

siège de l'abcès lorsque celui-ci sera formé. La possibilité de tirer la langue hors de la bouche sans douleur fera reconnaître que l'abcès n'est pas situé plus bas, dans l'espace hyo-thyro-épiglottique, et permettra d'éliminer l'hypothèse d'un *phlegmon pré-laryngien* ou d'une *angine de Ludwig* au début. En pareil cas d'ailleurs, la tuméfaction, la dureté, l'empatement du plancher buccal seraient très marqués, et le malade aurait beaucoup de peine à ouvrir la bouche. L'absence d'adénopathie permet d'éliminer la possibilité d'un *adéno-phlegmon*. Comme la fluctuation n'est pas toujours facile à sentir, on se basera surtout sur la détente de l'état général coïncidant avec l'état stationnaire des symptômes locaux pour conclure à la formation de l'abcès.

Traitement. — J'ai appliqué aux malades que j'ai observés le traitement de l'amygdalite phlegmoneuse vulgaire. Dans les trois cas où il y a eu abcès, celui-ci s'est ouvert seul. Mais j'ai eu, dans un de ceux-ci, une récurrence quinze jours après la guérison : le malade a ressenti de nouveau de la fièvre, de la douleur à la gorge et à l'oreille, et à l'examen j'ai retrouvé le même aspect que la première fois. La fièvre est tombée dès le troisième jour, et l'abcès s'est ouvert le cinquième. Pour éviter le retour des accidents, j'ai dû débrider la région, où avait persisté une fistule dont l'orifice siégeait à la limite latérale de l'amygdale linguale et dont le trajet s'étendait en dedans au-dessous de la muqueuse en partie décollée. Je pense donc qu'il sera toujours prudent d'examiner la région avec soin après la guérison, et de rechercher s'il n'y existe pas de trajet fistuleux.

§ 5. — PHLEGMON DIFFUS PÉRI-PHARYNGIEN

Il est heureusement fort rare que le phlegmon diffus se développe dans le tissu conjonctif péri-pharyngien. Jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait que quelques cas de ce genre. Cruveilhier avait donné, dans son *Anatomie pathologique*, le dessin des pièces provenant d'un malade qui avait succombé sans qu'on ait déterminé au juste l'affection dont il était atteint; et Sestier avait rapporté, sous la rubrique d'angines laryngées œdémateuses, des observations rentrant dans le cadre du phlegmon diffus du pharynx. La première description de la maladie a été faite par Senator (1), à l'aide de quatre observations nouvelles. Depuis lors, MM. Landgraf, Massei, Jaurand, Merklen (2), Sauvineau et d'autres en ont relaté de nouveaux exemples.

Symptômes. — Le phlegmon diffus péri-pharyngien débute comme une angine catarrhale diffuse intense, et pendant quelques jours ne présente aucun symptôme spécial, si ce n'est parfois l'exagération de la dysphagie. Du quatrième au septième jour, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient et s'indurent, le cou s'empâte, et en même temps que la dysphagie augmente progressivement, jusqu'à rendre l'alimentation absolument impossible, la voix s'enroue, puis s'éteint, et la dyspnée progressive, avec accès de suffocation intermittents, vient se joindre aux autres symptômes. A ce moment, l'examen de la gorge montre que la muqueuse est partout rouge, tendue, tuméfiée, et que cette infiltration s'étend aussi à la paroi antérieure du pharynx, aux replis ary-épiglottiques et au vestibule laryngien. Parfois, il existe de petits abcès circonscrits, superfi-

(1) SENATOR, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, p. 78.

(2) MERKLEN, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1890.

ciels, qui se vident, mais le malade crache un peu de pus sans qu'il en résulte aucun soulagement pour lui. La fièvre se maintient entre 39°,5 et 40 degrés; les urines sont albumineuses. Tous ces accidents graves évoluent en 12 à 24 heures, et sont bientôt accompagnés de troubles cérébraux. Le coma succède bientôt au délire. Enfin le malade succombe, du 5^e au 9^e jour après le début de l'angine, soit dans le collapsus, soit dans une syncope. La mort est constante; le seul cas de guérison observé jusqu'ici est très contestable.

Anatomie pathologique et bactériologie. — A l'autopsie on trouve une infiltration purulente des parois du pharynx dans toute leur épaisseur et dans toute leur étendue : parois postérieures et latérales, amygdales, luette et piliers du voile, paroi postérieure du larynx, replis ary-épiglottiques, épiglote. Dans l'épaisseur de la muqueuse, on trouve parfois des abcès collectés, de petit volume. La couche musculaire et le tissu conjonctif de sa face profonde sont infiltrés et remplis d'une matière puriforme concrète, de coloration jaunâtre. Souvent cette infiltration gagne le médiastin. Dans le cas relaté par M. Sauvineau (1), elle s'étendait le long de l'œsophage. Au-dessous de cette couche, on trouve une nappe de pus baignant la colonne vertébrale, les vaisseaux et les nerfs, et pénétrant parfois entre les faisceaux des muscles du cou, et entre les lames aponévrotiques au-devant du larynx.

Les poumons sont congestionnés, œdémateux ou partiellement hépatisés. La rate est volumineuse. Les reins sont plus ou moins altérés.

Dans le pus péri-pharyngien, on a trouvé deux fois des streptocoques (Israël, Bouloche), et une fois des pneumocoques (Jaurand). M. Bouloche a trouvé des streptocoques dans le sang du malade de M. Sauvineau.

Diagnostic et traitement. — Cette affection pourrait être confondue avec un *érysipèle primitif* du pharynx. Mais dans l'érysipèle le début de l'angine est plus brusque et l'élévation thermique plus rapide et plus élevée, le gonflement de la muqueuse pharyngée est moindre, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires est très précoce. On conçoit cependant que parfois on puisse hésiter sur la nature de cette affection si rare, et dont les rapports avec l'érysipèle paraissent d'ailleurs très probables.

Jusqu'ici, tous les moyens de traitement sont restés absolument inefficaces, et n'ont même pas donné d'effets palliatifs.

IV

ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Les angines pseudo-membraneuses sont caractérisées par la présence sur la muqueuse des amygdales, du voile palatin et du pharynx, d'exsudats élastiques et résistants, d'adhérence variable mais toujours notable, de couleur variant du blanc au gris et au jaune verdâtre presque noirâtre, formés par des couches de filaments de fibrine englobant des éléments cellulaires plus ou moins dégénérés.

Jusqu'à ces derniers temps, on n'appliquait cette dénomination qu'à deux

(1) SAUVINEAU, *Soc. anat. de Paris*, 1891.

espèces d'inflammations gutturales : la diphtérie et l'herpès; et on se bornait à faire remarquer qu'en dehors d'elles, on pouvait encore, ainsi que Bretonneau l'avait montré, provoquer l'apparition de fausses membranes dans la gorge en irritant la muqueuse de celle-ci avec certains agents chimiques, tels que la cantharide, le tartre stibié, etc. Aujourd'hui, on sait qu'indépendamment de l'angine diphtérique et de l'angine herpétique, il existe d'autres angines pseudo-membraneuses, simulant la diphtérie et impossibles à distinguer de celle-ci par l'examen objectif des parties malades; parfois graves, plus souvent assez bénignes. Elles sont dues au streptocoque, seul ou associé au staphylocoque, au pneumocoque, à certains cocci encore mal déterminés, mais le bacille diphtérique n'intervient pas dans leur genèse. C'est ainsi que MM. Wurtz et Bourges ont établi que l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine n'était point de nature diphtérique. MM. Roux et Yersin, Morel, et beaucoup d'autres auteurs, ont observé des angines cocciques; le professeur Jaccoud, M. Ménétrier, M. Netter ont vu des angines pneumococciques, que seul l'examen bactériologique a permis de détacher de la diphtérie et de rattacher à leur véritable cause.

A part l'angine scarlatineuse qui a été étudiée dans le tome deuxième de cet ouvrage, les *pseudo-diphtéries* sont encore très peu connues : leur existence est établie, mais leur histoire n'est pas faite. Dans un traité didactique, on doit les signaler, mais on ne saurait encore les décrire. L'étude des angines pseudo-membraneuses non spécifiques sera donc réduite à celle de l'angine herpétique. La diphtérie, maladie spécifique, sera décrite dans le chapitre suivant.

Angine herpétique.

SYNONYMIE : Angine couenneuse commune (BRETONNEAU, TROUSSEAU). — Angine vésiculeuse. Herpès du pharynx (GUBLER) (1).

Définition. — L'angine herpétique est caractérisée par la formation, au niveau des amygdales et des parties voisines, de vésicules d'une durée très courte, le plus souvent réunies en groupes, auxquelles succèdent des fausses membranes ordinairement de dimensions médiocres ou petites, et qui ne s'étendent pas notablement aux parties voisines, si celles-ci ne sont pas le siège de nouvelles poussées vésiculeuses.

Symptomatologie. — Lasègue décrivait une forme aiguë ou suraiguë, et une forme subaiguë de l'angine herpétique; tout en faisant remarquer que ces formes ne différaient entre elles ni par la durée, ni même par l'abondance de l'éruption, mais seulement par l'intensité des phénomènes fébriles et des symptômes généraux du début. En réalité, cette distinction est inutile; elle ne saurait répondre à des types distincts, car on peut observer tous les degrés entre le début brusque et solennel dont la description a été donnée par Lasègue, jusqu'à l'absence presque complète de réaction générale. On peut donc faire rentrer toutes ces variétés dans la *forme aiguë*, normale, exagérée ou atténuée. Mais l'herpès guttural peut, en dehors de la forme vulgaire, se présenter sous deux

(1) Consultez : TROUSSEAU, *Clinique médicale*. — GUBLER, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1857, p. 86. — PETER, *Dictionnaire encyclopédique*, article ANGINES. — LASÈGUE, *Traité des angines*, p. 55 et suivantes. — LEGROUX, *Cours de pathologie interne de la Faculté*, 1881-1882; p. 57.

autres aspects très différents; il peut prendre une *forme prolongée*, rare; et une *forme récidivante*, plus commune, qui méritent d'être signalées séparément.

Je décrirai successivement ces trois formes cliniques de l'angine herpétique; mais comme les deux dernières ne diffèrent de l'autre que par leur marche, je n'aurai que peu de choses à en dire après avoir étudié la première.

1^o **Forme aiguë.** — *Prodromes et début.* — Dans certains cas et chez certains sujets, « la maladie débute par un appareil fébrile considérable, et tout à fait disproportionné avec la lésion à laquelle il doit aboutir. Le malade est saisi presque subitement d'un malaise énorme. Le frisson initial, pour n'avoir pas la solennité de celui de la pneumonie, n'en est pas moins inquiétant. La sensation de courbature est extrême, la langue se salit vite, la bouche se sèche, le pouls est plein, fréquent, résistant, la face est ardente, les yeux sont injectés. Ces premiers phénomènes se produisent dans un court espace de temps, quelques heures, une demi-journée, une nuit.

« Dès le lendemain l'état fébrile, persistant sans amélioration, a pris quelques caractères particuliers.... La céphalalgie est, de tous les symptômes, le plus incommode, et je ne sache, y compris la méningite aiguë, aucune autre maladie où le mal de tête prenne une égale intensité. Les douleurs sont gravatives; elles occupent de préférence la région frontale, mais s'étendent à tout le crâne. D'autres fois elles sont occipitales et d'une intolérable violence. La tête est pesante, difficile à mouvoir. Il existe des signes non seulement de souffrance, mais de congestion encéphalique. La lumière est mal supportée, le bruit redouble la douleur, le mouvement la réveille. Le malade est somnolent, absorbé, mais moins passif qu'il ne semble. Il rêve : ses idées se succèdent, involontaires, tumultueuses, confuses, avec un demi-délire qui lui laisse assez d'empire sur lui-même pour qu'il n'accepte comme réelles ni n'exprime les conceptions malades qui l'obsèdent.... Dans la multiplicité des malaises qu'il éprouve, fatigué, alourdi, le malade classe les accidents qu'il accuse d'après le plus ou moins d'incommodité qu'ils lui causent. Il se plaint de la fatigue, de la soif, de la somnolence ou de l'insomnie, du dégoût, des nausées, de l'état pâteux de la bouche, de la chaleur de la peau; mais il ne songe pas, à moins qu'on ne l'interroge, à mentionner la gêne insignifiante qu'il peut ressentir à la gorge. Questionné sur ce point, il se tâte, s'étudie, et répond qu'en effet la déglutition lui est quelque peu douloureuse.... » (Lasègue.) C'est là le début de la forme *suraiguë* de Lasègue; il peut s'accompagner de troubles digestifs marqués : nausées, vomiturations, et même vomissements, surtout chez les enfants.

On l'observe assez souvent; mais, dans un grand nombre de cas, l'angine herpétique, bien que franchement aiguë, ne commence pas aussi tumultueusement. Au lieu de monter à 40 ou 41 degrés, la fièvre ne dépasse guère 39°⁵; elle se montre après un jour de fatigue, de courbature, de malaise général, pendant lequel la céphalée a été graduellement croissante, et quelques frissonnements annoncent son apparition. Enfin le malaise peut être médiocre, les troubles gastriques peu accusés, et l'état fébrile léger. Dans tous les cas, les lésions de la gorge sont très précoces; elles se montrent quelques heures, un jour, un jour et demi, deux jours au plus après le début; rarement plus de deux ou trois heures après l'apparition de la fièvre. D'abord insignifiante, la douleur pharyngée augmente assez rapidement, en même temps que les lésions guttu-

rales se développent. A l'exemple de Lasègue, nous étudierons d'abord l'évolution de celles-ci, et nous reviendrons ensuite sur la marche de la maladie.

Signes physiques et caractères objectifs de l'herpès guttural. — Au début, la gorge n'est que rouge, mais cette rougeur est surtout marquée sur les amygdales et les piliers, et souvent elle est plus vive en certains points qu'à côté. Sur les piliers et la partie voisine des bords libres du voile, on peut voir quelquefois de véritables taches rouges, très foncées. Les amygdales sont augmentées de volume, parfois inégalement. Elles sont rouges et bosselées, et leur tuméfaction s'étend quelquefois aux piliers.

Au bout de quelques heures, rarement plus, l'éruption vésiculeuse apparaît. Elle se fait en masse ou progressivement, et elle peut être discrète ou confluente. Généralement moins abondante et plus lente à se développer dans les formes adoucies, elle peut cependant être très réduite dans les formes franchement aiguës. Parfois, après une poussée de quelques vésicules discrètes, il peut se produire, le lendemain ou même le surlendemain, une seconde poussée qui rende l'éruption confluente. L'éruption peut n'exister que d'un seul côté, ou achever presque tout son développement d'un côté avant d'apparaître sur l'autre, ou apparaître en même temps des deux côtés. Elle est alors, assez souvent, plus marquée d'un côté que de l'autre. Généralement, l'éruption se disperse peu, et ne s'éloigne pas notablement des limites du triangle formé par les piliers de chaque côté. Le foyer principal est presque toujours tonsillaire, et les vésicules qui occupent les piliers et la partie voisine du voile sont moins nombreuses et isolées. L'aspect et dans une certaine mesure l'évolution même des vésicules varient suivant qu'elles occupent les amygdales, ou bien le voile ou le pharynx.

Aux amygdales, elles peuvent se présenter sous deux aspects très différents. La première variété, qui est la plus rare, a été signalée par Lasègue, et elle est bien souvent méconnue. La rougeur et la tuméfaction tonsillaires font croire, en effet, à un catarrhe simple, si l'on n'examine point la région avec un éclairage et un soin suffisants. Cependant l'aspect général de l'amygdale malade suffit déjà à éveiller l'attention, car la surface de la glande offre un aspect bosselé, irrégulièrement mûriforme qu'on ne retrouve pas dans l'amygdalite aiguë au début. En regardant bien la surface de la glande, un peu obliquement, on reconnaît qu'elle est le siège de petites élevures transparentes, nombreuses, parfois discrètes et entourées pour la plupart d'un liséré légèrement opalin, parfois confluentes, et donnant à la surface tonsillaire le même aspect (à la coloration près) que donnent à la peau les sudamina. Après avoir conservé pendant un ou deux jours, rarement trois, la même apparence limpide, elles se rompent presque simultanément, et laissent à leur place des érosions peu distinctes, qui ne se recouvrent généralement pas de membranes et disparaissent rapidement, en 24 ou 48 heures.

La seconde variété, de beaucoup la plus commune, est caractérisée par l'apparition de vésicules qui ne méritent pas ce nom à proprement parler, car il est impossible, dans la très grande majorité des cas, au moins, de les voir avant qu'elles soient réduites à une petite plaque blanche sans saillie appréciable, à bords irréguliers. Elles ne revêtent la forme d'élevures transparentes que pendant un temps extrêmement court, après lequel elles s'affaissent sans paraître se rompre. Au bout de 24 ou 36 heures, on peut voir quelques-unes d'entre elles entourées d'un fin liséré rouge; et, du deuxième au troisième jour,

ou quelquefois plus] tôt, l'évolution de l'éruption devient variable suivant les cas.

Tantôt, les vésicules deviennent de moins en moins apparentes, et, du troisième au cinquième jour, elles disparaissent sans laisser de traces. Tantôt les intervalles des vésicules se recouvrent aussi d'un exsudat blanchâtre, et chaque groupe de vésicules se transforme en une plaque blanche, opaque, à contour microcyclique d'abord, mais plus souvent irrégulièrement étalée. Lorsque les vésicules forment plusieurs groupes, chacun d'eux devient une tache analogue, et leur confluence donne à l'exsudat la forme d'une plaque festonnée, dont l'aspect polycyclique est parfois difficile à constater avec netteté, sur les limites de laquelle on peut voir souvent de petites taches isolées de forme analogue, produites par la confluence de très petits amas de vésicules. Ces fausses membranes sont notablement adhérentes, et pour les détacher avec un tampon de ouate ou de molleton, il faut souvent s'y reprendre à plusieurs reprises. La muqueuse sous-jacente peut alors laisser suinter un peu de sang. Dans ce cas, elles se reproduisent parfois après leur ablation. Mais si l'on n'y touche plus, du 4^e au 5^e jour environ après le début de l'angine, elles se craquent, deviennent friables, et se détachent sans laisser de traces.

Sur les piliers, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, les lésions ont un aspect bien plus nettement vésiculeux qu'aux amygdales. Elles apparaissent au niveau des petites macules rouges dont il a été parlé plus haut, sous forme de petites vésicules assez irrégulièrement arrondies, hémisphériques ou plus rarement légèrement agminées, d'abord opalines et bientôt blanchâtres, réunies le plus souvent en groupes distincts formés d'un petit nombre d'éléments. Ces vésicules sont de dimensions inégales et variables, les unes ne dépassent pas le volume d'un grain de mil, les autres atteignent ou dépassent celles d'un grain de chènevis. Au bout d'une journée, l'aréole inflammatoire qui entoure chacune d'elles est devenue d'un rouge vif; et 12 ou 24 heures après, rarement davantage, la vésicule se rompt en laissant à sa place une exulcération dont le fond se recouvre bientôt d'une mince couche opaque blanc jaunâtre, qui peut, au bout d'un ou deux jours, disparaître avec son liséré sans laisser de traces; ou survivre à ce dernier; ou, si les éléments de chaque groupe sont nombreux et rapprochés, contribuer à la formation d'une pseudo-membrane affectant les mêmes caractères et la même évolution que sur les amygdales.

Assez fréquemment, une poussée d'herpès labial accompagne l'herpès guttural. Dans certains cas alors, des vésicules d'herpès se voient sur la face interne des joues.

L'engorgement ganglionnaire sous-angulo-maxillaire est presque toujours nul ou extrêmement faible.

Marche. Durée. Terminaison. — L'apparition de l'éruption gutturale ne fait qu'accroître la douleur de la gorge sans modifier aucun des symptômes généraux; et l'évolution des lésions ne semble avoir non plus aucune influence sur eux. La langue reste très saburrale, l'anorexie très marquée, la céphalalgie toujours pénible, et la fièvre se maintient aussi élevée qu'au début, pendant trois, quatre ou même cinq jours. Puis la défervescence se fait tout à coup, brusquement. Elle est plus rapide lorsque les lésions ont elles-mêmes évolué rapidement; mais souvent elle se produit, et la douleur de gorge cesse avec elle, sans que l'éruption gutturale ait achevé son évolution. La durée totale de la maladie a été de trois à cinq jours, six jours au plus.