

En dehors de ces angines secondaires des maladies spécifiques, les autres variétés d'angines aiguës, primitives ou consécutives, ne se montrent pas indifféremment chez tous les individus. Les unes sont plus fréquentes chez l'enfant, tandis que d'autres s'observent surtout chez les sujets ayant dépassé l'âge de la puberté. Sous l'influence de certaines causes, on voit plutôt apparaître certaines variétés que les autres. En un mot, l'étiologie de chacune d'elles, comme sa marche et ses symptômes, présente quelques caractères spéciaux. Mais comme en outre il existe un grand nombre de causes, intrinsèques et extrinsèques, prédisposantes et déterminantes, communes à ces différentes variétés, et que celles-ci, sous l'influence des associations de ces divers facteurs étiologiques, paraissent se développer suivant les mêmes modes pathogéniques, il sera, je