

blant en cela aux localisations analogues provoquées par d'autres maladies infectieuses, telles que les oreillons. La fièvre amygdalienne serait une maladie infectieuse, au même titre que la pneumonie qui choisit le poumon comme lieu d'élection, mais qui porte également son action sur la plèvre, sur l'endocarde, sur les méninges, sur les reins, etc.

L'attention étant appelée sur ce point, il est certain que les amygdalites présentent parfois les allures des maladies infectieuses. Dans quelques cas, la localisation angineuse est légère, ce qui n'empêche pas que les symptômes généraux, frissons, fièvre, lassitude, courbature, inappétence, revêtent une *intensité* et une *durée* qui sont bien plus en rapport avec l'hypothèse d'une infection générale qu'avec une simple phlegmasie de l'amygdale.

L'*orchite*<sup>1</sup> est une des manifestations de la fièvre amygdalienne, et elle n'est pas sans analogie avec l'orchite de la fièvre typhoïde et de la fièvre ourlienne. L'orchite amygdalienne survient aussi bien dans les formes légères que dans les formes violentes de l'angine. Elle apparaît surtout au moment de la décroissance de l'amygdalite, elle est unilatérale, douloureuse et caractérisée par une fluxion testiculaire et par un épanchement dans la tunique vaginale. Sa durée est de huit à vingt jours; elle se termine par résolution, très rarement par suppuration, mais elle peut laisser après elle une légère atrophie testiculaire. L'*ovarite* a été également observée.

La *néphrite*, qui apparaît dans le cours de la fièvre amygdalienne, est caractérisée par l'albuminurie, et, dans quelques cas, par des douleurs lombaires, par des œdèmes<sup>2</sup>, et par des symptômes urémiques. Bien que la néphrite amygdalienne soit habituellement fugace et superficielle, elle peut, dans quelques cas, fournir un appoint au développement d'un mal de Bright ultérieur.

Douleurs articulaires, pseudo-rhumatisme, éruptions cu-

1. Joal. Orchite et ovarite amygdaliennes. *Arch. de méd.*, mai et juin 1886.

2. Dubousquet. Laborerie. *Gaz. des hôp.*, 1887, p. 883.

tanées, érythème polymorphe, purpura, endocardite ulcéreuse à streptocoque, péricardite purulente à streptocoque, pleurésie purulente, péritonite, méningite, broncho-pneumonie, phlébite, otite suppurée, néphrite, orchite, ovarite, telles sont les complications multiples qui peuvent survenir dans le cours ou dans le décours des amygdalites<sup>1</sup>. Telles de ces complications sont plus volontiers associées à des amygdalites suppurées, telles autres sont plutôt l'apanage des amygdalites érythémateuses, catarrhales, pultacées, lacunaires, folliculaires. Quelques-unes de ces complications sont l'indice d'un pronostic fort grave; elles peuvent apparaître dans le cours d'une amygdalite aiguë qui s'était annoncée avec des symptômes d'une franche bénignité<sup>2</sup>.

De l'ensemble de ces faits il résulte que bon nombre d'amygdalites sont ordinairement des maladies infectieuses. Nous allons voir ce que nous apprennent à ce sujet les recherches bactériologiques; pour le moment, ce qui importe, c'est de savoir qu'il y a, cliniquement, des angines amygdaliennes, qui sont variables comme intensité et comme allures; les unes se comportent comme une simple phlegmasie locale, et semblent résumer en elles toute la maladie; les autres sont accompagnées de manifestations multiples comme les maladies infectieuses.

**Bactériologie.** — Que nous ont appris les recherches bactériologiques relativement à la pathogénie des amygdalites et des angines? Elles nous ont appris que dans toute angine, simple, catarrhale, phlegmoneuse, dans les exsudats pultacés, dans les petites masses caséuses contenues dans les cryptes des amygdales, on trouve un grand nombre de microbes, qu'on peut également rencontrer dans la bouche des sujets sains.

Microcoques, diplocoques, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, pneumo-bacille, coli-bacille, bacille pseudodiphthérique tétragène, sans compter tous les saprophytes

1. Sallard. *Les amygdalites aiguës*. Thèse de Paris, 1892.

2. Janselme. *Gaz. des hôp.*, 23 janvier 1880.

de la cavité buccale, tels sont les microbes qu'on peut trouver dans les différentes variétés d'angines que nous venons d'étudier. Toutefois le rôle principal, prépondérant, est dû au streptocoque dans les proportions suivantes :

Sur 22 angines et amygdalites observées par M. Veillon<sup>1</sup>, les microbes pathogènes étaient répartis de la façon suivante : Le streptocoque existait 22 fois, le pneumocoque lui était associé 16 fois, et le staphylocoque lui était associé 2 fois. Mais aucun de ces micro-organismes n'est spécifique. Quel est leur rôle au cas d'angine et d'amygdalite ? pourquoi et comment deviennent-ils virulents et pathogènes ?

Parfois il y a contagion, et l'individu sain reçoit d'emblée l'agent pathogène. Dans d'autres cas il faut revenir aux anciennes idées de la « spontanéité morbide » ; nous disons aujourd'hui « auto-infection ». Sous l'influence de conditions qui concernent à la fois la graine et le terrain, conditions dont les unes nous sont connues (froid, surmenage, associations microbiennes) et dont les autres nous échappent, le microbe ou les microbes exaltent leur virulence et l'acte morbide se déclare. La muqueuse pharyngée est riche en tissu lymphoïde, en phagocytes, macrophages et microphages qui sont en état continu de défense. La défense vient-elle à faiblir, la *phagocytose* est elle-même en défaut (Metchnikoff), l'individu est « en état de réceptivité morbide ».

Dans quelques circonstances les agents pathogènes n'envahiraient pas les amygdales par leur surface, ils pourraient les pénétrer par leur profondeur ; en pareil cas, l'angine est *secondaire* ; le malade était atteint d'une maladie infectieuse, et les amygdales « retenant et détruisant les microbes, il n'est pas étonnant qu'elles en souffrent de temps en temps »<sup>2</sup>.

Quoi qu'il en soit, les agents pathogènes et notamment le

1. Arch. de médecine expérimentale, mars 1894.

2. Bouchard. Thérapeutique des maladies infectieuses, 1889, p. 256.

streptocoque agissent suivant leurs aptitudes virulentes et suivant le terrain qu'ils rencontrent. Les accidents et les complications que nous avons énumérés peuvent être dus, soit à la toxine streptococcique, soit au passage du streptocoque dans le sang et dans les organes. Peut-être les injections de sérum anti-streptococcique, si efficaces au cas d'érysipèle, pourront-elles être utilisées au cas d'angines infectieuses streptococciques.

**Diagnostic.** — Étudions maintenant le *diagnostic* des angines et des amygdalites. En principe, on ne doit jamais négliger d'examiner la gorge d'un malade atteint d'angine même la plus simple. L'examen de la gorge est douloureux et parfois difficile ; les enfants s'y prêtent de mauvaise grâce ; mais il faut insister sous peine de commettre une erreur de diagnostic. Au moyen d'un gargarisme, ou d'une irrigation, on débarrasse d'abord la gorge des mucosités qui l'encombrent, puis on l'éclaire, soit au moyen d'une petite lampe fabriquée à cet usage, soit au moyen d'une grande cuiller qui, placée derrière une bougie, projette la lumière à la façon d'un réflecteur.

Nous ferons, à l'un des chapitres suivants, le diagnostic des amygdalites avec l'angine *diphthérique*, diagnostic qui dans bien des cas ne peut être établi que par l'examen bactériologique. Pour le moment, passons en revue le diagnostic avec les autres angines aiguës. L'angine *rhumatismeuse* peut précéder ou accompagner les manifestations articulaires du rhumatisme aigu ; elle provoque une dysphagie *des plus vives*, lorsque les muscles du pharynx sous-jacents à la muqueuse sont atteints par le rhumatisme (Chomel).

L'angine *scarlatineuse*, j'entends l'angine initiale de la scarlatine, précède l'éruption cutanée et peut même exister en l'absence de toute éruption de la peau (scarlatine fruste). Cette angine est caractérisée par l'intensité de la fièvre, par la coloration pourprée de la muqueuse, coloration due à l'éruption scarlatineuse, qui occupe non seulement l'isthme du gosier, mais encore la cavité de la bouche et la face