

Il est des cas à marche subaiguë, ou même chronique, où les symptômes sont bien moins accentués et où le diagnostic peut rester en suspens pendant plusieurs semaines.

Dans les cas aigus, la marche est rapide.

L'abcès rétro-pharyngien, abandonné à lui-même, présente un pronostic des plus graves; il entraîne la mort, car l'ouverture spontanée est très rare. L'enfant peut mourir d'asphyxie lente ou brusquement au cours d'un accès de spasme de la glotte. L'inanition déterminée par la gêne de la déglutition contribue à le mettre en état de moindre résistance à l'égard des complications infectieuses : broncho-pneumonie, médiastinite suppurée, pleurésie purulente, etc.

La mort subite peut même survenir, au moment de l'ouverture de l'abcès, quand l'intervention est tardive.

Le traitement consiste dans l'incision de l'abcès, qui doit être faite le plus rapidement possible, dès que le diagnostic est posé. C'est dans les cas de ce genre que la vie du malade est entre les mains du médecin.

Bien que l'on ait parfois proposé l'incision par la voie cutanée, qui aurait l'avantage d'éviter les dangers d'irruption du pus dans les voies aériennes, c'est à la voie buccale que l'on a toujours recours, car le premier procédé est du ressort exclusif du chirurgien, tandis que le second peut être employé par tout médecin, en cas d'urgence. Exception ne pourrait être faite à cette règle que si l'abcès vient faire saillie à l'extérieur.

On se sert d'un bistouri droit dont on laisse libre la pointe seulement sur une longueur d'un centimètre à un centimètre et demi, le reste de la lame étant recouvert de diachylon. Il faut laisser assez la lame à découvert car les couches à traverser : muqueuse œdématisée, aponévrose du pharynx, muscles, tissu conjonctif, peuvent être assez épaisses. L'incision étant faite près de la ligne médiane, il n'y a aucun danger d'atteindre la carotide.

Le petit malade sera étendu sur une table, la tête pendante et inclinée de trois quarts; dès que l'abcès sera ouvert, on achèvera de tourner l'enfant de façon qu'il soit couché sur le ventre et puisse rejeter le pus au dehors. Il est inutile et même dangereux d'essayer d'évacuer ce pus au moyen d'éponges montées ou de tampons d'ouate fixés sur des pinces hémostatiques.

Si l'abcès se vide mal, il peut être nécessaire d'agrandir l'incision de l'aponévrose au moyen d'une sonde cannelée.

Au bout de quelques minutes, quand l'enfant aura repris son calme, il sera bon de faire un lavage de la gorge avec de l'eau bouillie.

En cas de syncope au cours de l'opération, il faudra pratiquer de suite la *respiration artificielle*. Il est nécessaire parfois de pratiquer la *trachéotomie*, avant l'incision de l'abcès ou même après, si une syncope survenue au moment de l'incision se prolonge, malgré l'emploi de la respiration artificielle.

ANGINES CHRONIQUES NON SPÉCIFIQUES

Les angines chroniques non spécifiques, c'est-à-dire les différentes variétés d'inflammation chronique de la muqueuse de la gorge, se traduisant par des lésions anatomiques où la présence d'un agent virulent spécifique ne peut être décelée (Ruault), sont au-

jourd'hui mieux connues qu'il y a quelques années; il est cependant très difficile de les classer, car il en existe de nombreuses variétés qui diffèrent par leurs causes, par leur siège, et par la nature des lésions (lésions glandulaires, lésions du tissu adénoïde, etc.).

Quoi qu'il en soit, on peut distinguer, au point de vue qui nous occupe, les angines chroniques en deux grandes classes : les amygdalites chroniques et les angines chroniques diffuses.

Les amygdalites chroniques comprennent les inflammations chroniques des diverses parties de l'appareil lymphatique pharyngien : amygdales palatines, pharyngées, linguales.

Les angines chroniques diffuses sont constituées par une inflammation diffuse de l'isthme du gosier, du voile, des piliers, tantôt superficielle portant surtout sur les glandes mucipares, tantôt interstitielle affectant de préférence la trame vasculo-conjunctive.

Les angines chroniques reconnaissent des causes générales et des causes locales, fort importantes à connaître, car il faut traiter ces causes, avant toute intervention dirigée contre l'angine elle-même; le traitement causal est d'autant plus complexe que souvent plusieurs causes sont associées chez le même sujet.

On sait depuis longtemps que les arthritiques, que les strumeux, sont particulièrement exposés au développement des angines chroniques, ainsi que les dyspeptiques, les constipés, les hémorroïdaires, les névropathes, les femmes atteintes de métrite ou de dysménorrhée. Il est fréquent de voir, à la suite d'un accès de goutte articulaire, disparaître, au moins momentanément, une congestion chronique du pharynx, qui jusqu'alors s'était montrée rebelle à tout traitement; d'autre part, il peut suffire d'une diététique appropriée pour modifier favorablement une angine chronique, chez un dyspeptique invétéré; l'influence du traitement général se fait encore sentir chez certains diabétiques atteints d'une pharyngite sèche fort rebelle; dès qu'un régime alimentaire rigoureux est institué chez ces malades, survient une amélioration corrélative dans l'état local; il en est de même chez les brightiques. On voit par ce rapide exposé combien il importe de reconnaître le terrain sur lequel s'est greffée l'angine; d'ailleurs, cette angine doit être, dans certains cas, pour un médecin exercé, l'indice révélateur d'un état général diathésique.

Les causes locales sont non moins importantes; on sait quelle est l'influence nocive exercée sur le pharynx par les poussières irritantes, par la fumée du tabac, surtout chez les fumeurs qui ont l'habitude déplorable d'avaler la fumée, et enfin par l'abus des liqueurs fortes; le contact répété de l'air froid sur la muqueuse bucco-pharyngée est encore une cause qui favorise le développement des angines chroniques, c'est pour cela qu'on les observe fréquemment chez les personnes qui sont obligées de parler en public ou de chanter.

L'influence des affections nasales sur le développement des angines chroniques est aujourd'hui bien démontrée; cette influence s'exerce si souvent que, chez toute personne atteinte d'angine chronique, il faut s'enquérir de l'état des fonctions nasales et procéder à la rhinoscopie; c'est faute de prêter attention à l'état du nez que la thérapeutique se montre si souvent impuissante. On aura toujours présent à l'esprit ce fait que les altérations du pharynx inférieur sont surtout le reflet des affections du pharynx supérieur et des cavités nasales (Gouguenheim).

Les altérations nasales sont d'ailleurs fort variables; tantôt il s'agit de vices de conformation, tels qu'étréoussure congénitale, déviation de la cloison; tantôt d'une rhinite hypertrophique, obligeant les malades à respirer la bouche ouverte, de sorte qu'à chaque inspiration un courant d'air chargé de poussières et de micro-organismes, et d'autre part trop sec et trop froid, vient frapper le pharynx.

Une dernière cause, et non la moindre, doit être signalée : c'est l'existence antérieure

d'une ou de plusieurs angines aiguës (amygdalites à répétitions, angines de la scarlatine, de la diphtérie, de la grippe, etc.); la fonction phagocytaire exercée par les amygdales devient insuffisante en face d'invasions microbiennes répétées; il en résulte une irritation permanente des éléments anatomiques de l'amygdale, la dilatation et l'altération de ses glandes, la prolifération de son tissu adénoïde, une vascularisation anormale de l'organe, etc.; en fin de compte, l'hypertrophie se trouve constituée.

Les considérations qui précèdent impliquent donc la nécessité d'un traitement général ou local préliminaire, chez les individus atteints d'angine chronique. S'il s'agit d'arthritiques, de strumeux, de dyspeptiques, il faut mettre en œuvre tous les moyens: régime alimentaire, précautions hygiéniques, médications hydro-minérales, susceptibles de modifier favorablement les troubles de la nutrition, les fonctions digestives; il faut traiter les affections utérines, les troubles menstruels et d'autre part, soustraire le malade aux causes multiples d'irritation locale que nous avons signalées, c'est-à-dire supprimer l'usage du tabac, des liqueurs fortes; il faut enfin, dans tous les cas, et ils sont nombreux, où il existe une affection concomitante des fosses nasales et du pharynx nasal, traiter cette affection; c'est là, on ne saurait trop le répéter, une obligation qui s'impose étroitement si l'on ne veut pas appliquer un traitement purement empirique et inefficace aux angines chroniques.

Le traitement préventif consiste à faire une antisepsie buccale rigoureuse chez tous les sujets atteints d'angine aiguë et particulièrement chez les scrofuleux, les gouteux, les rhumatisants.

A. — Traitement des amygdalites chroniques.

Les différentes affections décrites séparément par les auteurs sous les noms d'hypertrophie tonsillaire, de végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, d'hypertrophie des follicules de la base de la langue, ne sauraient être artificiellement dissociées.

Il s'agit là, dit M. Balme dans sa thèse sur l'hypertrophie des amygdales (Paris, 1888), de processus tout à fait analogues qui peuvent être, il est vrai, localisés plus particulièrement sur un point ou sur l'autre, mais l'observation montre que, dans la grande majorité des cas, la région tout entière est malade.

I. — Inflammations chroniques des amygdales palatines.

1° Amygdalite lacunaire caséuse. — Cette variété d'amygdalite mérite une mention spéciale et doit être distinguée de l'hypertrophie amygdalienne vraie. Elle est caractérisée par une inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse les cryptes tonsillaires; le parenchyme amygdalien peut être indifféremment atrophie ou hypertrophié; il est parsemé de lacunes cryptiques dilatées où s'accumulent des produits de sécrétion et de desquamation, sous forme d'amas caséux où pullulent des agents microbiens innombrables, d'où la fétidité extrême de ces amas caséux; outre les éléments normaux (cellules épithéliales, leucocytes, acides gras, cholestérine), on trouve dans les cryptes le leptothrix buccalis, le champignon de l'actinomycose, des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, des bactéries septiques, parfois le bacille de Koch. La virulence de ces microbes est latente, l'épithélium sain protégeant l'organisme contre leur pénétration; mais, si l'inflammation annihile cette barrière protectrice, ces germes pénètrent dans le parenchyme glandulaire, puis dans le réseau lymphatique, et enfin dans la circulation veineuse. Il y a donc un intérêt majeur à traiter l'amygdalite lacunaire, même quand elle ne détermine aucune gêne locale. C'est surtout à cause de l'odeur et du goût fétide ressentis par les malades que ceux-ci vien-

nent réclamer l'intervention du médecin; les symptômes fonctionnels sont en général peu accusés; c'est tout au plus si les malades accusent une certaine gêne de la déglutition et une sensation de corps étranger qui provoque, le matin au lever, des accès de toux, parfois suivis de nausées et de vomissements. Certains malades parviennent à se soulager en enlevant leurs concrétions amygdaliennes à l'aide d'une aiguille à tricoter ou d'un crayon.

On peut d'abord mettre en œuvre le traitement suivant, consistant en *badigeonnages iodés* et en *insufflations de poudre d'alun et d'acide borique*, additionnés d'une petite quantité de menthol :

a) Badigeonner l'amygdale une ou deux fois par jour avec :

Teinture thébaïque	5 grammes.
— d'iode	10 —
Glycérine	20 —

ou, de temps à autre, avec :

Teinture d'iode	20 grammes.
Chlorure de zinc	0 gr. 40

b) Insuffler chaque jour, à l'aide d'une plume d'oie ou d'un tube de verre prolongé par un tube de caoutchouc, la poudre suivante :

Menthol	10 centigrammes.
Alun	10 grammes.
Acide borique	20 —

Toutefois, ces moyens sont habituellement insuffisants, car les topiques ne peuvent guère atteindre toutes les cryptes ni parvenir jusqu'au fond de ces cryptes. D'autre part, les pointes de feu en surface seraient insuffisantes. Il faut donc avoir recours, soit à la *discission des amygdales*, soit au *galvano-cautère* sous forme de cautère pointu recourbé en crochet qui déchire le tissu et le cautérise en même temps. Ce dernier procédé est préférable (Cuvillier); il est moins douloureux et réunit en un seul les deux temps du traitement, car, pour obtenir un bon résultat avec la discission à froid, il est nécessaire, une fois le fond de la crypte mis à nu, de le cautériser pour détruire les germes qui y séjournent.

On peut aussi avoir recours au *morcellement*.

La discission a été préconisée par Hoffmann et Schmidt, et vulgarisée en France par Calmette. On introduit un crochet mousse dans les orifices des cryptes (crochet qui ressort souvent par l'orifice d'une crypte voisine en communication avec la première) et on rompt ensuite par traction le pont de tissu derrière lequel se trouve l'instrument; on procède ainsi successivement à l'ouverture de toutes les cavités cryptiques, de sorte que l'amygdale finit par reprendre son volume normal.

Il est bon de toucher les parties cruentées avec la *teinture d'iode* mitigée de glycérine ou une *solution iodo-iodurée* (Gampert) :

Acide trichloracétique	10 centigrammes.
Iode métallique	25 —
Iodure de potassium	50 —
Glycérine pure	5 gr. 50
Eau distillée	10 grammes.