

Bibliothèque numérique

medic@

**Vidal, A.. - Du diagnostic différentiel
des diverses espèces d'angines**

1832.

***Paris : Imprimerie de
Demonville***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x02x05](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x02x05)

CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 18 juin 1832.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DIVERSES ESPÈCES D'ANGINES.

THÈSE

SOUTENUE

Par A. VIDAL, DE CASSIS, Docteur de la Faculté de Paris.

La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces, est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut et la pratique souvent infidèle.

Louis. *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

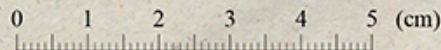


Paris,

IMPRIMERIE DE DEMONVILLE,

RUE CHRISTINE, N° 2.

1832.



Président, M. DUMÉRIL.

Juges, MM. BOUILLAUD.

BROUSSAIS.

CHOMEL.

FOQUIER.

MARTIN-SOLON.

PIORRY.

Suppléant, M. TROUSSEAU.

Compétiteurs, MM. BARTHÉLEMY.

DEFERMON.

DUBOIS (d'Amiens).

DONNÉ.

FORGET.

GUILLLOT.

HOURLMANN.

HUTIN.

LEMBERT.

MENIÈRE.

PIEDAGNEL.

SABATIER.

SANSON.

SESTIÉ.

VIDAL (DE CASSIS):

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

DIVERSES ESPÈCES D'ANGINES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le mot angine vient de *angere*, étrangler. Autrefois, on appelait ainsi à peu près toutes les maladies qui présentaient ce phénomène. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner du nombre considérable d'angines admises dans les anciens cadres nosologiques, et d'y voir figurer des *synanches thymiques*, *hépathiques* (BONNET), et même une *synanche dysentérique* (ETTMULLER). En adoptant un seul élément d'une maladie pour base de classification, on arrive presque toujours à ce résultat.

Les progrès de l'anatomie pathologique ont conduit les modernes à préférer une classification basée sur les lésions matérielles. Mais, la plupart des angines étant accessibles à nos sens pendant la vie, il y a eu de nouveau tendance à la multiplication de leurs espèces. Il en serait de même des autres maladies, si toutes se trouvaient dans ces conditions. Si nous pouvions assister aux diverses phases de l'inflammation de l'arachnoïde, s'il nous était permis de suivre de l'œil les changemens qui s'opèrent alors sur cette séreuse, nous aurions bientôt créé une foule d'espèces d'arachnitis. Mais, quoiqu'il soit prouvé que la nature ne tranche pas les limites des maladies comme nous le faisons dans nos livres; il faut néanmoins reconnaître l'utilité de certaines divisions, surtout sous le rapport pratique. J'adopterai celles consacrées par les modernes. A l'exemple de M. CHOMEL, je

I

considérerai d'abord comme angines toutes les phlegmasies des membranes muqueuses comprises entre l'arrière-bouche d'une part, le cardia et l'origine des bronches de l'autre ; j'ajouterai de plus l'angine tonsillaire. Cette division comprendra les angines dites inflammatoires, elles constitueront un genre à part ; ce sera le premier. Le second genre renfermera les angines dites membraneuses, pulpeuses, gangréneuses, pustuleuses ; enfin, l'angine œdémateuse, ou œdème de la glotte.

Caractères généraux des Angines.

Dysphagie, altération de la voix, dyspnée, toux, exaltation de la sensibilité, élévation de la température, tuméfaction, modification de la couleur et de la sécrétion sur un des points indiqués comme siège des angines : Voilà les expressions symptomatiques les plus constantes des angines et celles qui s'y rapportent le mieux.

Ces symptômes ne sont pas tous inséparables de ces maladies, et il en faut toujours un certain nombre pour qu'une d'elles nous soit révélée. L'absence ou l'existence d'un ou de plusieurs de ces phénomènes, leur degré d'intensité, leur nature particulière, l'ordre de leur développement, les modificateurs qui les produisent, ceux qui les font cesser, etc. Toutes ces circonstances vont nous aider à établir les divisions.

Mais avant d'accepter ces symptômes comme élémens dans le diagnostic des diverses espèces d'angines, examinons leur valeur dans le diagnostic de l'angine considérée en général. Pour cela, passons-les rapidement en revue, en jetant un coup-d'œil sur les lésions, autres que les angines, qui peuvent les produire. En un mot, distinguons l'angine des maladies qui lui ressemblent, sous le rapport symptomatique ; nous établirons ensuite les différences des angines entre elles.

Diagnostic de l'Angine considérée en général.

A. La déglutition étant un acte physiologique très-complexe, auquel prennent part, d'une manière directe ou indirecte, une foule d'or-

ganes, les lésions qui l'altèrent doivent être extrêmement variées. Les causes, autres que les angines, qui peuvent produire la dysphagie, ont leur siège ou dans les organes qui servent directement à la déglutition, ou bien elles occupent les parties environnantes. Des corps étrangers avalés, des tumeurs formées dans les parois des voies digestives susdiaphragmatiques, un vice de conformation de ces organes, le développement anormal de ceux qui les avoisinent ou des tumeurs formées dans leur sein, certaines maladies de la langue, des carotides, des sous-clavières, de l'aorte pectorale, les engorgemens des ganglions profonds du cou et de la poitrine, certaines déviations des vertèbres cervicales, dorsales supérieures, des exostoses sur le corps de ces anneaux osseux : voilà tout autant de causes matérielles de dysphagie. Mais la plupart sont faciles à apprécier par l'exploration directe, les autres sont révélées par les circonstances antécédentes. Les ulcères du voile du palais, du pharynx, les dégénérescences cancéreuses de ces organes sont, pour la plupart, accessibles à nos sens. Quant à ces lésions qui s'y dérobent, nous arriverons à les reconnaître en ayant égard au commémoratif. Le malade sera surtout interrogé sur la nature de la douleur qu'il éprouve; et d'ailleurs, l'empreinte profonde que porte toute l'économie suffira, le plus souvent, pour mettre le médecin sur la voie. On procédera de même pour distinguer le cancer de l'œsophage. Ici surtout, le malade se plaindra d'un sentiment d'érosion qui est presque caractéristique. Ce phénomène sera développé par l'ingestion d'une boisson alcoolique ou d'une potion excitante. Ces liquides, d'ailleurs, s'aigrissent avec la plus grande promptitude, ce qui n'a pas lieu dans l'angine œsophagienne.

Il est facile de distinguer la dysphagie produite par l'angine, de celle que peuvent déterminer des lésions traumatiques du voile du palais, de ses piliers et de la partie supérieure du pharynx. Pour ce qui est des blessures de la partie inférieure de cet organe et de l'œsophage, les épanchemens qui en sont la conséquence en décèlent bientôt la cause. Les plaies, les brûlures des organes qui entourent la portion supérieure des voies digestives, peuvent donner lieu à une dysphagie par le gonflement qu'elles déterminent dans les tissus envi-

ronnans. Cette gêne de la déglutition ne pourra guère être confondue avec celle qui est symptomatique d'une vraie angine.

Il y a d'autres espèces de dysphagies que l'on pourrait appeler nerveuses, elles se lient, la plupart, à l'hystérie, à l'hypocondrie, à certaines fièvres graves, quelquefois au tétanos. M. *Raige-Delorme* a observé un spasme de l'œsophage qui empêchait la déglutition : il coïncidait, dit ce médecin, avec une gastrite chronique. Mais ces espèces de dysphagies sont presque toutes intermittentes, ce qui les distingue éminemment de la difficulté ou de l'impossibilité de la déglutition produites par les angines; d'ailleurs, il n'y a qu'à se rappeler l'histoire des névroses qui les produisent, et on pourra être sûr d'éviter toute méprise. La paralysie du pharynx, de l'œsophage, des organes accessoires de la déglutition, peuvent aussi déterminer la dysphagie. Mais ici il y a une liaison avec une maladie des centres nerveux qu'il est facile d'apprécier. Cependant cette paralysie paraît être quelquefois idiopathique. Le cas est alors plus embarrassant, mais il est extrêmement rare; car, le plus souvent, on confond ce phénomène avec la paralysie due à un commencement de luxation spontanée des premières vertèbres du cou. *Hippocrate* avait déjà signalé ce fait, M. *Bérard* jeune l'a développé dans une excellente thèse. Dans les deux suppositions, on reconnaîtra que la dysphagie n'est pas le symptôme d'une angine, 1° par l'absence ou le peu d'intensité de la douleur pendant la déglutition, 2° par le manque de ténacité et le peu d'abondance du mucus sécrété, 3° par les insuccès des antiphlogistiques et la légère amélioration apportée par les excitans, 4° quand il s'agira d'une luxation des premières vertèbres cervicales, on apercevra dans le fond de la gorge un enfoncement et une gibbosité correspondant à la partie antérieure et supérieure de la colonne vertébrale. (HIPPOCRATE.)

Il y a une autre espèce de dysphagie qui est, comme on le dit, dans l'imagination des malades. *Sauvages*, M. *Boyer* et d'autres médecins l'ont observée; elle marche presque toujours avec l'hypocondrie et la manie : aussi le praticien évitera toute erreur en ayant égard aux symptômes principaux de ces grands troubles de l'innervation.

B. Toute atteinte profonde portée à l'économie altère plus ou moins la voix; ainsi, ce symptôme isolé ne peut servir de base au diagnostic; mais il sera facile d'ailleurs de distinguer les grands troubles de l'économie et les grandes réactions de l'angine proprement dite. Un examen plus difficile sera celui des lésions qui occupent le voisinage du tuyau vocal. Mais vu la connexité des organes de la voix et de la déglutition, nous n'avons qu'à renvoyer aux remarques faites pour les lésions des organes qui entourent le pharynx et l'œsophage. Néanmoins il est des maladies qui siègent sur l'instrument de la voix lui-même, par exemple, celles des cartilages, des ligaments, des muscles intrinsèques. Ici la marche chronique de la maladie, l'amaigrissement du sujet, la coïncidence presque constante de tubercules dans les poumons; toutes ces circonstances aideront le diagnostic. Les autres causes de l'altération de la voix se confondent avec celles qui peuvent produire la dyspnée. Il va en être question.

C. Les mêmes maladies qui ont gêné la déglutition et modifié la voix peuvent aussi produire la dyspnée. Aussi ne répéterai-je pas ce que j'ai dit dans les deux paragraphes précédents. Mais, outre ces lésions qui affectent directement ou indirectement les voies aériennes et digestives supérieures, l'intumescence du thymus, de la thyroïde: puis toutes les affections des organes thoraciques peuvent produire la dyspnée. Ici on procédera par voie d'exclusion, et on ne rapportera ce phénomène à l'angine proprement dite, que quand on sera certain qu'il n'existe aucune lésion des organes contenus dans la poitrine ou formant cette cavité. Les moyens d'exploration abondent, et grâce aux belles recherches d'AVENBRUGGER, de CORVISART, de LAENEC, de M. Piorry; grâce aux observations pleines de justesse de MM. ANDRAL, CHOMEL, BOUILLAUD, LOUIS, etc. Il est peu de cas où le praticien puisse se tromper. Cependant il existe une maladie qui paraît avoir son point de départ dans la poitrine, et qui ne se manifeste souvent par aucun des signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion. Elle est quelquefois accompagnée d'un sentiment de constriction au gosier, ce qui pourrait la faire confondre avec les angines proprement dites. C'est pourquoi je vais énumérer la plupart de ses caractères distinctifs. *L'angine de poitrine* ou *sternalgie* n'est ja-

mais produite par des causes directes, elle n'attaque guère que les individus qui ont atteint leur quarantième année, son invasion est soudaine, ses symptômes se présentent sous forme d'accès qui ont lieu surtout le jour, et qui ne durent ordinairement, que quelques secondes, la douleur est constrictive fixée le plus souvent au tiers inférieur du sternum, sur ses parties latérales; il est rare qu'elle s'élève, en dedans, au-dessus de la quatrième côte; elle semble parfois suivre les divisions du plexus cervical, elle peut attaquer la mâchoire, les organes de la déglutition, le tube aérien, s'irradier sur les membres supérieurs, le gauche surtout, et suivre les divisions du nerf cubital. Le malade est tourmenté par l'idée d'une fin prochaine. On dirait, au premier aspect, et par les attitudes qu'il prend, que la circulation et la respiration éprouvent les plus grands troubles; il n'en est rien dans le plus grand nombre des cas. Néanmoins si les efforts d'inspiration auxquels il se livre se répètent trop, les muscles n'agissent plus, et l'asphyxie peut survenir par cessation des phénomènes mécaniques de la respiration. Rien de fixe pour le retour des accès, pour la durée de la maladie. Ce qui est constant, c'est sa terminaison funeste.

Il est d'autres névroses qui peuvent donner lieu à la dyspnée. Telles sont celles que nous avons considérées comme produisant la dysphagie. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit touchant les moyens d'établir leur distinction : il en sera de même des maladies cérébrales et rachidiennes.

D. La toux ne se rapporte pas à toutes les angines, elle peut être l'effet des lésions que nous avons déjà examinées. Nous nous en rapportons pour lors à ce qui a été dit à ce sujet.

Voilà pour ce qui a trait à l'analyse critique des principales expressions fonctionnelles des angines considérées en général. Maintenant jetons un coup-d'œil sur ce qu'on appelle *symptômes locaux* des angines; ils sont indispensables pour établir les caractères différentiels; car, réunis aux précédents, ils leur donnent la plus grande valeur.

Parmi les phénomènes locaux, il en est qui sont, comme on le dit dans les écoles, *sensibles*, et d'autres *rationnels*. Souvent, dans

les angines, nous pouvons constater par nos sens la tuméfaction, le changement de couleur de la muqueuse affectée, l'humeur qu'elle produit, les fausses membranes dont elle se revêt, etc. Il n'est pas impossible même de s'assurer de la température des parties enflammées, quand elles ne sont pas trop profondes. Mais la douleur ne peut être perçue que par le malade, lui seul peut l'exprimer. Que de variétés dans ce symptôme, qui tiennent au caractère, aux habitudes de celui qui souffre et à mille autres circonstances difficiles à apprécier? Mais en faisant la part des exagérations du malade, des circonstances qui rendent sa perception obtuse; on a appris qu'un *resserrement* ou une espèce de *strangulation* était la sensation la plus commune dans les angines. La sécrétion de la muqueuse enflammée est toujours modifiée. D'abord sécheresse, puis sécrétion abondante, ou d'une matière particulière

Ainsi analysés et groupés ensuite, ces symptômes ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une angine. Mais maintenant examinons les différences des deux genres de ces maladies annoncés au commencement de ce travail.

Diagnostic différentiel des deux genres d'Angines.

Les causes des angines inflammatoires qui constituent le premier genre sont manifestement irritantes, telles qu'un liquide très froid ou très-chaud, chargé de principes âcres ou caustiques, alcooliques, acides, alcalins; l'impression du froid sur le corps échauffé, ou l'action directe d'un air vif ou mêlé de vapeurs irritantes. Au contraire, les causes qui donnent naissance à la plupart des angines du second genre, paraissent plutôt dues aux qualités qu'à la température de ces modificateurs; les alimens, les liquides, l'air semblent contenir certains principes délétères, qui constituent la spécialité des angines membraneuses, gangréneuses, etc. Les angines dites inflammatoires ne sont pas contagieuses par elles-mêmes; le second genre, en contient qui paraissent l'être essentiellement dans certaines circonstances; la diphtérie, par exemple (BRETHERTON). Dans les deux genres, il en est d'épidémiques. Le début des angines

du second genre est souvent insidieux; les angines inflammatoires, au contraire, débudent franchement par une lésion fonctionnelle des organes qui vont être le siège de toute la maladie. C'est une rougeur vive, une augmentation de consistance et de volume des tissus affectés, qui caractérisent les angines du premier genre. Le siège de ces modifications anatomiques constitue les différentes espèces et les variétés qui en proviendront; dans le deuxième genre les différences ressortiront plutôt de la nature des lésions. Ici, tantôt la muqueuse est pâle, blafarde, puis noirâtre; elle se ramollit, s'œdématie, se couvre d'une espèce de fausse membrane ou d'un enduit pulpeux, quelquefois elle est parsemée de granulations semblables aux follicules de Brunner.

La douleur, la chaleur sont plus vives dans le premier genre; quelquefois, dans les autres angines, il y a absence de ces symptômes. Les phénomènes sympathiques provoqués par les angines du premier genre sont saillans, ils tiennent à une forte réaction du cœur et des centres nerveux; dans le second genre, on remarque peu ce mouvement synergique, il y a, au contraire, accablement, prostration. La marche des angines inflammatoires est assez régulière, et sa terminaison est, en général, heureuse; c'est le contraire dans le deuxième genre. Les antiphlogistiques triomphent ordinairement dans le premier genre; ils échouent plus souvent dans le deuxième, et alors, certains agens thérapeutiques très-irritans obtiennent plus de succès. Dans les deux genres, les expressions fonctionnelles des organes malades sont relatives au siège de la lésion.

Diagnostic différentiel des deux espèces d'Angines du premier genre.

La première espèce comprend les angines qui affectent l'isthme du gosier, le pharynx et l'œsophage. La seconde renferme celles qui ont leur siège dans le larynx et la trachée-artère. D'après cette différence de siège, on peut prévoir la différence des principales lésions fonctionnelles. Ainsi, la dysphagie sera nécessairement liée plus intimement à l'angine des voies digestives, tandis que la dyspnée,

les altérations de la voix et la toux caractériseront mieux la deuxième espèce. La douleur doit nécessairement varier de position. Dans la première espèce, le malade la rapporte sur un des points du trajet que parcourent le pharynx et l'œsophage; elle augmente par la déglutition, et est toujours plus vive que celle qui, pendant ce même acte, se fait sentir au larynx, dans les angines de la deuxième espèce: mais ici, c'est pendant les efforts de la voix que la douleur est vive. Dans la première espèce, on la développe en comprimant sous les angles de la mâchoire, derrière le pharynx et la trachée; tandis que les modifications de la sensibilité, dans celles de la deuxième espèce, se manifestent au-devant du larynx et de la trachée-artère, on accroît surtout la douleur en pressant sur les espaces thyro-hyoïdiens et crico-thyroïdiens. Plus de calorique se dégage pendant l'existence de la première espèce, le médecin peut souvent constater ce phénomène; tandis que, pour la deuxième, le malade seul en a la conscience. Souvent les ganglions du cou s'engorgent dans les angines des voies digestives; et ses caractères anatomiques peuvent quelquefois être constatés pendant le vivant. Dans les deux espèces, il y a d'abord diminution de la sécrétion muqueuse, mais quand le flux arrive, il est plus abondant, s'il s'agit d'une angine des voies digestives.

La première espèce se développe plus souvent sous l'influence des causes directes, l'autre est plus fréquemment sympathique. L'auscultation ne nous apprend rien sur les angines des voies digestives; tandis qu'elle peut éclairer le diagnostic des inflammations laryngo-trachéales. La rougeole accompagne parfois celles-ci; c'est avec la scarlatine que les angines des voies digestives coïncident plus fréquemment; l'abus du mercure développe surtout cette dernière espèce. La gêne de la déglutition prélude à celle-ci, c'est une altération de la voix qui annonce la deuxième espèce. L'estomac répond aux sympathies de la première espèce; les poumons sont influencés par la deuxième. La terminaison de celle-ci est plus fréquemment funeste, la mort a lieu par suffocation.

Diagnostic différentiel des variétés d'Angines de la première espèce.

(Premier genre.)

L'angine des voies digestives peut siéger sur les parties qui forment l'isthme du gosier, sur la partie supérieure du pharynx, qui est accessible à nos sens, ou bien sur sa partie inférieure; puis sur l'œsophage. De là les variétés. La première sera de plus subdivisée en angine gutturale (inflammation de la muqueuse qui revêt l'isthme) et en angine tonsillaire (inflammation des amygdales). Ces deux angines se ressemblent nécessairement par beaucoup de caractères; mais elles ont aussi des différences qui motivent la subdivision que je viens d'établir. Si la muqueuse de l'isthme est seulement enflammée, il ne peut pas y avoir dyspnée, tandis que les tonsilles, en se développant, dépassent en dedans les piliers, tendent à se rapprocher par leur surface interne et gênent ainsi le passage de l'air. Le développement des tonsilles ne se fait pas seulement dans ce sens, leur volume augmente encore en arrière et en dehors; de là compression des principaux vaisseaux du cou, et comme conséquence naturelle, injection des yeux, face vultueuse, et tendance aux congestions cérébrales. Ces phénomènes n'ont pas lieu quand la muqueuse du détroit est seule enflammée. Les douleurs d'oreilles, la surdité même, sont principalement produites par l'angine tonsillaire. Cette phlegmasie donne lieu à une sécrétion très-abondante de salive; alors, la déglutition étant très-douloureuse, difficile, quelquefois même impossible; l'expectation elle-même se faisant avec la plus grande peine, le malade se penche en avant et laisse tomber le flot d'humeur qui remplit sa bouche. Dans l'angine gutturale ordinaire, le flux est moins considérable; la déglutition est difficile, mais l'expectation l'est moins, le malade crachotte à tout moment. Dans les deux cas, la voix est nasonnée, mais dans l'amygdalite, quelquefois elle n'est émise que par le nez; elle peut même s'éteindre entièrement. Dans l'angine gutturale, souvent le malade n'est incommodé que par un vif prurit; la douleur éprouvée dans l'angine tonsillaire est comparée à celle que déterminerait la griffe d'un chat qui serrerait les glandes. La douleur de l'amygda-

lite répond parfois à la dernière dent molaire; il semble qu'on tente de l'arracher. Quelquefois le malade ne peut ouvrir la bouche; on sent sous les angles maxillaires des tumeurs formées par le développement des tonsilles. L'angine gutturale développe moins de calorique que l'inflammation des glandes. C'est principalement dans l'angine gutturale qu'on aperçoit de petites taches sur les tonsilles qui paraissent formées par du mucus concret. Le matin le malade expulse avec peine quelques pelotons de la même matière mêlés parfois avec de petits caillots noirâtres. La déglutition est gênée dans les deux cas, les liquides passent souvent par le nez, tombent dans le larynx et provoquent la toux. Cependant cette fonction est toujours possible dans l'angine gutturale, mais elle peut ne pas pouvoir s'effectuer dans la tonsillaire. Cette action est à tout instant provoquée dans l'angine gutturale par la luette qui chatouille la langue. La rougeur persiste plus long-temps sur l'isthme du gosier que sur les amygdales. L'angine tonsillaire se répète plus souvent, se soumet plus facilement à une espèce de périodicité. La suppuration est rare dans l'angine gutturale; elle est assez fréquente, au contraire, dans l'amygdalite.

Avant de distinguer entre elles les angines des deux sections du pharynx, distinguons la pharyngite de l'œsophagite. Dans l'œsophagite, la douleur se fait sentir sur un des points compris entre le cartilage cricoïde et la neuvième vertèbre dorsale; quand elle siège au cou, on l'augmente en pressant derrière la trachée-artère. La chaleur éprouvée par le malade est plus considérable dans l'angine œsophagienne; il se plaint d'un sentiment de brûlure quand il avale. La régurgitation est ici plus fréquente, mais elle arrive nécessairement plus tard que dans la pharyngite; elle est suivie, dans l'œsophagite, d'une émission considérable de mucosités. Dans cette angine il n'y a presque jamais toux, la voix n'est nullement modifiée; dans la pharyngite, ces symptômes ne sont pas essentiels, mais ils se présentent plus souvent; le timbre de la voix, surtout change presque toujours. L'angine de l'œsophage est plus grave que l'angine pharyngienne.

La déglutition est plus douloureuse que difficile dans l'angine de

la portion supérieure du pharynx. Il peut se faire qu'ici la muqueuse reste sèche pendant tout le cours de la maladie; ces caractères, pour le dire en passant, la distinguent de l'angine gutturale. Dans l'angine de la portion inférieure du pharynx, il y a difficulté et douleur en avalant; celle-ci se fait sentir au niveau du cartilage thyroïde, tandis que la douleur de l'angine supérieure a lieu plus haut, au-devant des premières vertèbres cervicales.

Dans l'angine pharyngienne inférieure, le bol alimentaire semble s'arrêter un instant au niveau du larynx; ce qui n'a pas lieu dans l'autre. L'expectation dans celle-ci est laborieuse à cause du dessèchement de la muqueuse, on voit parfois, sur cette membrane, des portions de mucus grisâtres qui adhèrent fortement et qui ont été pris pour des ulcères syphilitiques.

Diagnostic différentiel des variétés d'Angine de la deuxième espèce.
(Premier genre).

Il s'agit ici de l'*angine laryngée* et de l'*angine trachéale*. Dans la première, la dyspnée est plus forte, l'anxiété plus marquée. La voix est toujours très-altérée par l'inflammation du larynx, elle est rauque, aiguë, sifflante; dans la trachéite, elle subit peu de modifications ou bien elle ne s'altère que par intervalle, lorsque le fluide sécrété par la trachée s'accumule dans le larynx; mais après avoir fait expectorer le malade, la voix revient souvent avec toute sa pureté. Dans ces deux cas, la toux est fréquente, douloureuse, et elle prend le caractère de la voix. L'expectoration est en général muqueuse, mais elle est plus souvent mêlée de pus dans l'angine laryngée. Dans celle-ci l'inspiration est plus difficile, elle est plus douloureuse dans la trachéite. Dans les deux cas, l'auscultation fait reconnaître un râle muqueux d'autant plus évident que le liquide qui le détermine est plus abondant et moins épais. Ce râle s'accompagne d'un dégagement de bulles d'air plus ou moins facile, selon le degré de consistance de ce même liquide. Dans l'angine laryngée la douleur se manifeste nécessairement dans la région du larynx, on l'augmente en comprimant cet organe; celle de la trachéite se manifeste plus bas et se prolonge sous le sternum. Ici la douleur est

exaspérée par l'inspiration, tandis que la déglutition, la parole, augmentent celle qui accompagne la laryngite. Il y a chaleur dans les deux cas. La laryngite est plus grave que la trachéite. Dans les deux angines, l'autopsie fait voir la muqueuse rouge; mais cette membrane s'ulcère plutôt au larynx qu'à la trachée : là elle est aussi plus boursoufflée.

Diagnostic différentiel des espèces et variétés d'Angines du second genre.

Toutes les divisions que nous avons établies pour les espèces appartenant au premier genre et qui sont basées sur le siège de la lésion sont applicables ici; car, que le pharynx, l'œsophage ou le larynx soient rétrécis par un gonflement uniforme de la muqueuse ou par le développement d'une éruption, d'une fausse membrane, peu importante; il y aura toujours pour les deux premiers organes, des altérations de la déglutition, pour l'autre et la trachée des lésions fonctionnelles qui se rapporteront à la gêne éprouvée par l'air dans son passage à travers ces tubes vivans. Seulement ces phénomènes peuvent être exagérés, c'est ce que nous ferons remarquer dans les spécialités que nous allons faire connaître.

L'angine *pseudo-membraneuse* est souvent épidémique, elle est contagieuse dans certaines circonstances. On aperçoit d'abord des plaques d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé sur les amygdales, sur les parties latérales du pharynx, sur le voile du palais, réunies entre elles. Tendance de ces concrétions à envahir toutes les muqueuses, les parties même de la peau où l'épiderme est peu considérable, sur la conque de l'oreille, par exemple. Rougeur sombre ou pâleur, boursoufflement de la muqueuse qui entoure les productions morbides. La portion de cette membrane, qui est sous-jacente, présente de petits points rougeâtres formés par du sang. On lui donne cet aspect en détachant un lambeau de la couenne; ces petits points correspondent à des filamens qui servent de liens entre la vraie et la fausse membrane. Les lèvres, les gencives, saignent parfois

chez les adultes ; la bouche du malade exhale une odeur infecte que M. Bretonneau compare à celle de la carie des dents. Engorgement des ganglions cervicaux sous-maxillaires, yeux larmoyans, face bouffie, toux fréquente, déglutition très-difficile. Cette maladie se lie fréquemment aux éruptions de l'enfance. Les enfans mal nourris, les femmes épuisées en sont plus souvent atteints. Elle débute quelquefois par un torticolis, une simple chaleur dans la gorge, et voilà que la déglutition devient tout à coup gênée. On examine le gosier, déjà de fausses membranes sont formées. Il y a dans l'habitude générale du malade un affaissement qui annonce une atteinte profonde portée à l'innervation. Ces caractères différencient cette angine de toutes les autres. Il y en a une autre que M. Guersent appelle *pultacée* ; elle est caractérisée par des plaques ou des flocons d'une matière de consistance, caséeuse, que l'on enlève facilement avec les doigts : cette production se renouvelle avec une prodigieuse facilité. Une telle angine paraît être une modification de celle que nous venons de décrire ; mais généralement ses phénomènes sympathiques sont moins graves, elle est aussi moins funeste.

L'*Angine gangréneuse* se confond par les phénomènes généraux et par d'autres circonstances avec l'angine pseudo-membraneuse ; mais elle s'en distingue par les caractères suivans : les taches d'un blanc-grisâtre qui apparaissent au fond de la gorge, d'abord sur une des tonsilles, s'obscurcissent, deviennent noirâtres, puis tout-à-fait noires. Quand la gangrène se borne aux amygdales, elle détruit quelquefois ces glandes. Dans les autres cas, après la chute de l'escarre, il reste une perte de substance dont la cicatrisation est lente, surtout quand la membrane environnante reste pâle ; si elle rougit, la réparation des tissus se fait plus promptement. Je n'ai pas besoin de répéter que les symptômes locaux, soit physiques, soit fonctionnels, varieront selon le siège de cette angine, selon qu'elles occuperont telle ou telle partie des voies digestives ou des voies aériennes.

Certaines éruptions de la peau, la variole, par exemple, peuvent se propager dans les voies respiratoires et digestives, et donner lieu

à des angines dont les caractères seront faciles à distinguer : d'abord par le fait de l'existence d'une éruption cutanée, puis par la forme des pustules.

Certaines angines pustuleuses ont coïncidé avec le choléra épidémique de Paris ; l'éruption est analogue à celle produite dans les intestins par le développement des glandes de Brunner. Ces pustules peuvent se présenter sur toute la surface muqueuse que nous avons considérée comme siège des diverses angines. Elles sont plus marquées et plus confluentes sur le pharynx, les piliers et surtout la luette. Elles laissent échapper un fluide tantôt limpide, tantôt trouble et semblable à celui que contiennent les intestins des cholériques.

Quand la fausse membrane, dont nous avons déjà parlé, tapisse les voies aériennes, l'angine est appelée *croup* ; on peut le confondre avec le catarrhe suffocant, avec une simple angine laryngée ou avec l'œdème de la glotte. En parlant du diagnostic de l'angine considérée en général, et des variétés de la deuxième espèce du premier genre, nous en avons dit assez pour éviter toute confusion du croup avec le catarrhe suffocant et l'angine laryngée simple. Il ne nous reste donc ici qu'à différencier le croup de l'œdème de la glotte.

Le *croup* attaque principalement les enfans ; l'œdème de la glotte survient à tous les âges : il est quelquefois épidémique, l'œdème de la glotte jamais. Parfois le croup débute brusquement dans la nuit pendant un sommeil paisible ; l'angine œdémateuse ne présente pas cette particularité : ici la respiration devient insensiblement gênée ; puis arrive une dyspnée des plus fortes ; elle revient par accès comme dans le croup ; mais dans l'œdème de la glotte, c'est surtout l'inspiration qui est difficile, elle est sonore, sifflante, l'expiration au contraire est libre ; dans le croup, les deux temps de la respiration sont difficiles, le caractère de la voix est spécial, elle ressemble au cri des jeunes coqs. La toux, qui vient par quintes, prend cette intonation : par l'auscultation, on entend dans le larynx des râles qui sont en rapport avec la consistance de la matière sécrétée. Quand déjà de fausses membranes ont été rejetées, on entend un claquement semblable à celui d'une soupape ; ce bruit a lieu dans l'inspiration,

quand la fausse membrane se détache par en haut : si elle se détache dans le sens contraire, c'est pendant l'expiration qu'il se fait entendre. On n'observe pas ces phénomènes dans l'œdème de la glotte ; ici la voix est rauque, plus ou moins affaiblie, elle s'éteint parfois complètement. Dans le croup, l'expectoration est composée d'un fluide visqueux, quelquefois purulent ou combiné à des flocons de substance albumineuse ; enfin le malade crache de fausses membranes. Dans l'œdème de la glotte, on ne rencontre jamais ces fausses membranes. Dans les deux cas, la douleur se fait sentir à la partie supérieure du larynx ; le malade y porte la main ; elle est constrictive dans le croup ; dans l'œdème de la glotte, le malade croit sentir dans le larynx un corps étranger, mobile pendant la déglutition, susceptible de se placer dans l'ouverture de la glotte, ou de se déjeter sur les côtés par l'expiration. Si l'on porte le doigt sur la base de la langue, et qu'on l'enfonce dans le larynx, après avoir franchi l'épiglotte, on sent un bourrelet au pourtour de la glotte. Ce caractère est distinctif, il est pour l'angine œdémateuse ce que les fausses membranes sont pour le croup. À l'autopsie, on trouve le plus souvent dans l'œdème de la glotte, en dehors des cordes vocales, et derrière la membrane thyro-hyôidienne, de petits foyers purulents, des altérations des cartilages et des ligamens du larynx. Rien de tout cela ne se présente dans le croup. La terminaison du croup est moins souvent funeste que celle de l'œdème de la glotte. Mais quand on connaîtra l'opération chirurgicale qui convient au traitement de celle-ci, la proposition contraire sera plus vraie.

FIN.