

L'*hyperémie* est rarement générale, elle occupe irrégulièrement certains points dans l'intervalle desquels la muqueuse a une couleur normale ou même plus pâle que de coutume; dans ce cas, les vaisseaux des points hyperémiés apparaissent dilatés et comme variqueux. Cet état fluxionnaire persistant amène à la longue un *épaississement de la muqueuse* et probablement aussi du tissu sous-muqueux; et comme cette végétation exubérante n'est pas uniforme, le voile du palais et le pharynx surtout ont un aspect tout à fait caractéristique; la surface est inégale, parsemée de saillies sphériques plus ou moins rapprochées, mais nettement isolées et résistantes; bien souvent ces granulations descendent jusqu'au larynx, et l'*examen rhinoscopique* les révèle aussi dans l'arrière-cavité des fosses nasales, qu'elles peuvent même occuper exclusivement. Il est vraisemblable que ces granulations sont constituées par les glandes et le tissu périglandulaire hypertrophié, mais le fait n'est pas démontré; de sorte que le nom d'ANGINE GRANULEUSE exprime un caractère extérieur certain, tandis que celui d'ANGINE GLANDULEUSE OU FOLLICULAIRE implique un caractère anatomique douteux. La *sécrétion* est visqueuse, épaisse, et se dessèche facilement, mais l'abondance en est variable; tantôt elle se concrète en traînées ou en masses assez volumineuses, tantôt elle est très-peu considérable, et elle est étalée sur le pharynx comme une couche mince de vernis transparent: c'est cette variété qui a reçu de Lewin le nom de *pharyngite sèche*. Les symptômes sont peu nombreux et plus gênants que douloureux; les malades souffrent le matin, au réveil, d'une sécheresse désagréable dans la gorge et les fosses nasales; ils rendent alors avec plus ou moins de facilité de petits pelotons de mucus concret, après quoi ils sont relativement à l'aise; mais ils éprouvent de temps en temps, surtout vers le soir, un sentiment de picotement ou de chatouillement dans le gosier et dans le larynx, et, pour le faire disparaître, ils font une expiration brusque et bruyante; c'est le *hem* caractéristique, à quoi se joint une toux gutturale plus ou moins fréquente. Quand le larynx est intéressé, la voix est moins étendue, elle est couverte, rauque et mal timbrée. — Cette angine est rebelle, elle présente souvent des poussées aiguës sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères, et bien qu'elle soit sans gravité, elle n'en constitue pas moins une maladie sérieuse, eu égard à l'exercice de certaines professions.

TRAITEMENT.

Dans l'ANGINE AIGÜE liée à un catarrhe de l'estomac, mais dans celle-là seulement, il convient de donner un vomitif ou un éméto-cathartique; le moyen est héroïque, les accidents fébriles et gastriques disparaissent presque aussitôt, et le mal de gorge les suit de près. En dehors de cette indication

précise, le vomitif est inutile; la médication varie alors suivant l'époque et la forme de la maladie. Si elle est tout à fait au début, on peut, selon le précepte de Velpeau, recourir d'emblée aux applications d'alun, soit en poudre, soit en gargarisme, dans le but d'enrayer le développement des accidents; cette pratique réussit d'autant mieux que les phénomènes généraux sont moins accusés; mais lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque les douleurs sont vives, lorsque l'angine revêt la forme vésiculeuse, ce moyen est nuisible, il exaspère les symptômes locaux. Il faut, pendant la phase initiale, mettre le malade à une diète légère, prescrire des boissons douces, des gargarismes émollients, et s'il y a de la constipation, administrer un léger laxatif; puis, quand les phénomènes commencent à s'amender, on substitue aux émollients des gargarismes astringents à l'alun, qui sont alors constamment utiles. Chez les individus qui ont déjà souffert plusieurs fois d'angine catarrhale et qui montrent ainsi une prédisposition spéciale aux récidives, il est nécessaire de faire continuer l'usage des gargarismes aluminés longtemps après la guérison; on réussit souvent ainsi à modifier définitivement l'état des parties et à prévenir le retour du mal. — Les angines liées aux désordres de la menstruation (*angines ménorrhagiques*) ne réclament pas d'autre traitement que les autres en ce qui concerne les phénomènes pharyngés; mais il est bon d'appliquer plusieurs jours de suite des sinapismes sur les membres inférieurs, et de faire prendre un ou deux lavements aloétiques afin de provoquer l'écoulement sanguin dont le retard est la cause réelle des accidents. Une fois l'angine dissipée, on s'efforcera, par un traitement approprié, de régulariser la fonction menstruelle.

Dans l'ANGINE CHRONIQUE, il faut avant tout que le malade renonce au tabac, aux alcooliques et aux mets épicés; c'est là une condition *sine qua non*. Dans les cas légers, les astringents tels que l'alun et le tannin suffisent souvent, surtout s'ils sont administrés en pulvérisations au moyen d'un appareil convenable. Si ces moyens échouent, on peut employer des modificateurs plus énergiques: les plus utiles sont le nitrate d'argent, soit en solution, soit en crayon, mais surtout la teinture d'iode, dont l'efficacité est bien établie aujourd'hui; le liquide est porté sur les parties au moyen d'un pinceau; selon l'âge du mal et la susceptibilité du malade (l'attouchement est très-douloureux), la teinture est employée pure ou mitigée avec une solution d'iodure de potassium; on peut aussi utiliser la solution aqueuse de Lugol. Enfin le traitement thermal est la ressource suprême, et de fait il réussit souvent d'une manière définitive alors que les topiques n'ont procuré qu'une amélioration sans durée; les eaux d'Ems, les eaux sulfureuses de Bonnes, Enghien, Luchon ou Weillbach, méritent leur réputation; elles doivent être employées à l'intérieur, et en pulvérisations, sous forme de douches pharyngées. — Si l'allongement de la luette est pour quelque chose dans la persistance des accidents, il faut sectionner cet appendice.

CHAPITRE VI.

ANGINE PARENCHYMEUSE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES.

L'étiologie de l'angine parenchymateuse (1) ne présente rien de particulier, c'est celle de l'angine catarrhale; il est bon de noter cependant que la forme parenchymateuse chronique est presque exclusivement propre aux enfants à constitution débile et à tempérament lymphatique.

Au point de vue anatomique, l'angine parenchymateuse aiguë est caractérisée par une EXUDATION FIBRINEUSE PROFONDE dans le tissu sous-muqueux et interstitiel de la région palato-pharyngée; mais cet exsudat n'est presque jamais général, il est limité à certains points dans l'intervalle desquels la membrane muqueuse est saine ou atteinte des lésions catarrhales. Les foyers d'exsudation occupent presque toujours les amygdales, plus rarement la luette, le voile du palais ou ses piliers; il convient d'en rapprocher les exsudats moins fréquents encore qui siègent dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien (*abcès rétro-pharyngiens*).

Les amygdales sont tuméfiées au double et au triple de leur volume normal, et quand elles sont prises toutes deux à la fois, elles peuvent arriver au contact sur la ligne médiane, enfermant entre elles la luette boursoufflée et œdémateuse. La surface des tonsilles, vivement injectée, est d'un rouge éclatant ou livide, elle est parfois tapissée d'un mucus concret blanchâtre

(1) PENDRIO, *De cynanche tonsill. inflammat.* Duisb., 1810. — SACHSE, *Ueber Angina.* Berlin, 1828. — NAUMANN, VELPEAU, VIDAL (de Cassis), *loc. cit.* — DURAND, *Journ. de méd. de Lyon*, 1845. — WAGSTAFF, *On diseases of the mucous membrane of the throat.* London, 1851. — GUERSANT, *Union méd.*, 1852. — HERPIN, *Union méd.*, 1852. — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1855, et *Clinique méd.* — GRAVES, JACCOUD, *loc. cit.* — PALAIS, *Bulletin de thérap.*, t. XIII. — BAMBERGER, DESNOS, LASÈGUE, *loc. cit.*

BORDÈRES, *Des abcès du pharynx consécutifs aux angines*, thèse de Strasbourg, 1863. — ELVIN SCHMIDT, *De deglutitionis impedimentis.* Berolini, 1865. — BRUN, *Des tumeurs des amygdales*, thèse de Paris, 1866. — HENOCH, *Ein Fall von Retropharyngealabscess* (*Verhandl. der Berlin. med. Gesells.*, 1866). — GILLETTE, *Des abcès rétropharyngiens idiopathiques*, thèse de Paris, 1868.

PASSAQUAY, *Tumeurs des amygdales.* Paris, 1873. — FRITZINGER, *Guajacum in the treatment of acute tonsillitis* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — FARQUHARSON, *On cases of infectious tonsillitis* (*The Lancet*, 1874).

LINCOLN, *Retropharyngealabscess* (*New-York med. Record*, 1874). — OXLEY, *Même sujet* (*Brit. med. Journ.*, 1874).

ou rougeâtre, et elle présente des saillies inégales résultant de la structure acineuse de l'organe. Le tissu sous-muqueux interfolliculaire est infiltré d'un exsudat visqueux riche en fibrine, et les follicules dilatés contiennent une matière muqueuse épaisse, quelquefois mêlée de sang, qui est emportée ensuite par la suppuration, ou bien se concrète en masses caséuses; celles-ci font saillie à l'orifice des follicules, et peuvent en imposer, comme nous l'avons déjà dit, pour une production membraneuse superficielle. L'exsudat parenchymateux peut être repris par absorption, auquel cas la maladie se termine par RÉSOLUTION, mais le fait est rare; le plus souvent la SUPPURATION a lieu, et le pus d'abord infiltré se collecte en un ou plusieurs *abcès*, au niveau desquels la muqueuse, tendue et soulevée, paraît amincie et près de se rompre; elle se rompt souvent, en effet, et le liquide s'écoule au dehors par la bouche, ou bien il est avalé si la rupture a lieu pendant le sommeil. Dans des cas moins heureux, mais peu fréquents, le pus prend une autre direction; il marche vers le côté externe de l'amygdale, et, se faisant jour à travers la coque fibrineuse de l'organe, il se répand dans le *tissu cellulaire du cou*; cette évolution est aussi fâcheuse que l'autre est favorable. Alors même que la suppuration est faite dans l'amygdale, on ne perçoit pas toujours la *fluctuation*; elle n'est bien nette que dans le cas où le pus est réuni en un seul foyer d'un certain volume; elle manque dans les conditions opposées, et le doigt ne constate qu'un empatement diffus dont la résistance est moindre par places.

Quand l'inflammation occupe le VOILE DU PALAIS ou ses piliers, les lésions et les symptômes objectifs sont identiques, le siège seul diffère; avec une rougeur plus ou moins générale de la gorge, on observe sur un point une tuméfaction dure qui se ramollit, devient liquide, donne alors le phénomène de la fluctuation, et se rompt dans la bouche ou dans le pharynx.

LES ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS sont formés dans le tissu cellulaire interposé entre le pharynx et la face antérieure de la colonne cervicale; ils peuvent être produits par les causes communes de l'amygdalite phlegmoneuse, auquel cas ils sont dits spontanés ou *idiopathiques*; le plus ordinairement ils sont *symptomatiques* et dépendent soit d'une ostéopathie cervicale, soit de la suppuration des ganglions péripharyngés, soit enfin d'une maladie générale grave, notamment le typhus abdominal, la septicémie. Les signes objectifs dépendent du siège de la lésion, et c'est là un point capital de pratique: si le phlegmon occupe la portion du pharynx qui répond à la bouche, il est dès le début et pendant toute sa durée appréciable à la vue et au toucher, il est impossible de le méconnaître; lorsqu'il siège un peu au-dessus ou un peu au-dessous de la région buccale du pharynx, il n'est plus visible, mais le doigt porté en haut ou en bas l'atteint aisément, et constate une tumeur circonscrite plus ou moins volumineuse, qui est dure, empâtée ou molle, selon la période; mais