

à toute appréhension. Mais en pratique cette manière de faire rencontre de grandes difficultés, les lésions sont multiples, silencieuses, le malade se résignerait de mauvaise grâce à une opération de ce genre, que d'ailleurs on ne saurait lui conseiller bien formellement, puisque la transformation épithéliomateuse n'est pas fatale si elle est toujours possible.

Amygdalite phlegmoneuse (1). — Dans l'affection qu'on désigne habituellement sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse, l'amygdale même est peu atteinte. Elle est sans doute légèrement touchée. Mais les lésions importantes et caractéristiques siègent en dehors de cet organe, dans le tissu cellulaire péri-amygdalien. C'est donc à proprement parler une péri-amygdalite. L'évolution de la maladie conduit d'une façon presque constante à la formation d'abcès et cette tendance, aussi bien que son aspect clinique, justifie le mot *phlegmoneux*.

Nombre d'auteurs préfèrent substituer au terme amygdalite qui, d'après ce que nous venons de dire, n'est pas rigoureusement exact, celui d'*angine phlegmoneuse*. Peu importe. Mais il faut remarquer que le point de départ, la porte d'entrée est toujours l'amygdale, que cet organe participe plus ou moins au processus inflammatoire et que c'est toujours un état pathologique de ses cryptes qui prépare et détermine la poussée péri-amygdalienne, que la formation du pus en dehors de l'organe est en somme un fait secondaire et qu'alors on se trompe moins qu'on ne le croirait en conservant à la maladie le nom d'amygdalite.

D'ailleurs, à côté de la péri-amygdalite, il existe des amygdalites suppurées véritables, où le pus se forme dans l'épaisseur de l'organe. Ces formes ne sont pas très rares, quoique bien moins communes que les péri-amygdalites.

La plupart des auteurs admettent que l'angine phlegmoneuse, malgré sa tendance habituelle à la suppuration, peut se terminer par résolution. Mais Bourges déclare expressément qu'alors il ne s'agit pas d'angine phlegmoneuse, mais d'angine érythémateuse, la suppuration étant la terminaison fatale et nécessaire des véritables angines phlegmoneuses.

Signes. — La *péri-amygdalite phlegmoneuse* peut débiter de deux manières. Ou bien elle est précédée d'une angine qui présente les

(1) CHASSAIGNAC, Traité de la suppuration. Paris, 1859. — LASÈGUE (Ch.), Traité des angines. Paris, 1868. — VERNEUIL, *Gaz. des hôp.*, 1879. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — DAMASCHINO, Leçons sur les maladies du tube digestif. Paris, 1880. — BRETON, thèse de Paris, 1883. — VERGELY, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1886. — MILSONNEAU, thèse de Paris, 1885. — LANDOUZY, *Gaz. des hôp.*, 1885. — RICHARDIÈRE, *Semaine méd.*, 1891. — RENDU, *Soc. méd. des hôp.*, 1891. — SALLARD, Les amygdalites aiguës, thèse de Paris, 1892. — TERSON, Phlébites orbitaires consécutives aux affections leuco-pharyngées (*Rec. d'ophth.*, 1893). — VEILLON, thèse de Paris, 1894. — BABUEL PEYRISSAC, thèse de Bordeaux, 1893. — BRUMAUD DES HOULIÈRES, thèse de Paris, 1895. — MAUREL, Thèse de Paris, 1895.

caractères d'une angine banale, mais au quatrième ou cinquième jour, alors que celle-ci paraissait en décroissance, surviennent de nouveau des douleurs et de la fièvre et l'amygdalite phlegmoneuse se déclare. L'évolution se fait ainsi en deux temps. Lasègue a bien mis en lumière ce fait important et montré « qu'en oubliant dans le tableau de la maladie la période prodromique, on avait supprimé un des temps les plus importants de l'évolution ».

Dans d'autres cas, elle débute brusquement, d'emblée en apparence, soit que la période prodromique ait été très courte, soit que réellement l'inflammation ait frappé d'emblée le tissu cellulaire péri-amygdalien.

En cherchant bien, on trouve presque toujours une période prodromique plus ou moins longue, caractérisée par du malaise, de la courbature, un peu de gêne dans la gorge. Si l'on examine le malade à ce moment, on constate de la rougeur de l'isthme du gosier et des amygdales et à la surface de l'une d'elles un exsudat opalin surtout au niveau des cryptes. Ces signes sont parfois peu accusés, négligés par le malade et passeraient inaperçus sans les phénomènes consécutifs.

Un frisson, une fièvre ardente, accompagné d'une céphalalgie parfois très intense, marquent le début de la péri-amygdalite. Le frisson variable dans son intensité est souvent peu marqué, mais il peut être « égal à celui de la pneumonie » (Lasègue).

En examinant la gorge on peut dès le premier jour, « en apportant un surcroît d'attention, reconnaître au-dessus de l'amygdale malade une surface rouge, tendue, dont la rougeur mal circonscrite va s'étendant vers les parties voisines et occupe d'emblée plusieurs centimètres de circonférence ». Dès le lendemain l'affection présente tous ses caractères essentiels, et au quatrième jour elle arrive à son apogée.

La physionomie du malade est assez caractéristique. La face est souvent vultueuse, la tête est immobilisée par la contracture des muscles du cou, la respiration bruyante, la bouche ouverte laisse écouler la salive. Chaque mouvement de déglutition amène une grimace sur la figure du sujet.

On soupçonne immédiatement ce dont il s'agit en entendant sa première parole. La voix est nasonnée. Ce nasonnement n'est pas absolument spécial, mais rapproché des autres symptômes constatés dès l'abord, il devient déjà un indice très sérieux.

L'examen de la gorge n'est pas toujours facile. Il y a souvent en effet de la contracture des mâchoires, surtout quand l'inflammation est très intense et particulièrement quand il y a à redouter quelque propagation latéro-pharyngienne. Chez les jeunes sujets particulièrement, dont la mauvaise volonté, comme l'on sait, est notoire, toutes les fois qu'on veut inspecter la gorge, on a parfois beaucoup de peine à faire cette exploration. Mais presque toujours il s'agit de jeunes gens

ou d'adultes, et d'autre part ce trismus bien que fréquent est très loin d'être la règle, surtout au début.

La gorge est le siège d'une rougeur intense et d'une déformation très notable. La rougeur et le gonflement sont limités à un seul côté. Il est très rare en effet que l'amygdalite phlegmoneuse soit bilatérale, et quand les deux côtés sont pris, ils le sont successivement.

Donc un des côtés de l'isthme du gosier est le siège d'une rougeur intense qui s'étend au voile du palais, parfois jusqu'à son insertion antérieure, à la luette, à la partie correspondante du pharynx. Toute cette région est d'un rouge sombre; c'est, a-t-on dit, la rougeur de la peau dans le phlegmon. Un œdème plus ou moins considérable, mais toujours manifeste, occupe toute la région.

Il a son maximum au niveau du pilier antérieur et de la région sus-amygdalienne. Il s'étend au voile du palais qui est immobilisé, pendant et inerte, à la luette dont le volume peut être doublé, triplé et plus encore, puisque Lasègue en a vu une dont les dimensions égalaient celles du pouce. L'amygdale repoussée en dedans vient se mettre en contact avec la luette tuméfiée.

Elle est elle-même un peu augmentée de volume, plus rouge qu'à l'état normal, et ses cryptes contiennent des exsudats et des amas pultacés. Mais en somme elle est peu modifiée, elle est déplacée en masse par le processus pathologique qui siège en dehors d'elle. Elle subit un léger changement d'orientation. Au lieu de regarder directement en dedans, sa face interne est tournée légèrement en arrière et un peu en bas. L'exploration avec le doigt permet de reconnaître l'empâtement de toute la région tuméfiée, constatation précieuse quand l'inspection directe est impossible. Cet empâtement est plus ou moins dense suivant les points considérés, il l'est particulièrement au niveau de la région pré-amygdalienne. En cet endroit le toucher détermine une vive douleur qui est un bon signe de suppuration à ce niveau.

En général la langue est sale et pâteuse, l'haleine fétide et la salivation exagérée. Les douleurs de la gorge sont continues, mais exacerbées par tous les mouvements de déglutition. Aussi le malade renonce spontanément à toute alimentation solide. Les liquides eux-mêmes passent avec une grande difficulté et chaque gorgée coûte de vives douleurs. Les liquides chauds sont habituellement mieux tolérés.

La fièvre se maintient très élevée pendant les quatre ou cinq jours que dure la maladie, elle atteint et parfois dépasse 40 degrés, avec de faibles rémissions matinales. L'insomnie est constante. Chez les alcooliques il y a volontiers du délire, des cauchemars.

Au quatrième jour la fièvre diminue et la céphalalgie se dissipe, mais la dysphagie est à son comble, et à ce moment on observe souvent de la gêne respiratoire, l'inspiration est laborieuse et bruyante,

et le malade a la sensation d'étouffer. Cependant ces phénomènes sont en général plus alarmants que graves, et ne mettent pas en danger l'existence du malade. D'ailleurs on a dans l'intervention chirurgicale un bon moyen de les faire cesser promptement quand ils deviennent trop pénibles ou sensiblement inquiétants.

La suppuration s'annonce par un changement dans le caractère de la douleur qui devient pulsative et plus localisée. Au cinquième ou sixième jour l'abcès est collecté et s'ouvre spontanément, quand on a laissé la maladie évoluer jusque-là.

Cette ouverture se fait brusquement. Elle est suivie d'un soulagement considérable et presque immédiat. Cette rupture a lieu souvent pendant le sommeil. Le malade qui s'était endormi péniblement et dont l'état quelquefois paraissait sérieux, se réveille guéri. Guéri ou peu s'en faut. La fièvre est tombée, les douleurs ont cessé, ou du moins le peu qui en reste paraît un singulier bien-être comparé à l'état de la veille. Les mouvements de déglutition s'exécutent sans difficulté.

Quand l'abcès s'ouvre pendant la journée, c'est en général à l'occasion d'un effort pour cracher, avaler ou pour vomir. Le malade éprouve subitement une sensation de soulagement, en même temps qu'il crache une petite quantité de pus. Comme toutes les collections développées au voisinage du tube digestif, ce pus est d'une extrême fétidité. « Cette fétidité est même parfois le seul signe qui indique la rupture de l'abcès, le pus qui se mêle aux crachats étant en si petite quantité qu'on pourrait facilement ne pas l'apercevoir » (Chassaignac). La cessation des souffrances suit immédiatement cette évacuation, en quelques heures l'état du malade se transforme, il s'endort d'un sommeil réparateur et le lendemain tout est fini.

Si on cherche l'ouverture qui a pu livrer passage au pus, on ne la trouve point. Ou du moins cette recherche est presque toujours infructueuse. C'est qu'en effet l'étroit pertuis qui a permis à la collection de s'évacuer est dissimulé dans l'excavation sus-amygdalienne, derrière le pilier antérieur, et il n'est pas facile de le mettre en évidence.

Telle est la marche de l'amygdalite phlegmoneuse ordinaire, ou plus exactement de la péri-amygdalite, quand l'évolution n'en est pas abrégée par une incision précoce. A peine la rémission s'est-elle faite d'un côté, qu'on voit survenir quelquefois une autre péri-amygdalite du côté opposé; mais cela est exceptionnel.

L'unilatéralité est au contraire un des caractères presque constants de cette affection.

L'amygdalite phlegmoneuse proprement dite diffère beaucoup de la précédente. Les phénomènes qu'elle détermine sont beaucoup moins graves. Aussi, bien qu'elle ne soit pas fréquemment observée, est-elle encore plus fréquemment méconnue.

Il s'agit plutôt dans la majorité des cas d'une poussée aiguë sur une amygdalite chronique, que d'une amygdalite aiguë primitive. L'affection débute comme une angine banale par de la rougeur de la gorge et des douleurs à la déglutition. Très rapidement cette rougeur se limite à l'une des amygdales si elle ne l'était déjà dès le début. La fièvre augmente et s'accompagne de céphalalgie. La déglutition devient très pénible. L'amygdale malade, d'une rougeur intense, est tuméfiée et très douloureuse. Au cinquième ou sixième jour il se forme un petit abcès qui s'ouvre à la surface de l'amygdale ou dans un des cryptes, plus ou moins tôt, suivant que son siège est plus ou moins profond. On peut quelquefois apercevoir à travers la muqueuse amincie la collection sous forme d'une tache d'un blanc jaunâtre.

Lasègue décrit outre cette amygdalite suppurée une *forme furonculaire* et une *forme anthracôïde* qui se termineraient par l'élimination de bourbillons sphacéliques, mais sa description se rapporte évidemment à des faits que l'on a bien rarement l'occasion d'observer.

Amygdalite proprement dite, ou péri-amygdalite, l'affection a la plus grande tendance à récidiver. Certains malades ont ainsi des amygdalites phlegmoneuses à répétition, en série, qui surviennent tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans, habituellement du même côté. La moindre imprudence amène le retour de ces accidents, qui surviennent d'ailleurs souvent sans qu'on leur ait fourni aucun prétexte. Sallard fait remarquer que ces poussées phlegmasiques qui surviennent périodiquement n'ont pas toujours la même intensité, que tantôt l'angine est simplement érythémateuse, tantôt phlegmoneuse. Cette notion n'est pas applicable à tous les sujets indistinctement. Certains malades ont toujours la même forme. Leurs angines sont à ce point identiques, qu'ils en peuvent prédire exactement le début, l'évolution et la durée. « En pareil cas, dit Lasègue, le plus sage et le plus habile est d'accepter les renseignements qu'ils fournissent. »

La marche simple que nous avons indiquée est celle que suivent la plupart des amygdalites phlegmoneuses. Mais toutes n'évoluent pas avec cette simplicité; et l'on a parfois à déplorer des retards dans la guérison, ou de sérieuses complications. Enfin dans quelques cas l'amygdalite suppurée revêt des allures graves et peut même entraîner la mort.

Tout d'abord l'abcès dont la guérison suit de si près l'ouverture dans l'immense majorité des cas, peut se vider incomplètement, donner lieu à des phénomènes de rétention, ou se reformer par oblitération du pertuis qui permettait l'évacuation. Parfois encore il persiste un clapier fistuleux, comme dans deux cas de Cartaz (1), où le stylet introduit dans l'orifice fistuleux qui s'ouvrait à l'union des deux piliers, s'enfonçait dans l'épaisseur du voile.

(1) CARTAZ, *Soc. franç. de laryng.*, 1897.

Presque toujours au cours de l'amygdalite ou de la péri-amygdalite, la palpation permet de sentir derrière l'angle de la mâchoire soit un empâtement dur assez mal limité, soit un corps arrondi et mobile. Il s'agit d'une adénopathie, qui ne manque presque jamais dans les cas un peu intenses, et qui disparaît en même temps que l'amygdalite. Mais il y a des exceptions à cette règle, et l'on peut voir se développer au voisinage du pharynx des suppurations parfois étendues, dont le développement accompagne ou suit l'évolution de l'abcès péri-amygdalien. La fièvre se maintient élevée, le trismus est généralement très accentué, il se produit à la partie supérieure du cou en arrière de l'angle de la mâchoire une tuméfaction au niveau de laquelle les téguments se colorent et où la palpation détermine une vive douleur. Est-ce le pus de l'abcès péri-amygdalien qui a fui hors du pharynx? Est-ce un adéno-phlegmon latéro-pharyngien? La dernière hypothèse est plus vraisemblable. Toujours est-il que le pus est situé très profondément, au contact même de la paroi pharyngienne, et parfois cette collection intra-pharyngienne communique avec la collection péri-amygdalienne. J'ai observé deux cas de ce genre, un sur une malade de M. Richelot, à l'hôpital Tenon, l'autre plus récemment avec mon excellent ami le D^r Crochet. Les adéno-phlegmons ordinaires du cou ne sont pas très rares à la suite des amygdalites en général; elles sont un peu moins fréquentes à la suite des amygdalites phlegmoneuses, sans être pourtant des curiosités (1).

On a vu des abcès latéro-pharyngiens consécutifs à des amygdalites suppurées, demeurer fistuleux à la fois du côté du pharynx et du côté de la peau. C'est ce qui arriva en particulier à ce malade de Chassaignac qui présentait deux fistules externes, dont l'une venait s'ouvrir au voisinage de la clavicule et avait, d'autre part, un orifice pharyngien au niveau de l'excavation sus-amygdalienne.

Enfin dans des cas tout à fait exceptionnels, on a vu la suppuration s'étendre plus loin encore, se diffuser jusqu'au médiastin, s'ouvrir dans la plèvre (Hanot).

Ce n'est pas tout, la suppuration péri-amygdalienne peut entraîner des hémorragies graves (2) susceptibles d'entraîner une mort rapide, des thromboses des veines pharyngiennes et jugulaires (3), des phlébites orbitaires (4). En outre l'infection peut se propager soit aux organes qui sont en rapport direct avec la cavité bucco-pharyngienne, soit à distance et alors par une infection générale. Dans la première catégorie rentrent les glossites, rhinites, adénoïdites, qui sont des exceptions, puis les otites moyennes qui sont fréquentes, et les bron-

(1) MILSONNEAU, thèse de Paris, 1885.

(2) VERGELY, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886. — MOIZARD, *Journ. de méd. prat.*, 1886. — HALL, *Bost. med. Journal*, 1887.

(3) BRETON, thèse de Paris, 1883.

(4) FAUVEL, thèse de Paris, 1887.