

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 EXSUDATION 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.*

BORDERES, *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). — GILETTE, *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

quand l'abcès siège plus bas dans la région laryngienne du pharynx, il ne produit souvent aucun symptôme objectif; on ne le voit plus, on ne le sent plus par la bouche, parfois on peut le percevoir par la palpation cervicale extérieure, mais le fait n'est pas constant, et la maladie ne se révèle que par des troubles fonctionnels: aussi donne-t-elle souvent lieu à des fautes graves de diagnostic.

Les *phénomènes généraux* et *subjectifs* de l'angine parenchymateuse aiguë sont les mêmes que dans l'angine catarrhale, mais ils sont beaucoup plus violents; la fièvre est forte, elle débute souvent par un frisson, et la température peut se maintenir pendant deux ou trois jours au delà de 40 degrés; la céphalalgie est intense, le délire n'est pas rare dans les conditions que j'ai indiquées, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux est précoce et douloureux. Ces symptômes généraux sont toujours en rapport avec l'intensité du processus local.

Dès le début, le malade éprouve dans la gorge des douleurs lancinantes qui retentissent dans les oreilles; la déglutition est extrêmement pénible, le rejet des matières solides ou liquides est à peu près constant dans les cas graves, parce que l'imbibition et la paralysie des muscles ne manquent presque jamais; enfin, dans la tonsillite, l'ouverture de la bouche est pour ainsi dire impossible; à peine le patient peut-il obtenir au prix des efforts les plus douloureux un écartement de quelques millimètres; à ce degré, ce symptôme est vraiment caractéristique, il révèle au premier coup d'œil la forme phlegmoneuse de l'amygdalite. Les sécrétions salivaires et buccales sont considérablement accrues, l'haleine est désagréable ou fétide, la voix est nasonnée, ou même étouffée et comme éteinte, si les tonsilles sont au contact; alors aussi il y a de la gêne respiratoire, de l'anxiété, et la prolongation de cet état peut amener la mort par asphyxie. En tout cas, la pression extérieure sur la région rétro-maxillaire correspondant aux tonsilles est très-douloureuse, et parfois on constate ainsi la présence d'une tumeur profonde et dure. — Lorsqu'une seule amygdale est prise, ce qui n'est pas rare, l'ouverture de la bouche et l'examen direct des parties sont plus faciles, et l'on voit la luette fortement déviée du côté sain; souvent aussi le voile du palais est projeté en avant jusque vers le milieu de la cavité buccale.

Les accidents croissent et persistent pendant quatre ou cinq jours; puis, dans les cas où la *résolution* a lieu, ils diminuent graduellement, et la guérison est complète après une durée totale de dix à douze jours. — La marche n'est pas la même lorsque l'angine aboutit à la *suppuration*; les symptômes restant au maximum tant que le pus n'est pas évacué, cette période vraiment pénible peut se prolonger pendant cinq à neuf jours, puis une rémission subite et presque complète a lieu, du moment que l'abcès ou les abcès sont ouverts. Cette amélioration soudaine, l'affaiblissement rapide des amygdales, une fétidité particulière de l'haleine qui

prend l'odeur du pus, sont les meilleurs signes de l'évacuation du foyer; il ne faut pas trop compter sur la constatation directe du liquide; s'il est peu abondant, il peut être avalé, ou bien il est mêlé à des matières vomies, et il est difficilement reconnu. Une fois le pus éliminé, la guérison est bientôt complète, mais il n'est pas rare que des *anfractuosités* plus ou moins profondes persistent à la surface des amygdales, surtout lorsqu'il y a déjà eu plusieurs atteintes d'angine suppurée; dans d'autres circonstances, l'organe reste volumineux et *hypertrophié* par places, parce que le tissu conjonctif interstitiel, qui n'a pas suppuré, a subi une prolifération définitive.

Bien que l'angine parenchymateuse, même suppurée, se termine le plus souvent par la guérison, cependant elle peut tuer, et cela de diverses manières. J'ai déjà signalé la mort par *asphyxie* dans la période l'acmé; au moment de la suppuration, l'infiltration peut s'étendre au larynx et provoquer un *œdème de la glotte* rapidement mortel; lors de l'évacuation du pus, le liquide peut fuser dans le tissu cellulaire du cou, et déterminer les accidents graves et souvent irrémédiables du *phlegmon cervical profond*; enfin, mais ceci est tout à fait exceptionnel, la phlegmasie marchant de dedans en dehors, et prenant un caractère destructif, peut *ouvrir la carotide interne* et produire une hémorragie foudroyante.

L'angine parenchymateuse peut se terminer par *gangrène* (1), ainsi que toutes les inflammations interstitielles; le sphacèle débute tantôt par le voile du palais ou la luette, tantôt par les amygdales, et dans le cas où la guérison a lieu, la réparation des pertes de substance reste parfois incomplète et l'on trouve dans la gorge, surtout dans les tonsilles, des ulcérations profondes à fond rouge ou grisâtre, à bords durs et saillants. — Cette terminaison est observée chez les sujets cachectiques, et le sphacèle est alors l'*expression de la détérioration organique*; ou bien chez des individus robustes dont l'état général est satisfaisant, et le sphacèle est alors l'*effet de l'ischémie* produite par l'exsudat. La gangrène est donc ici, comme toujours, un fait secondaire, un aboutissant, une terminaison d'un processus morbide antérieur, il n'y a rien là qui justifie l'admission d'une espèce particulière d'angine à laquelle on donnerait le nom d'angine gangréneuse; autant admettre alors une pneumonie gangréneuse, parce que cette inflammation aboutit parfois à la mortification du tissu. — La termi-

(1) MONNERET et DELABERGE, *Compend. de méd.*, t. 1, art. ANGINES. — ANCELON (de Dieuze), *Gaz. hebdom.*, 1855. — CHAPARRE, *Eod. loco.* — GUBLER, *Mémoire sur l'angine maligne gangréneuse* (*Arch. gén. de méd.*, 1857). — M. VEACH, *Gangrenous eschar of the tonsils. Death* (*Dublin quart. Journ.*, 1867). — HOUZÉ DE L'AULNOIT, *Sur l'étranglement des amygdales* (*Acad. de méd.*, 26 avril 1868).

PETROWSKI, *Amygdalite unilat. inflamm. non spécifique terminée par gangrène* (*Gaz. hóp.*, 1873).

naison par gangrène est très-grave; les malades succombent le plus souvent dans un état adynamique.

La **forme chronique** (1) siège presque exclusivement sur les amygdales; elle peut être primitive, et, dans ce cas, elle se développe lentement et reste longtemps inaperçue; mais le plus ordinairement c'est le reliquat d'une ou plusieurs attaques aiguës. Le tissu interstitiel reste hypertrophié, et les tonsilles présentent une grosseur et une dureté tout à fait anormales; la surface n'est pas toujours très-rouge, parfois même elle est plus pâle que le reste de la muqueuse buccale, mais elle est inégale, anfractueuse par perte de substance, lorsqu'il y a eu des suppurations antérieures, et l'on y retrouve plus nets encore qu'à l'état aigu les orifices glandulaires dilatés et les bouchons caséux qui les obstruent. Dans quelques cas, l'épaississement hypertrophique est borné à la luette, qui est rigide, tuméfiée et allongée.

Les symptômes de l'amygdalite chronique sont nuls quand le volume des organes n'est pas très-considérable; la lésion n'a alors d'autre effet que d'exposer le malade à des attaques aiguës sans cesse renaissantes. Lorsque l'hypertrophie est plus accusée, la déglutition est gênée surtout au commencement du repas, la voix reste sourde ou nasonnée; il y a de la surdité par suite de la compression ou de l'obstruction catarrhale de la trompe d'Eustache; l'haleine est habituellement fétide en raison de l'accumulation des produits de la sécrétion tonsillaire; enfin on observe assez fréquemment une toux gutturale opiniâtre. Dupuytren, et après lui Warren et Robert, ont assigné à l'amygdalite chronique des enfants des symptômes d'un autre ordre, notamment le rétrécissement et l'aplatissement antérieur du thorax, l'arrêt de développement des fosses nasales, de la voûte palatine et de l'arcade dentaire supérieure; mais il est évident que ces observateurs ont pris pour des effets de l'angine ce qui n'en était qu'une simple coïncidence.

(1) DUPUYTREN, *Répertoire d'anat. et de physiol.*, 1827. — ROBERT, *Bullet. de therap.*, 1843. — LARGHI, *Gazz. med. ital. Provincie Sarde*, 1862. — STIFFT, *Die chronische Pharyngitis (Deutsche Klinik*, 1862). — M. VEACH, *Chronic Tonsillitis (Dublin quart. Journal*, 1867). — YEARLEY, *Throat ailments, more especially the enlarged tonsil and elongated uvula in connexion with defects of voice, speech, hearing*. London, 1867.

RICHERAND, *De l'hypertrophie ou engorgement chronique des amygdales*, thèse de Montpellier, 1863. — JAKUBOWITZ, *Beitrag zur Therapie der chronischen hypertrophirten Tonsillen (Wien. med. Presse*, 1863). — SMITH, *Microscopic specimen from an enlarged tonsil (Trans. path. Soc.*, 1869). — SANDAHL, *Några ord om angina tonsillaris (Hygiea*, 1863). — NORTON, *Chronic enlargement of the tonsils (The Lancet*, 1870).

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés; car lorsque l'occlusion forcée de la bouche empêche l'examen des parties, cette occlusion même est un signe présomptif de grande valeur; et d'un autre côté le timbre de la voix, la douleur dans le fond de l'oreille, celle que provoque la pression extérieure de la fosse tonsillaire, permettent, en pareil cas, un jugement sûr. Les phénomènes locaux préviendront la méprise qui consisterait à attribuer à une maladie générale grave les symptômes fébriles et cérébraux, souvent très-intenses, que provoque l'angine parenchymateuse; en revanche, si, avec des symptômes généraux sérieux, on ne trouve dans la gorge qu'une altération superficielle, il ne faut pas, d'après la vivacité des phénomènes réactionnels, conclure quand même au développement prochain d'une inflammation parenchymateuse; il est bien plus vraisemblable que cette angine muqueuse et superficielle à fièvre intense est liée à l'invasion de la scarlatine. Il convient tout au moins de réserver momentanément le diagnostic.

L'abcès rétro-pharyngien est facilement reconnu lorsqu'il occupe précisément la portion du pharynx qui fait face à la cavité buccale; mais quand il est situé plus bas, il échappe à la vue, et comme il provoque surtout des symptômes laryngés, il peut donner lieu à des fautes dangereuses de diagnostic; il a été pris plus d'une fois pour une laryngite catarrhale grave, ou pour une laryngite pseudo-membraneuse. L'erreur sera évitée d'après les caractères suivants: Dans la pharyngite phlegmoneuse, les accidents initiaux sont moins graves que dans les laryngites précédentes; les symptômes laryngés proprement dits sont précédés d'une dysphagie douloureuse semblable à celle de l'angine, et que n'explique point l'état de la gorge; le doigt, porté profondément dans le pharynx, constate souvent une tumeur dure ou molle qui du pharynx s'avance vers l'orifice supérieur du larynx. Dans d'autres cas, c'est la palpation extérieure qui révèle sur les parties latérales du cou un empatement et une tuméfaction qui présente les caractères successifs du phlegmon et de l'abcès; enfin, en cas de doute, l'examen des parties avec le miroir fixerait le jugement. Le diagnostic doit être fait de bonne heure, parce que l'incision précoce est souvent le seul moyen de conjurer les accidents redoutables auxquels peut donner lieu l'abcès abandonné à lui-même; les plus communs de ces accidents sont l'œdème de la glotte par gêne de la circulation laryngée; la suffocation par suite de l'arrivée du pus dans le larynx; enfin les désordres complexes résultant de la migration du pus dans la cavité thoracique.

TRAITEMENT.

Dans le but de faire avorter l'angine parenchymateuse aiguë, on a proposé les insufflations d'alun (Velpeau), les cautérisations avec le nitrate d'argent (Palais, Durand), les saignées générales répétées coup sur coup (Bouillaud). Ces moyens ne sont autorisés que dans les quelques heures qui suivent le début, et il est fort rare qu'on voie le malade à ce moment-là; d'un autre côté, alors même qu'ils sont employés en temps utile, ces moyens sont loin de réussir constamment, et comme, en cas d'insuccès, ils aggravent infailliblement soit l'état local, soit l'état général, il me paraît infiniment plus sage d'y renoncer. Les succès qui leur ont été attribués pourraient bien tenir en partie à des erreurs de diagnostic, c'est-à-dire à la confusion de l'angine catarrhale avec la parenchymateuse; cette dernière a une évolution définie, une durée nécessaire, et cela, même dans les cas assez rares où elle aboutit à la résolution. Néanmoins les douleurs et la gêne éprouvées par le patient sont telles qu'on ne peut rester dans l'inaction; et quoique aucun traitement ne prévienne la terminaison par suppuration, lorsque l'angine a le caractère phlegmoneux, il faut employer, à titre de palliatifs, les moyens propres à soulager le malade. Si les symptômes réactionnels sont très-intenses et qu'il n'y ait d'ailleurs aucune contre-indication, la saignée du bras est utile par la sédation générale qu'elle procure; dans les cas plus fréquents où les phénomènes locaux sont la source principale des douleurs et du malaise, il vaut mieux recourir à une large application de sangsues au-dessous des oreilles, dans la fossette rétro-maxillaire: le soulagement ainsi obtenu est très-marqué et très-rapide. Quant aux scarifications des tonsilles, elles ne donnent que des résultats médiocres, et d'ailleurs il serait bien souvent impossible de les pratiquer. On pourra en même temps prescrire des rubéfiants cutanés à titre de révulsifs, et des purgatifs réitérés comme dérivatifs; mais il ne convient pas d'appliquer des vésicatoires autour du cou, parce que cette pratique, absolument stérile, ne fait qu'ajouter au malaise du patient; et les vomitifs ne sont indiqués que si l'angine coïncide avec un catarrhe gastrique, ce qui est aussi rare pour la forme parenchymateuse que cela est commun pour la forme catarrhale. — On recommande généralement comme boissons et comme topiques les liquides émollients tièdes, mais le soulagement qu'on en obtient est bien peu prononcé, et il y aurait lieu d'étudier les effets de la méthode opposée que préconisent plusieurs médecins allemands, savoir l'ingestion continuelle de petits fragments de glace et l'application incessamment renouvelée de compresses d'eau froide autour du cou. On aura soin, en

tout cas, de soutenir les forces des malades au moyen de bouillon, de bouillies nutritives et de vin.

Lorsque la fluctuation devient évidente, ou que la persistance des symptômes au delà du sixième ou septième jour la démontre indirectement, il faut ouvrir l'abcès avec un bistouri revêtu de diachylon jusqu'au voisinage de la pointe, parfois même l'extrémité de l'ongle suffit pour cet office. Chez les malades qui redoutent l'instrument tranchant, on peut provoquer la rupture de l'abcès au moyen d'un vomitif; si le tissu superficiel est réellement aminci par la suppuration, la compression exercée par les piliers du voile sur les tonsilles, au moment des efforts de vomissement, refoule le liquide vers la surface, et l'évacuation a lieu. Le vomitif remplit ici une indication mécanique, bien différente de l'indication morbide à laquelle il répond au début du mal. Il n'est pas rare enfin que l'abcès s'ouvre de lui-même pendant un effort de toux ou de déglutition. En tout cas, le soulagement est instantané et complet; le sommeil revient avec l'appétit, et il n'y a plus qu'à prescrire quelques gargarismes émollients pour déterger les parties; au bout de quarante-huit heures, il convient de recourir aux gargarismes astringents, et l'alun est alors aussi utile qu'il l'est peu dans les premiers jours.

Lorsque l'angine aboutit à la gangrène, ou lorsque cette terminaison peut être redoutée dès le début en raison des mauvaises conditions des malades, le traitement doit être différent; il faut laisser de côté toute médication spoliatrice, soutenir les forces avec une alimentation aussi riche que le malade peut la prendre, avec du vin et du vin de quinquina; il faut donner à l'intérieur la poudre de quinquina en nature, prescrire pour tisane la limonade au citron avec l'alcoolat de cochlearia, et, si la gangrène se confirme, il faut porter directement du chlorure de chaux sur les parties, deux ou trois fois par jour. — Si l'amygdale paraît étranglée par les piliers, phénomène récemment signalé et étudié par Houzé de l'Aulnoit, le meilleur moyen de prévenir la gangrène et de soulager le malade est de faire cesser l'étranglement, résultat qu'on obtient par la section des piliers antérieurs.

Dans la **forme chronique** récente, les applications d'alun, de nitrate d'argent ou de teinture d'iode diluée sont utiles; mais quand le tissu est à la fois tuméfié et induré, quand l'hypertrophie est constituée, l'extirpation des amygdales est la seule ressource.