

chites ou broncho-pneumonies qu'on a vues parfois succéder aux amygdalites, et pour lesquelles on peut à la rigueur admettre ce mode de contamination. Dans l'autre groupe prennent place une foule de lésions dont les plus anciennement connues sont les « orchites métastatiques des affections de l'arrière-bouche (1) ». Ces faits sont aujourd'hui bien connus et peuvent s'observer à la suite de toutes les amygdalites. Les arthrites ont été notées. La néphrite infectieuse est relativement fréquente. On a vu un abcès du foie consécutif à un abcès amygdalien (2). Bref, on a à peu près tout vu en fait de complications à la suite des amygdalites en général et de l'amygdalite phlegmoneuse en particulier, et il n'est pas douteux que l'amygdalite ne soit alors une maladie infectieuse au premier chef et d'un très fâcheux pronostic. De fait on a vu plusieurs fois la mort survenir à la suite de ces amygdalites, dont le caractère extrêmement grave contraste avec l'habituelle bénignité de l'affection. Il s'agit, comme le dit Sallard, de véritables pyohémies à porte d'entrée amygdalienne.

Ces derniers faits doivent être enregistrés, mais ils sont en très petit nombre. Ce sont des curiosités. Ils ne sauraient aggraver le pronostic habituel d'une maladie qui, dans l'immense majorité des cas, évolue de la façon la plus simple et se montre complètement dépourvue de tout sujet de crainte.

**Pathogénie.** — Mais ces faits sont surtout intéressants pour servir à l'étude de la pathogénie. Lasègue, frappé de l'importance des phénomènes généraux dans l'amygdalite phlegmoneuse, disait déjà que cette affection « n'est pas une phlegmasie locale aussi simple qu'il semble au premier abord » et pensait que « le phlegmon sus-amygdalien n'est que la détermination d'une perturbation générale ».

Kannenberget Bouchard ont montré que l'amygdalite aiguë pouvait se compliquer d'albuminurie infectieuse. M. Landouzy est tellement persuadé qu'il s'agit d'une maladie infectieuse générale et non d'une phlegmasie locale, qu'il appelle l'amygdalite une fièvre amygdalienne, et déclare qu'« en dehors d'un traumatisme il ne connaît pas d'angine pouvant être considérée comme une affection locale ». Il n'y a que des déterminations morbides d'un état général plus ou moins apparent, plus ou moins marqué. Cette doctrine est acceptée aujourd'hui par beaucoup de médecins, et basée sur le début par les troubles généraux qui peuvent se montrer avant toute constatation locale, troubles qu'on observe dans beaucoup d'autres maladies dont la nature infectieuse est généralement reconnue, d'où possibilité de manifestations multiples et diffuses du côté des viscères, et même possibilité de contagion (3).

(1) VERNEUIL, *Arch. gén. de méd.*, 1857. — JOAL, *Arch. gén. de méd.*, 1886. — DESCOINGS, thèse de Paris, 1890.

(2) LETULLE, *Soc. anat.*, 1888.

(3) RICHARDIÈRE, *Sem. méd.*, 1891.

Que les amygdalites soient d'abord des phlegmasies locales, ou qu'elles soient des déterminations d'un état général, d'une fièvre amygdalienne, ce qui n'est plus douteux, c'est qu'il s'agit de lésions de nature microbienne. Le professeur Bouchard pense « qu'elles se contaminent plus souvent par l'intérieur que par la cavité buccale, et que c'est moins la pénétration des microbes par les cryptes que leur arrivée par le sang qui met les amygdales aux prises avec les agents infectieux ». Des travaux plus récents semblent devoir faire admettre que ce sont au contraire les microbes venus de la cavité bucco-pharyngienne qui infectent l'amygdale en pénétrant au niveau de ses cryptes ou de sa surface libre. Toutes les amygdalites aiguës, à ce point de vue, peuvent être rapprochées et reconnaissent une pathogénie identique. De l'amygdalite simple catarrhale à l'amygdalite suppurée, il n'y a pas de différence essentielle, la localisation plus ou moins profonde crée les aspects cliniques distincts. L'étude microbiologique vient appuyer cette conception de l'unité pathogénique des amygdalites aiguës. Ces recherches bactériologiques sont fort délicates, à cause de la difficulté d'obtenir des cultures pures et d'isoler l'organisme réellement pathogène. Veillon, dont le travail important est d'un intérêt tout particulier à ce point de vue, a trouvé dans tous les cas qu'il a examinés, du streptocoque pyogène, le plus souvent associé à du pneumocoque, quelquefois à du staphylocoque, mais dans un certain nombre de cas à l'exclusion de tout autre agent pathogène. Or ces résultats ont été les mêmes, quelle que fût la variété de l'angine, catarrhale, pseudo-membraneuse ou phlegmoneuse. On peut conclure que ces angines cliniquement différentes sont au fond de même nature, causées par le streptocoque seul ou associé, et ne différant que par la localisation du microbe pathogène sur, dans ou sous la muqueuse, la virulence du microbe et le terrain sur lequel il évolue étant d'ailleurs susceptibles d'imprimer à la maladie d'autres modifications.

**Étiologie.** — L'amygdalite phlegmoneuse est très rare chez l'enfant, très rare aussi chez les gens âgés. Lasègue en aurait vu un cas chez une femme de soixante-dix ans, mais lui-même n'était pas absolument sûr de son diagnostic. C'est après la puberté que cette forme d'amygdalite devient fréquente. Elle l'est surtout chez les jeunes gens entre dix-huit et vingt-huit ans. Après quarante ou quarante-cinq ans elle devient exceptionnelle; et même ces phlegmons péri-amygdaliens un peu tardifs ne sont jamais les premiers accidents de ce genre dont le malade est atteint, ils continuent une série inaugurée dans la jeunesse. D'ailleurs les accès s'espacent peu à peu et avec la vieillesse finissent par disparaître.

L'arthritisme, les troubles de la menstruation en favoriseraient le développement, mais certaines conditions locales ont une importance bien plus considérable: ainsi l'hypertrophie des amygdales, les inflam-

mations antérieures dont quelques reliquats ont pu subsister au niveau des cryptes, les amygdalites lacunaires chroniques. Chose curieuse, certaines angines graves, comme celles de la diphthérie, ou de la scarlatine ne s'en accompagnent presque jamais, au lieu qu'elles retentissent énergiquement sur les ganglions. D'après Ch. Rice, l'adhérence des piliers antérieurs à l'amygdale devrait être incriminée. Il y aurait ainsi oblitération de quelques cryptes, qui de temps à autre s'enflammeraient. Mais l'inflammation chronique des cryptes amygdaliens a une bien autre importance.

Les calculs développés dans ces cryptes amènent d'une façon presque certaine toute une série d'amygdalites phlegmoneuses jusqu'au jour où ils sont expulsés ou extirpés.

Souvent c'est à l'occasion d'un refroidissement que la maladie débute. Pendant un certain temps on a volontairement négligé ce facteur dont l'importance n'est pas niable dans l'étiologie des phlegmasies aiguës de la gorge. Mais Sallard nous rassure à cet égard en nous déclarant que « le traditionnel refroidissement a reconquis en pathogénie, non peut-être tout son empire, mais une place raisonnable ».

On a vu des péri-amygdalites phlegmoneuses chez des sujets dont on avait extirpé les amygdales. C'est ce qui arriva, par exemple, dans un cas que Sallard rapporte dans son excellent travail. Un malade qui avait eu à plusieurs reprises des amygdalites, subit pour cette raison l'amygdalotomie. Or, trois ans après, il eut du côté droit une amygdalite phlegmoneuse. Il est probable qu'il était resté un petit moignon d'amygdale où subsistaient quelques cryptes infectés.

**Diagnostic.** — La péri-amygdalite phlegmoneuse se reconnaît sans peine. Son siège unilatéral, l'œdème et la rougeur intense, mais limitée, les douleurs très vives, l'empâtement constaté par le toucher digital la différencient de toutes les angines. Pour l'amygdalite proprement dite, il est un peu plus délicat de se prononcer, du moins pendant les premiers jours.

On reste ainsi dans le doute pendant trois ou quatre jours, se demandant dans quel sens va évoluer la phlegmasie, vers la résolution ou vers la suppuration. La simplicité même avec laquelle on fait le diagnostic habituellement est cause qu'on peut dans certains cas reconnaître la nature phlegmoneuse de l'inflammation sans soupçonner que derrière il puisse y avoir autre chose, corps étranger fixé dans le tissu de l'amygdale, calcul logé dans un des cryptes. Un examen trop sommaire est aussi la cause d'une confusion avec une gomme de l'amygdale ou d'un des piliers. L'évolution indolente et froide, l'absence de ganglions et de fièvre doivent mettre en garde contre toute erreur, avant même que l'ulcération soit venue donner à la lésion un aspect caractéristique.

On a de la peine à croire qu'une tumeur maligne ait pu être prise pour une angine phlegmoneuse. Et cependant cela s'est vu. Un sar-

come à marche rapide a été considéré comme une péri-amygdalite et incisé avec le résultat que l'on peut soupçonner.

Les abcès latéro-pharyngiens créent des difficultés bien plus sérieuses. On peut ne voir que la tuméfaction cervicale et négliger l'amygdalite phlegmoneuse dont ils dépendent.

D'ailleurs le trismus empêche quelquefois d'explorer directement l'amygdale. On peut dans d'autres circonstances se demander si les phénomènes ont commencé en dehors ou en dedans du pharynx, si c'est un adéno-phlegmon latéro-pharyngien qui veut s'ouvrir dans la cavité bucco-pharyngienne, ou un abcès amygdalien qui a fusé vers l'extérieur.

Quant à différencier cliniquement la péri-amygdalite de l'amygdalite, il n'y a pas là de difficulté sérieuse, puisqu'il suffit de jeter un coup d'œil dans la gorge pour voir que dans le premier cas l'amygdale, à peine plus volumineuse qu'à l'ordinaire, est simplement déplacée en dedans, et que le maximum des lésions siège au-dessus et au-devant d'elle, au lieu que dans le second, elle fait pour son propre compte une saillie considérable et d'un rouge intense, alors que les parties voisines, bien que parfois un peu congestionnées, n'offrent pas le moins du monde l'aspect œdémateux si caractéristique de la forme précédente.

**Traitement.** — Le malade atteint d'amygdalite phlegmoneuse est tourmenté par la soif et cependant ne peut satisfaire sa soif sans éprouver de vives douleurs. Il est privé de sommeil, agité, et souffre d'une céphalalgie violente. Il est indiqué de calmer toutes ces souffrances, par de l'opium, par des collutoires anesthésiques, par des gargarismes. A ce propos, on peut discuter pour savoir s'il vaut mieux les donner chauds ou froids, et de même si les boissons doivent être à haute ou basse température. Le malade généralement préfère les liquides glacés, le médecin lui recommande habituellement de boire chaud, et, en effet, les liquides chauds sont mieux tolérés et plus calmants. Cependant Ch. Rice prend le contre-pied de la tradition et préconise l'emploi de la glace dans le traitement de cette affection.

On peut administrer au malade des gargarismes légèrement antiseptiques, mais sans trop s'illusionner sur le pouvoir désinfectant qu'ils peuvent avoir. La muqueuse, le tissu cellulaire, sont déjà trop amplement ensemencés pour que ces précautions ne soient pas illusoire. Comme le dit Sallard, l'eau simple ferait tout aussi bien. Cependant, ils ne peuvent pas faire de mal. Quant aux gargarismes encore très usités au chlorate de potasse, à l'alun, il vaut mieux les proscrire.

On a renoncé aux applications de sangsues, et même aux vomitifs si souvent prescrits autrefois en pareil cas.

En somme, calmer la douleur est la principale indication pendant les deux ou trois premiers jours. Le salol administré à l'intérieur

pourrait rendre de grands services (Gouguenheim) et rendre toutes les amygdalites moins pénibles et moins graves.

Mais faut-il attendre que l'abcès s'ouvre spontanément, et rester en somme spectateur de la maladie? C'était ce que recommandait Lasègue. C'était aussi la conduite que défendait mon éminent maître Verneuil. Le plaidoyer qu'il avait prononcé autrefois contre l'ouverture chirurgicale des abcès péry-amygdaliens a laissé une impression qui dure encore, et dont on trouve la trace jusque dans les mémoires récents. Verneuil avait insisté avec raison sur la situation de l'abcès en dehors de l'amygdale, et sur la difficulté qu'on éprouve quelquefois à l'atteindre, sur la petite déconvenue qui attend trop souvent l'opérateur. Il arrive, en effet, qu'on ne trouve pas le pus et que la ponction reste blanche. Mais enfin ces raisons ne sont pas péremptoires. « Traverser tout le pilier antérieur » n'est vraiment pas une opération bien téméraire, ni particulièrement difficile. On peut ajouter qu'elle est sans gravité et fort peu douloureuse. D'autre part, cette petite intervention conduit, dans la majorité des cas, sur la collection. Il ne faut pas se contenter d'une simple ponction, une incision de 12 ou 15 millimètres est nécessaire. Il faut la pratiquer sur la partie la plus saillante et la plus douloureuse, au point le plus empâté et le plus résistant de la tuméfaction. Enfin si elle ne donne pas issue au pus, soit que celui-ci ne soit pas encore collecté, soit que la collection, trop minime, soit difficile à atteindre, où est le mal? La saignée locale ainsi pratiquée amène un incontestable soulagement. Le malade y a toujours bénéfice : dans le premier cas il est immédiatement guéri, dans le second la maladie est abrégée. Pourquoi donc ne pas tenir ici la conduite que l'on tient pour tous les abcès de l'économie, quand précisément l'abcès siège dans une région accessible, et qu'il détermine des phénomènes aussi cruellement pénibles? Sans doute la guérison surviendrait spontanément un jour ou deux plus tard, mais souffrir un jour ou deux de moins n'est pas pour le malade un détail négligeable, et je pense que tous ceux qui pour leur compte auront éprouvé le soulagement complet et rapide que donne une incision heureuse, en resteront pour toujours partisans convaincus.

Chassaignac ne s'en tenait pas à cette incision. Chassaignac, on le sait, prenait grand plaisir à couper les amygdales. Dans le cas particulier il n'y manquait point. « Nous n'hésitons pas, dit-il, dans les cas de suppuration tonsillaire, comme d'ailleurs dans tous les cas d'amygdalite aiguë, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fanestock, modifié par nous et d'après les principes de notre procédé opératoire. »

Bien qu'il n'ait eu, paraît-il, qu'à se louer de cette méthode, je ne pense pas que personne ait aujourd'hui la tentation d'imiter en cela sa pratique.

Cependant, si cette opération faite d'emblée ne nous paraît pas justifiée, elle est au contraire indiquée quand l'amygdale est sujette à des poussées aiguës fréquentes, à des péri-amygdalites répétées et qu'elle est volumineuse. Mais il faut alors la pratiquer à froid, en évitant avec soin d'opérer aux environs des poussées aiguës. Une autre intervention est d'ailleurs mieux indiquée encore quand les cryptes infectés sont le point de départ des amygdalites à répétition. C'est la discision des amygdales pratiquée avec un crochet spécial, qui amène habituellement la cessation des accidents.

**Amygdalite chronique lacunaire** (1). — Les inflammations s'éteignent facilement à la surface de l'amygdale.

Au contraire dans les cryptes dont l'organe est criblé, culs-de-sac profonds et étroits, elles trouvent des conditions défavorables à leur guérison complète et rapide. Aussi les amygdalites chroniques sont-elles surtout des lésions des cryptes ou lacunes tonsillaires. Dans ces dépressions en doigt de gant le processus inflammatoire évolue sourdement et s'éternise. De temps à autre des poussées aiguës viennent rompre le calme apparent. Suivant l'intensité, la durée et le nombre de ces périodes inflammatoires, le tissu amygdalien est le siège d'altérations plus ou moins étendues. Celles-ci se traduisent extérieurement par des modifications très variables dans le volume et la forme de la glande, qui est d'un volume tantôt plus considérable, tantôt moindre qu'à l'état normal. Ces changements dans l'aspect extérieur sont donc insuffisants à caractériser la maladie, et pour lui donner une dénomination qui réponde au siège exact de l'affection, et à son mode d'évolution, il convient de l'appeler amygdalite chronique lacunaire.

Dans les cryptes chroniquement enflammés, les accumulations épithéliales forment souvent des bouchons jaunâtres plus ou moins volumineux, qui ont fait donner à cette variété le nom d'amygdalite lacunaire caséuse. C'est la forme commune. Dans quelques cas on n'observe point ces amas caséux; le processus inflammatoire se traduit surtout par l'hypertrophie ou l'atrophie de l'amygdale, et les poussées périodiques d'amygdalite ou de péri-amygdalite. Je laisserai de côté cette dernière forme, pour m'occuper exclusivement de la première.

**Anatomie pathologique.** — Les produits caséux qui caractérisent cette variété sont constitués par des cellules épithéliales accumulées en grand nombre. Ce sont des cellules mortes, provenant du revêtement qui tapisse la surface des cryptes. Les unes sont encore nucléées et parfaitement reconnaissables, la plupart déformées et très irrégulières, et d'autres réduites à des débris informes.

Entre ces cellules et débris de cellules fourmillent les microorganismes, spirilles, microcoques, etc.

(1) GAMPERT, thèse de doctorat. Paris, 1891. — RUAULT, *Traité de médecine*. Paris, 1892, t. III. — DNOCROWSKI et SOROLOWSKI, *Arch. de laryng.*, 1891 et 1892.