

On voit quelquefois la défervescence arriver du 5<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour, et le 5<sup>e</sup> ou le 6<sup>e</sup> la fièvre reparaitre avec une seconde éruption gutturale. La maladie peut atteindre alors une durée de 6 à 8 jours, mais il est de règle que la deuxième atteinte fébrile soit plus légère et l'éruption qui la suit moins marquée. La défervescence une fois faite, le malade est à peu près guéri.

Parfois, pendant quelques jours encore, les fonctions digestives restent un peu languissantes, mais la guérison ne tarde pas à s'affirmer.

*Complications.* — Il est douteux que l'angine herpétique puisse être suivie d'anémie marquée et d'affaiblissement de longue durée. Les troubles paralytiques (paralysie du voile du palais, paralysie généralisée), comme les convalescences longues et pénibles sans accidents particuliers, ne sont très vraisemblablement que la conséquence de diphtéries méconnues. Peut-être les adénites persistantes, même chez les strumeux, doivent-elles être rapportées à la même cause; ou encore à des amygdalites cryptiques avec exsudats pultacés qu'on a confondus avec de l'herpès guttural. Les phlegmons péri-amygdaliens qu'on observerait comme complications de l'angine herpétique paraissent relever aussi de cette dernière erreur de diagnostic.

En réalité, les seules complications de l'angine herpétique méritant d'être signalées sont la *pneumonie* consécutive, plus fréquente encore peut-être après l'herpès tonsillaire qu'à la suite de l'amygdalite vulgaire; et la *diphtérie* qui peut se greffer sur une angine herpétique à un moment quelconque de son évolution. La première a été déjà signalée à l'occasion de l'angine catarrhale; quant à la seconde, nous aurons occasion d'en reparler à l'occasion de la diphtérie.

2<sup>e</sup> *Forme prolongée.* — L'herpès guttural, dans d'autres cas, peut prendre une forme *prolongée*, et sur laquelle, à ma connaissance, les auteurs n'ont pas jusqu'ici appelé l'attention qu'elle mérite. En pareil cas, quel qu'ait été le début de la maladie, la défervescence laisse, contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, subsister de la douleur locale; la gorge reste rouge, le malaise général ne disparaît pas complètement. Une seconde atteinte fébrile, aussitôt suivie d'une éruption gutturale, apparaît au bout de quelques jours; et se termine comme la première. Quatre ou cinq éruptions successives, de moins en moins abondantes, ordinairement discrètes et disséminées, se succèdent ainsi, avec une réaction fébrile de plus en plus faible, et donnent à l'angine une durée pouvant atteindre de vingt à vingt-cinq jours. Cette forme est certainement rare; cependant, au printemps de l'année 1891, j'ai eu l'occasion d'observer, chez des jeunes gens et des adultes des deux sexes, toute une série de cas de ce genre.

5<sup>e</sup> *Forme récidivante.* — La forme récidivante, périodique, de l'herpès guttural, est le privilège de la femme. Certaines personnes, dès qu'elles sont réglées, ou plus tard, à la suite de troubles menstruels quelconques, ont de légères poussées d'angine herpétique presque à chaque période cataméniale (Bertholle)<sup>(1)</sup>. Le plus souvent, le mouvement fébrile est nul, ou à peine marqué et de très courte durée; après une nuit, ou une journée, pendant le cours de laquelle s'est produite l'éruption vésiculeuse de la gorge, la céphalalgie et la

(1) BERTHOLLE, De l'herpès guttural, etc.; *Union médicale*, 1866.

légère chaleur de la peau disparaissent, mais la douleur à la déglutition persiste deux ou trois jours. Ces formes récidivantes cataméniales peuvent durer des années, et disparaître pour un temps, ou pour toujours, soit spontanément, soit à l'occasion d'une grossesse, soit en même temps que se régularise la fonction menstruelle. Elles ne survivent pas à la ménopause.

*Étiologie et anatomie pathologique.* — L'angine herpétique s'observe à partir de l'âge de 4 ou 5 ans, et jusqu'à l'âge mûr. Mais dans la vieillesse elle est très rare: Lasègue en a vu un seul cas, chez un vieillard de 70 ans. Le même auteur ne l'a jamais rencontrée au-dessous de l'âge de 2 ans. Elle est plus fréquente au printemps qu'aux autres époques de l'année; plus commune dans les climats rigoureux que dans les régions méridionales de l'Europe. Sa fréquence varie suivant les années. On l'observe parfois épidémiquement, soit qu'il s'agisse de petites épidémies de famille ou d'hôpital, soit de véritables épidémies comme l'a rapporté Trousseau. Il est vraisemblable qu'elle est contagieuse, au moins dans une certaine mesure. Elle a toutes les allures d'une maladie infectieuse, et il est vraisemblable que sa pathogénie ne diffère pas de celle des autres angines aiguës non spécifiques. La marche clinique de sa forme aiguë vulgaire se rapproche beaucoup de celle de la pneumonie franche; et M. Ch. Fernet a depuis longtemps appelé l'attention sur ce point, ainsi que sur la fréquence égale de l'herpès labial dans la pneumonie et l'angine herpétique. Il semble bien probable, en effet, que les recherches bactériologiques démontreront que certaines formes fébriles de cette angine sont sous la dépendance du pneumocoque.

Toutefois, il est également vraisemblable que d'autres micro-organismes, le staphylocoque, par exemple, sont aussi capables de déterminer l'angine herpétique. M. Girode (communication orale) a trouvé le *staphylococcus albus* dans l'herpès labialis, sur la plupart des malades dont il a eu l'occasion d'examiner le liquide vésiculaire.

Il est douteux que l'herpès guttural soit souvent causé par le contact d'aliments irritants ou épicés, ou de substances âcres. Mais l'ingestion de viandes faisandées, qui favorise l'infection en général, peut compter parmi ses causes. La plus fréquente, à beaucoup près, des causes déterminantes, est le froid. L'anamnèse fait presque toujours reconnaître que la maladie a succédé à un refroidissement survenu un ou deux jours, rarement trois, avant le début, et qui a été suivi d'un peu de fatigue et de malaise. Lasègue s'appuie sur ce fait pour attribuer à l'angine herpétique une *incubation* de 1 à 3 jours de durée. Damaschino pensait que cette incubation pouvait ne pas dépasser quelques heures.

L'étude histologique des fausses membranes de l'angine herpétique a été faite par le professeur Leloir<sup>(1)</sup>. D'après cet histologiste, leur structure ne différerait pas de celle des membranes diphtériques du pharynx. Ces dernières devant être étudiées dans le chapitre suivant, il est inutile d'en dire davantage ici à ce sujet.

*Pronostic et diagnostic.* — Le pronostic est sans gravité; mais comme il ne peut être porté avec certitude que si la diagnose elle-même a été exactement

(1) LELOIR, *Archives de physiologie*, 1880, p. 420.

établie, il ne faut pas se laisser aller, dès le début, à une confiance qui peut n'être pas justifiée.

Dans les formes suraiguës, tant que la gorge est seulement rouge, on doit penser à la possibilité d'un *érysipèle*, que l'engorgement ganglionnaire précoce et considérable décèlerait bientôt; et à l'*angine érythémateuse aiguë* simple, dite souvent *angine rhumatismale*, qui peut débiter parfois presque aussi brusquement que certaines angines herpétiques. La *scarlatine* se reconnaîtra à ses signes différentiels particuliers. L'*amygdalite*, dont le début, quoiqu'en dise Lasègue, peut simuler très bien celui de l'angine herpétique, donne lieu à une tuméfaction tonsillaire un peu différente de celle de l'herpès. Dans ce dernier cas, l'amygdale paraît plus bosselée, plus brillante dans certains points, sa rougeur est moins uniforme. Mais, dans tous ces cas, le doute ne sera pas de longue durée, car l'apparition précoce des vésicules ne tardera pas à lever tous les doutes qui pourraient subsister.

Lorsque l'examen de la gorge est pratiqué pendant la première partie de l'évolution des vésicules, le diagnostic ne présente pas de difficultés; mais plus tard, s'il s'est produit des plaques pseudo-membraneuses de quelque étendue, il devient très délicat toujours, très difficile souvent, et parfois impossible sans examen bactériologique. Il s'agit de savoir si l'on a affaire à de l'herpès et à la diphtérie; et, en pareil cas, on comprend qu'il faut faire l'impossible pour éviter une erreur dont les conséquences peuvent être des plus graves.

La brusquerie du début, l'intensité du mouvement fébrile et des phénomènes généraux, la notion d'un refroidissement la veille ou l'avant-veille, feront penser à l'herpès plutôt qu'à la diphtérie. Mais l'herpès a pu débiter progressivement, la fièvre a pu rester légère, bien que l'éruption ait été confluyente et étendue. De même, la diphtérie peut débiter avec un mouvement fébrile accentué, après un court malaise, dans beaucoup de cas, et la fièvre peut se maintenir aux environs de 39 degrés pendant plusieurs jours, comme dans l'angine herpétique, parfois avec une céphalalgie analogue. L'absence de l'engorgement ganglionnaire n'est pas constante dans l'angine herpétique: les jeunes sujets lymphatiques, ayant déjà des ganglions un peu volumineux, peuvent avoir une légère augmentation de volume de ces glandes à cette période de la maladie; tandis que l'angine diphtérique peut aussi évoluer sans donner lieu à une tuméfaction sous-maxillaire plus marquée que dans le cas précédent. Toutefois, lorsque le médecin connaît son malade et qu'il constate une adénopathie récente et précoce, et que le début de l'angine a été brusque, il doit se méfier de la diphtérie; car la forme de cette dernière s'accompagnant le moins souvent de gonflement des ganglions est la forme pure, la diphtérie dite franche, qui a de préférence un début insidieux. La présence d'herpès labial ou autre plaide en faveur de l'angine herpétique, mais on peut le voir coïncider avec la diphtérie, et ce signe n'a rien d'absolu. La pâleur des téguments avec une fièvre à peine sensible et une prostration déjà accentuée, la présence de l'albumine dans l'urine, sont des signes dont la constatation a une grande valeur diagnostique en faveur de la diphtérie.

L'examen objectif de la gorge donne le plus souvent des renseignements de grande valeur. Des fausses membranes amygdaliennes larges, d'un blanc grisâtre ou bleuâtre, à contours irréguliers, à bords amincis et adhérents, qui progressent assez vite et se reproduisent rapidement, qui s'étendent au pharynx ou à une partie étendue du voile, ne permettent pas de croire à l'herpès. Moins larges, plus minces, mais de mêmes caractères, elles doivent être attribuées

aussi à la diphtérie, si près des plaques amygdaliennes on ne constate pas de petites taches à liséré rouge; dans le cas contraire, il est probable que l'on a affaire à l'herpès. Cette probabilité devient presque une certitude si, en même temps, on trouve des groupes de vésicules.

Lasègue<sup>(1)</sup> a dit que les vésicules d'herpès tonsillaire siégeaient uniquement au pourtour des cryptes, tandis que les pseudo-membranes consécutives s'étendaient aux surfaces saillantes des amygdales. Il considère comme un signe infailible d'herpès la constatation de traces de vésicules persistant près des orifices cryptiques, après l'ablation de la fausse membrane avec un tampon de ouate. M. Cadet de Gassicourt<sup>(2)</sup> dit avoir retrouvé ce signe dans la majorité des cas, mais il ne le considère pas comme ayant une valeur bien grande. Je dois avouer que je n'ai jamais pu me convaincre que ce que Lasègue (dont j'ai été l'élève pendant deux années) nous montrait comme des traces de vésicules péricriptiques, en fussent réellement. Je crois qu'il serait illusoire de se fier aux résultats de recherches de ce genre, d'autant mieux qu'en affirmant que les vésicules herpétiques ne siégeaient jamais, aux amygdales, qu'au pourtour des cryptes, Lasègue se trompait. Dans les derniers temps de sa vie, d'ailleurs, il se préoccupait moins de rechercher ces traces de vésicules, après l'ablation des fausses membranes; mais il cherchait, à l'aide d'une sonde, à entr'ouvrir l'entrée des cryptes pour s'assurer que l'exsudat membraneux n'y pénétrait pas. L'envahissement des cryptes par la membrane, quand il pouvait le constater nettement, était pour lui un fait important, car il pensait qu'il manque toujours dans l'herpès. Ce signe, bien que d'une valeur vraisemblablement supérieure à celle du précédent, ne semble pas cependant de nature à entraîner la conviction, et du reste sa constatation est souvent impossible à réaliser avec quelque précision.

En réalité, dans les cas douteux, c'est l'examen bactériologique seul qui peut trancher la question, ainsi que nous le verrons en étudiant la diphtérie. Il ne faut donc pas hésiter à y recourir quand la chose est possible; et dans le cas contraire, en dehors de l'hôpital, ne pas manquer d'agir dans les cas douteux, ainsi que le conseille le professeur Peter, comme s'il s'agissait de diphtérie confirmée.

**Traitement.** — Bien que l'angine herpétique aiguë guérisse d'elle-même rapidement, on aura avantage à conseiller des lavages de la gorge avec des solutions chaudes phéniquées faibles (1/2 ou 1 pour 100); et à instituer l'antisepsie intestinale, ce qui amènera des troubles digestifs. On débarrassera l'intestin s'il y a lieu par un grand lavement, et en donnant la quinine à haute dose pendant la période fébrile, on abrègera parfois sa violence et sa durée. Chez certains enfants, l'effet de la quinine est assez évident pour ne laisser aucune place au doute. On donnera des boissons tièdes et du lait avec des jaunes d'œufs. Contre la céphalalgie, l'administration d'un vomitif, administré dès que l'éruption herpétique a fait son apparition à la gorge, est un moyen dont Lasègue a vanté, avec raison, la grande efficacité<sup>(3)</sup>. Son action est ici beaucoup plus utile que dans l'amygdalite, et elle est d'autant plus nette que la céphalalgie elle-même est plus intense. Celle-ci, au lieu d'être aggravée par les

(1) LASÈGUE, *Loc. cit.*, p. 65.

(2) CADET DE GASSICOURT, *Traité des maladies de l'enfance*, t. III, p. 57, 58.

(3) LASÈGUE, *Loc. cit.*, p. 79, 80.

efforts de vomissements, diminue dès que le médicament commence à les provoquer, et elle a disparu quand ils ont cessé.

Dans le traitement de la forme prolongée, il faut chercher à combattre la persistance de la douleur, et tenter aussi de prévenir l'apparition de poussées successives. La première indication est difficile à remplir, et je n'y ai réussi qu'à l'aide d'applications de collutoires phéniqués faibles (glycérine phéniquée à 5 pour 100) répétés 3 à 4 fois par jour, et alternant avec des lavages avec des solutions tièdes de borate de soude dans une infusion de feuilles de coca. La glycérine phéniquée m'a paru avoir également une heureuse influence sur la marche de la maladie; dans quelques cas, celle-ci a cédé rapidement à cette médication; alors que d'autres préparations, entre autres les collutoires salicylés, n'avaient produit aucun effet.

L'herpès cataménial récidivant est d'une extrême ténacité. Il semble que le moyen le plus logique de faire cesser les retours de l'affection soit de s'appliquer à obtenir la disparition des troubles menstruels mais ceux-ci manquent absolument dans certains cas. Chez deux femmes atteintes de cette affection et dont les amygdales étaient volumineuses, j'ai fait disparaître l'hypertrophie par la discision des tonsilles et leur cautérisation ignée, sans que ce traitement ait empêché les poussées d'herpès de se reproduire dans la suite avec des caractères identiques à ceux qu'elles présentaient avant mon intervention.

## V

## GANGRÈNE DU PHARYNX

**Étiologie et pathogénie.** — Je dis *gangrène du pharynx* et non pas *angine gangreneuse*, parce que cette dernière dénomination n'a plus de raison d'être, depuis que l'affection qui nous occupe a été différenciée de la diphtérie. Elle peut, semble-t-il, se développer d'emblée dans la cavité buccale, c'est-à-dire s'y montrer sans qu'il y ait eu d'angine antécédente, mais alors même, elle doit être considérée comme une *infection secondaire* dans presque tous les cas, en dehors du charbon pharyngé, des piqûres gutturales faites par des insectes ou des reptiles venimeux, etc., faits exceptionnellement rares d'ailleurs.

La gangrène du pharynx s'observe surtout chez les enfants, et particulièrement entre 5 et 6 ans. On la voit cependant aussi chez les adultes. Le plus souvent elle est une complication des formes graves (bacillo-streptococciques) de l'angine diphtérique. On l'observe ensuite, par ordre de fréquence décroissante, comme une complication des angines dues à la scarlatine, à la rougeole, à la variole, à l'érysipèle, à la fièvre typhoïde, dans la dysenterie (Trousseau), dans l'amygdalite et l'angine phlegmoneuse secondaires à des infections générales, le plus souvent spécifiques. Lorsque, exceptionnellement, la gangrène du pharynx se montre d'emblée, c'est chez des individus débilités, cachectiques, en état de déchéance organique profonde, soit à la suite de privations, de misère, de mauvaises conditions hygiéniques, ou de chagrins prolongés, d'émotions tristes, associées ou non aux conditions précédentes. M. Desnos a cité un cas survenu chez un sujet débilité par une longue maladie (kystes abdominaux). On la voit surtout dans les pays froids et humides : Hollande, Suède, côtes de Prusse, etc.

L'étude microbiologique de la gangrène pharyngée appelle encore de nouvelles

recherches. Il résulte des observations faites qu'elle est vraisemblablement due à la pullulation simultanée des micro-organismes pyogènes et des saprophytes si nombreux à la surface de la cavité bucco-pharyngienne, associés ou non à des microbes pathogènes spécifiques. Sanson, en 1877, a constaté dans le sang la présence de bactéries, dont l'espèce n'a pas été déterminée.

**Symptômes et marche.** — Quand la gangrène vient compliquer une angine quelconque, elle apparaît le plus souvent sans que rien ait pu en faire soupçonner l'imminence. Cependant, lorsque, dans le cours de ces maladies, on voit le patient tomber dans un état marqué de prostration ou d'adynamie, on doit s'y attendre et la rechercher attentivement. Lorsqu'elle se montre d'emblée, tantôt elle débute brusquement, tantôt au contraire elle est précédée de prodromes. Ceux-ci ressemblent un peu à ceux de la fièvre typhoïde : abattement, dépression des forces; changement d'humeur, découragement, tristesse (Trousseau).

Le début brusque est marqué par un frisson, unique et violent, ou par des frissonnements répétés, puis une fièvre vive, et une douleur de gorge surtout marquée au moment des mouvements de déglutition, et persistant après le passage des liquides (Trousseau).

La lésion pharyngée, lorsqu'on l'observe au début se présente sous forme de plaques gangreneuses arrondies ou ovalaires, de dimensions variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes et parfois davantage. Ces plaques sont de couleur gris noirâtre ou tout à fait noires. Elles sont déprimées. Leurs bords sont un peu irréguliers, paraissant taillés à pic au dépens de la muqueuse voisine qui est rouge sombre, livide, violacée, et un peu œdématiée. Dans la gangrène qui complique l'angine érysipélateuse, rarement dans d'autres conditions, chaque plaque peut débiter par une phlyctène. Ces plaques peuvent s'observer indifféremment sur toutes les régions du pharynx, mais plus souvent peut-être aux amygdales.

Dans la plupart des cas, mais non constamment, les ganglions sous-maxillaires ou parotidiens sont tuméfiés, parfois très volumineux. La salivation devient bientôt abondante, puis ichoreuse. L'haleine est horriblement fétide, son odeur rappelle celle des matières fécales. A mesure que la lésion marche, les symptômes généraux deviennent de plus en plus graves; le malade se plaint de céphalalgie, de vertiges; la faiblesse augmente, l'anorexie est absolue, la soif violente, et bientôt l'adynamie devient profonde et le malade semble devenir indifférent aux douleurs locales. Souvent des nausées et des vomissements alternent avec des flux diarrhéiques fétides. Le malade a de l'agitation, du délire, ou au contraire une prostration de plus en plus marquée. Le pouls devient petit, fréquent, dépressible; la fièvre tombe ou paraît tomber; quelquefois, en effet, les extrémités deviennent très froides, mais l'abaissement de la température périphérique peut se montrer sans que la température centrale cesse d'être élevée.

L'évolution de la lésion locale est variable. Dans la forme circonscrite, les escarres tendent à s'éliminer, et il reste après qu'elles sont tombées des ulcérations de profondeur variable, à bords saillants, taillés à pic. Parfois, suivant Valleix, ces ulcérations se recouvrent de fausses membranes. Dans la forme diffuse, la plus fréquente malheureusement (8 cas sur 15 d'après Rilliet et Barthez), les plaques deviennent confluentes, elles s'étendent aux parties voisines, peuvent détruire successivement le voile, les piliers, la luette; gagner tout le