

jettera après s'en être servi à sec pour enlever le mucus ou les produits pul-tacés que le lavage n'a pu entraîner; mais on devra toujours éviter avec le plus grand soin de faire saigner la muqueuse, et procéder avec beaucoup de douceur. Les topiques employés ne devront pas être caustiques ou douloureux. On pourra souvent se servir de liqueur de Van Swieten, de glycérine légèrement phéniquée, ou d'une solution d'acide phénique dans le sulfocinate de soude acide. Cette dernière préparation, dont je parlerai plus longuement à propos du traitement de la diphtérie, a l'avantage de permettre d'appliquer, sans douleur pour le sujet, des solutions très concentrées d'acide phénique (jusqu'à 40 pour 100).

Toutes ces manœuvres ne donneront les résultats qu'on est en droit d'en attendre que si elles sont exécutées soigneusement, correctement, je dirais volontiers méticuleusement. Il est indispensable de se servir d'un bon abaisse-langue, de dimensions appropriées à celles de la bouche du malade, à bords parfaitement mousses, et assez épais pour ne causer aucun dommage des parties à moins de maladresse flagrante de l'observateur. Quoi qu'on puisse dire, un bon abaisse-langue est préférable à une cuiller, et le seul avantage de celle-ci est de se trouver partout et toujours à la disposition du médecin. Insisterai-je aussi sur la nécessité de bien éclairer la gorge du malade, sur l'avantage que présente bien souvent l'emploi du miroir réflecteur à bandeau frontal, sur l'utilité de compléter, quand la chose est possible, l'examen direct par l'inspection, à l'aide du miroir laryngoscopique, des parties qui y échappent, sur les services que peut rendre le toucher comme moyen d'information complémentaire? Ce serait, je crois, inutile, car il ne saurait être douteux que les résultats de la thérapeutique locale seront toujours, de même que la précision du diagnostic de l'étendue, du siège et des caractères des lésions, en raison directe du soin et de la correction avec lesquels les méthodes techniques d'examen et de traitement auront été appliquées.

*Antisepsie générale.* — Nous ignorons les moyens de la réaliser utilement pour le malade. Il est fort douteux que les bons effets de la quinine, dans le traitement des angines aiguës, soient dus à sa valeur antiseptique. Mais l'utilité de ce médicament est incontestable, et il ne faut pas négliger de l'administrer, à doses suffisamment élevées, pendant toute la période fébrile.

*Antisepsie intestinale.* — On la réalisera, aussi bien du moins qu'elle peut l'être, par l'administration interne des antiseptiques insolubles (naphtol, benzoate de naphtol, salol) aux doses nécessaires. Elle sera facilitée par l'alimentation, réduite pendant la période fébrile au lait et aux œufs à la coque peu cuits, et par l'usage exclusif de décoctions tièdes agréables au goût s'il est possible, mais stérilisées par l'ébullition, comme boissons. Les vomitifs ou les purgatifs salins ne seront administrés que si l'indication formelle s'en présente; mais il sera toujours avantageux de provoquer l'évacuation journalière du gros intestin à l'aide de grands lavements tièdes à l'eau bouillie. On pourra aussi donner des lavements qu'on fera garder, de façon à augmenter la diurèse et à faciliter l'élimination des produits d'émonction par la voie rénale.

Les angines aiguës bénéficient au plus haut degré de l'antisepsie intestinale, lorsqu'elle est instituée avec rigueur et dès le début. Depuis 1887, indépendamment des gargarismes antiseptiques que j'avais seuls employés jusqu'alors, j'ai systématiquement prescrit le naphtol, à la dose de 2 à 3 grammes par jour, à tous les adultes que j'ai eus à soigner pour des amygdalites; et j'ai obtenu

des résultats qui ne peuvent me laisser aucun doute sur les bons effets de cette médication. Dans plus de la moitié des cas, les douleurs sont moindres, et la durée de l'affection est notoirement abrégée. C'est surtout chez des sujets frappés d'amygdalite phlegmoneuse d'emblée, et qui n'en sont pas à leur première atteinte, qu'on peut souvent apprécier le plus nettement l'action de l'antisepsie intestinale. On sait que les gens qui ont déjà été atteints d'amygdalite phlegmoneuse ne se trompent guère sur ce que leur réservent les premiers symptômes d'une attaque nouvelle: l'affection, ainsi que l'a si justement fait remarquer Lasègue, reparait presque toujours, même après plusieurs années, avec tous ses caractères: même début, même marche, même terminaison. Or, en relatant mes premiers essais<sup>(1)</sup>, entrepris sur le conseil de mon maître M. Bouchard, je pouvais déjà citer 4 malades qui, s'étant soumis à l'antisepsie intestinale rigoureuse dès l'apparition des premiers symptômes de l'affection (ayant eu un début brusque), avaient vu celle-ci rétrocéder en 3 ou 4 jours, alors que toutes les périamygdalites dont ils avaient été atteints antérieurement s'étaient jugées par un abcès. Aujourd'hui, je pourrais citer nombre de faits analogues, aussi nets que les premiers. Bien plus, j'ai vu plusieurs fois l'affection rétrocéder d'abord sous l'influence de l'antisepsie intestinale, et reprendre ensuite sa marche, le malade ayant cessé, malgré mes conseils, de prendre du naphtol dès que l'amélioration avait commencé à s'accroître. Je ne parle ici que du naphtol parce que je n'ai pas une expérience suffisante des autres médicaments capables de réaliser au mieux l'antisepsie intestinale; mais d'autres auteurs ont été à même de constater que leur action est analogue. C'est ainsi que M. Capart et M. Gouguenheim<sup>(2)</sup> ont expérimenté le salol à l'intérieur, à la dose de 4 grammes par jour et plus, dans le traitement des angines, et en ont obtenu des résultats établissant nettement l'efficacité de cette médication. Wright, puis M. Saint-Philippe, ont depuis lors confirmé les conclusions des auteurs précédents. M. Gouguenheim, qui s'était réservé tout d'abord sur le mode d'action du salol, s'est récemment rangé à l'opinion attribuant à l'antisepsie intestinale les bons résultats obtenus. Il est permis de croire qu'il faut rapporter aux mêmes raisons l'efficacité réelle de la médication évacuante et de la diète, dont on usait et abusait tant, autrefois, dans le traitement de l'amygdalite. Or, en mettant ces moyens en pratique, nos prédécesseurs faisaient de l'antisepsie intestinale sans le savoir. Ils la faisaient, à la vérité, moins bien qu'avec le naphtol ou le salol, aussi n'obtenaient-ils que des résultats inférieurs à ceux que donnent ces antiseptiques insolubles.

*Autres principes généraux.* — A ces interventions thérapeutiques relevant de la pathogénie spéciale devront se joindre, bien entendu, l'application des principes généraux d'hygiène (repos du malade; séjour dans une chambre à température constante et convenable, et d'une propreté rigoureuse; aération aussi large et pure que possible, etc.), et l'observation des indications particulières à chaque variété d'angine ou commandées par les complications éventuelles.

*Soins consécutifs.* — Pour se garder des rechutes, les malades ne devront pas reprendre leurs occupations avant que la guérison soit confirmée. Encore ne devront-ils pas ensuite cesser tout traitement: ils devront être avertis que les angines sont des affections récidivantes, et que pour avoir chance d'éviter les

<sup>(1)</sup> *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 10 mai 1888, p. 86.

<sup>(2)</sup> GOUGUENHEIM, Traitement des inflammations de l'isthme du gosier, par l'administration interne du salol; *Ann. des maladies de l'oreille*, septembre 1889, p. 555.

retours de la maladie ils doivent s'astreindre, pendant quelque temps, à continuer de faire, matin et soir, des irrigations antiseptiques de la gorge. On obtient souvent, assez aisément, l'exécution de ces prescriptions chez les enfants. Ceux-ci en prennent vite l'habitude, et demandent bientôt eux-mêmes à continuer ces lavages quotidiens.

Mais ces précautions ne suffisent pas toujours à prévenir les récidives; si l'angine aiguë a laissé après elle des lésions du pharynx ou des amygdales, il faut les traiter de suite et jusqu'à complète guérison. On arrivera ainsi à restreindre, sinon à supprimer, la vulnérabilité de la gorge due aux altérations de structure de quelques-unes de ses parties. De plus, si l'on s'aperçoit que le nez n'est pas assez perméable pour que le sujet puisse respirer la bouche fermée, non seulement dans la journée et tant au repos que pendant la marche, mais encore la nuit pendant toute la durée du sommeil, on devra rechercher les causes de l'imperméabilité, et les faire disparaître au moyen des interventions nécessaires.

Il n'est pas moins utile de se préoccuper de l'état des dents; de faire arracher les dents de lait qui seraient cariées, obturer les dents permanentes si l'on peut ainsi éviter leur extraction; et de faire observer rigoureusement les pratiques antiseptiques de l'hygiène buccale. Beaucoup de personnes ne font la toilette de leur bouche que le matin au lever, ce qui est insuffisant. Il faut la renouveler le soir, avant le coucher, pour éviter de laisser séjourner dans la cavité buccale des débris alimentaires qui fermenteraient pendant la nuit.

## II

### ANGINES CATARRHALES

On désigne sous le nom d'*angine catarrhale aiguë* l'inflammation aiguë de la muqueuse de la gorge ne donnant pas lieu à la production d'exsudats fibrineux formant des fausses membranes.

Quelquefois l'inflammation frappe d'emblée toute la gorge, et l'angine est alors appelée angine catarrhale diffuse d'emblée; mais le plus souvent elle ne touche pas au même degré toute la cavité pharyngienne. Tantôt elle atteint surtout les amas de tissu lymphoïde, et particulièrement les amygdales palatines, ou l'une d'entre elles; et alors elle n'atteint les parties voisines que secondairement ou avec moins d'intensité. Tantôt au contraire elle se montre particulièrement intense au niveau du voile du palais, de la luette, des piliers antérieurs, et se propage à la paroi postérieure du pharynx en ne touchant les amygdales que superficiellement, sans dépasser de beaucoup l'entrée des cavités cryptiques de ces glandes. L'angine amygdalienne, par les symptômes qui l'accompagnent, aussi bien que par les complications locales ou éloignées qui peuvent se montrer pendant son évolution, est la variété d'angine catarrhale la plus intéressante. Je la décrirai donc en premier lieu, contrairement à l'usage suivi par les auteurs, et ne passerai à la description de l'angine staphylopharyngée qu'après avoir étudié les différentes variétés d'amygdalite catarrhale.

### § 1. — AMYGDALITE CATARRHALE

SYNONYMIE : Angine tonsillaire; amygdalite cryptique ou folliculaire (1); tonsillo-staphylite catarrhale.

**Symptômes et marche.** — L'amygdalite catarrhale aiguë est une maladie dont les prodromes sont ordinairement de courte durée. Le malade est pris de malaise, puis de lassitude, parfois d'abattement et de vraie courbature. Il peut avoir de plus des troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements même, ou diarrhée. Puis au bout de quelques heures surviennent des frissonnements, ou plus rarement un frisson unique d'intensité variable, après quoi le pouls s'accélère, la peau devient sèche et chaude, la soif et la céphalalgie arrivent, et la fièvre augmente progressivement. Les symptômes généraux du début, antérieurs à la fièvre, manquent très rarement; peut-être même ne manquent-ils jamais complètement, mais leur intensité varie suivant les cas et surtout suivant les sujets. Il en est de même de leur durée : parfois la fièvre ne survient qu'après 6, 8, 10 heures de malaise, tandis que dans d'autres circonstances elle débute au bout d'une heure ou deux. Quelquefois avant, plus souvent en même temps ou peu après, plus rarement quelques heures seulement après l'apparition de la fièvre, le malade commence à souffrir de la gorge. Elle lui paraît d'abord chaude, ardente, sèche, surtout d'un côté (car le plus ordinairement une seule amygdale est prise au début), puis la déglutition de la salive devient de plus en plus douloureuse.

L'amygdalite peut être double d'emblée, mais ce n'est pas la règle. Si, quelques heures après l'apparition de la douleur, on examine la gorge, on voit tout d'abord, le plus souvent, qu'une seule des deux amygdales est tuméfiée, rouge, tendue, ordinairement recouverte, autour et à l'entrée des orifices cryptiques, d'une petite exsudation mince, opaline et transparente, ou blanchâtre et opaque dans quelques cas. Du côté de l'amygdale malade, la muqueuse des piliers du voile est également rouge, mais elle est aussi très souvent luisante, tuméfiée, tendue; et cet aspect s'étend à la moitié du voile sur toutes les parties voisines du bord libre et jusqu'à la luette. A ce moment il n'y a jamais d'exsudat sur le voile ou les piliers, et il peut même ne se montrer sur les amygdales que plus tard, si l'inflammation a débuté par les parties profondes des cryptes ou de quelques-unes d'entre elles; mais on trouve souvent la muqueuse palatine criblée de petites éminences punctiformes, d'apparence parfois translucide, qui sont constituées par la saillie des glandes mucipares et surtout par le mucus débordant de leurs orifices : il faut se garder de les prendre pour des vésicules d'herpès. La paroi postérieure du pharynx, du côté malade, est également rouge et enflammée, mais moins que le voile et ses piliers, et quelquefois même elle est à peine touchée. Si les deux amygdales sont prises à la fois, ce qui se voit dans un assez grand nombre de cas, l'une d'elles est ordinairement plus malade que l'autre, et l'inflammation catarrhale se diffuse à toute la gorge, plus intense du côté de l'amygdale la plus malade.

La fièvre, qui a atteint son acmé en quelques heures, se maintient assez

(1) La dénomination d'amygdalite *folliculaire* doit être rejetée, car dans l'amygdalite catarrhale les follicules sous-muqueux ne sont pas malades, ou du moins ne le sont que secondairement.