

guérison. Mais, aussi bien chez les sujets plus âgés que chez les enfants, les récidives sont fréquentes : loin de créer l'immunité, une atteinte de la maladie prédispose à des atteintes nouvelles. Certains sujets peuvent avoir ainsi deux, trois amygdalites catarrhales ou plus dans l'espace d'une année, et cela pendant plusieurs années consécutives. Au bout d'un temps variable, il arrive le plus souvent que l'affection évolue d'une façon moins franchement aiguë, et que la résolution ne se fait plus complètement. L'amygdale reste un peu augmentée de volume à chaque attaque nouvelle, et l'hypertrophie tonsillaire se constitue en même temps qu'un peu de pharyngite chronique; ou bien, et cela surtout chez les sujets ayant dépassé l'âge de la puberté, l'augmentation de volume de la glande est moins marquée, mais sa vascularisation est augmentée, et il subsiste de l'inflammation chronique des cavités cryptiques. Ces conséquences fâcheuses, qui paraissent plus fréquentes chez les sujets lymphatiques, peuvent, heureusement, être évitées, si l'on s'en occupe dès qu'elles commencent à se montrer. Il en est de même des lésions de pharyngite diffuse qui, chez les jeunes gens, peuvent relever de la même cause; si l'on s'aperçoit que l'angine amygdalienne a laissé après elle un peu d'inflammation subaiguë du pharynx, il faut s'attacher à la faire disparaître le plus vite possible sous peine de lui voir prendre une marche chronique et persister définitivement.

Exceptionnellement on peut voir un enfant, après une amygdalite de moyenne intensité, rester pendant un, deux ou plusieurs mois languissant et souffreteux. Il a de temps en temps de la fièvre le soir; mange peu, sans appétit, digère plus mal encore et est atteint alternativement de constipation et de diarrhée. Il cesse de grandir et de se développer. Il se plaint de maux de tête. On ne sait à quoi attribuer cet état, car l'enfant ne se plaint pas de la gorge. Toutefois, si l'on examine celle-ci, on voit que l'amygdale qui a été malade est restée beaucoup plus grosse que l'autre, et que le ganglion angulo-maxillaire de ce côté, et souvent des ganglions voisins, sont encore plus ou moins volumineux. Il s'agit en pareil cas de ce que M. P. Le Gendre a appelé des *infections amygdaliennes subaiguës prolongées*. Cet auteur pense que les symptômes observés sont dus à ce que les microbes ayant causé l'amygdalite antécédente continuent à pulluler dans les cryptes de la tonsille. Quelle que soit la pathogénie de ces accidents, il est certain que l'ablation de l'amygdale ou sa réduction à l'aide de l'ignipuncture amène rapidement leur disparition, qu'on n'avait pu obtenir par d'autres moyens.

Complications (1). — Les symptômes, la marche, la durée et la terminaison de l'amygdalite catarrhale peuvent être modifiés plus ou moins profondément par des complications éventuelles.

Tout d'abord je signalerai la *diphthérie*, qui peut survenir dans le cours d'une angine catarrhale. On verra, en étudiant l'angine diphthérique, que celle qui vient compliquer une angine streptococcique présente une gravité toute particulière.

La *phlegmasie tonsillaire*, d'abord catarrhale, peut envahir la couche sous-muqueuse, et devenir parenchymateuse ou *phlegmoneuse* secondairement. Ces angines profondes secondaires, qui peuvent se terminer soit par résolution, soit par suppuration, modifient notablement les caractères de l'affection primitive,

(1) Voyez JEANSELME, *Gaz. des hôpitaux*, 25 janvier 1890; n° 11. — Consultez aussi SALLARD, Les amygdalites aiguës, *Thèse de Paris*, janvier 1892.

surtout lorsque l'inflammation frappe le tissu cellulaire rétro-amygdalien. Je ne fais que les signaler ici, car elles seront étudiées plus tard avec les diverses angines phlegmoneuses.

Dans quelques cas, on peut voir l'inflammation phlegmoneuse respecter l'amygdale et le tissu cellulaire situé à sa face profonde, et envahir les ganglions lymphatiques voisins. Ces *adéno-phlegmons secondaires* sont, ou des phlegmons *latéro-pharyngiens*, ou des adéno-phlegmons *cervicaux* siégeant dans la chaîne sterno-mastoïdienne. Ils sont surtout fréquents à la suite de l'angine scarlatineuse, mais il est avéré qu'ils peuvent aussi se produire à la suite de l'angine catarrhale simple (Siredey, Milsonneau).

J'ai déjà signalé, à propos de la symptomatologie, les *troubles auriculaires*. Ils peuvent se réduire à de simples douleurs d'oreilles, phénomènes réflexes, et disparaissant sans laisser de trace; ou à des *inflammations de la trompe d'Eustache* par propagation pouvant parfois survivre à l'angine aiguë; mais dans d'autres cas on peut voir survenir, dans le cours ou à la fin de l'affection gutturale, des *otites moyennes purulentes aiguës*.

Indépendamment de ces inflammations de voisinage, on peut observer encore des complications éloignées diverses, d'importance variable. Telles sont les *orchites* (Verneuil, Joal, Descoings), pouvant se terminer par suppuration ou par résolution, et être suivies d'atrophie testiculaire; les *ovarites* (James, Gray, Joal); l'*albuminurie légère* et transitoire (Lecorché et Talamon, Sallard), qui n'est pas rare et dont la signification pronostique est sans gravité; les *arthralgies légères* (Sallard); et enfin les *éruptions cutanées* (érythèmes polymorphes). Les *érythèmes scarlatiniformes* peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic considérables. L'*érythème nouveau* peut précéder l'angine ou se montrer après son apparition. MM. Le Gendre et Claisse ont observé récemment, chez le même sujet, du *purpura* et de l'*érythème nouveau*.

Ces complications, il importe de ne pas l'oublier, peuvent se produire aussi bien dans le cours ou à la fin d'une angine catarrhale en apparence tout à fait légère et bénigne, que lorsqu'on a affaire à des inflammations gutturales intenses donnant lieu à des phénomènes généraux accentués dès le début.

La même observation s'applique aussi à celles qu'il nous reste à passer en revue, bien que les plus graves d'entre elles, heureusement rares, soient presque toujours parallèles à des amygdalites parenchymateuses suppurées (suppuration diffuse ou à foyers multiples), s'accompagnant d'état typhoïde.

Les *néphrites infectieuses* sont une des plus fréquentes de ces complications viscérales (Ch. Bouchard, Kannenberg, L. Landouzy, Dubousquet-Laborde, Ch. Fernet, Leyden, Bomsein, Fürbringer, etc.). Elles peuvent guérir assez rapidement dans un certain nombre de cas; mais elles peuvent prendre une marche chronique, et finir par emporter le malade au milieu d'accidents urémiques. L'*endocardite ulcéreuse* a été observée par Fränkel et Fürbringer. Les lésions des séreuses viscérales ou articulaires comptent aussi parmi les complications le plus souvent observées : *pleurésies* (Fränkel, Hanot, Féréol, Metzner), *péricardites* (Fränkel), *péritonites* (Frœlich), *pseudo-rhumatismes articulaires infectieux* (Ch. Bouchard, Caron, Bourcy, E. Gaucher, Bourdel).

La plupart de ces complications, surtout celles qui touchent l'endocarde et les séreuses viscérales, sont d'une extrême gravité, et se terminent le plus souvent par la mort au milieu de phénomènes d'adynamie. Elles s'observent surtout dans des cas d'angines streptococciques. Les angines à pneumocoques peuvent

être compliquées de *méningites* (Netter, Rendu), et plus souvent de pneumonies. Le professeur Cornil avait déjà appelé l'attention sur la fréquence des suppurations de l'amygdale dans le cours des *pneumonies infectieuses*. Les faits de Bobone, de Gabbi, de MM. Prioleau, Jaccoud, Rendu, Netter etc. ont établi l'existence des pneumonies consécutives aux angines pneumococciques et réciproquement.

Devons-nous encore signaler parmi les complications de l'amygdalite, surtout des amygdalites doubles avec inflammation gutturale diffuse, les paralysies diverses et en particulier du voile du palais, étudiées par Gubler, qui les a dénommées *paralysies angineuses*? Déjà, en 1868, Lasèque faisait observer qu'en dehors de la diphtérie, on n'observait guère que des paralysies palatines incomplètes et tout à fait passagères, disparaissant au bout de quelques jours. En 1881, M. Landouzy ne signalait les idées de Gubler qu'en formulant d'expresses réserves sur la simplicité de l'angine en cause. Aujourd'hui, nous savons que la diphtérie peut se présenter sous forme d'angine catarrhale, sans trace de fausse membrane; les idées de Gubler ne peuvent plus être acceptées, et nous sommes amenés à croire que ses observations se rapportent à des diphtéries méconnues, de même que le plus grand nombre de celles qui ont été publiées récemment par divers auteurs. Il semble que si certaines angines infectieuses peuvent être suivies de névrites multiples, c'est là une complication tout à fait exceptionnelle.

Anatomie pathologique et bactériologique. — Les lésions histologiques de la muqueuse pharyngée voisine des amygdales enflammées sont celles auxquelles donne lieu le catarrhe des muqueuses en général : les capillaires, gorgés de sang, sont le siège d'une abondante diapédèse de leucocytes, et d'une exsudation séro-fibrineuse. Le chorion et la couche épithéliale ont subi une multiplication de leurs cellules, l'épithélium glandulaire également. D'abondants amas de mucus, de cellules épithéliales desquamées et de globules de pus occupent en certains points la surface de la muqueuse.

Aux amygdales, l'inflammation catarrhale occupe une étendue variable de la profondeur des cryptes, parfois toute leur surface. Les dépôts pultacés, plus encore dans les cryptes qu'à la superficie de la tonsille, renferment un grand nombre de micro-organismes. Indépendamment de *bactéries* et de *coccus* divers, de *spirilles*, etc., microbes saprogènes dont la plupart sont vraisemblablement inoffensifs, et du *bacille pseudo-diphtérique* qui n'est pas rare, on peut y trouver des organismes pathogènes nettement déterminés : le *staphylococcus albus* et *aureus* et le *streptococcus pyogenes*, associés ou non (Fürbringer, Ch. Bouchard, Hanot, etc.), le *pneumocoque* de Talamon (Cornil, Netter, Rendu, etc.), le *bacillus crassus sputigenus*, dont les cultures renferment une substance très toxique (Kreibohm), et enfin des *bactéries* et des *coccus septiques* de diverses espèces (Ch. Bouchard, Kannenberg, Landouzy, etc.). Indépendamment des streptocoques et des staphylocoques, Fürbringer a trouvé, dans une quinzaine de cas d'angines infectieuses, un microbe particulier qu'il soupçonne de jouer un rôle important en pareil cas, sans se hasarder à affirmer sa spécificité. La plupart de ces auteurs ont retrouvé ces divers microbes pathogènes, associés ou non, soit dans le sang des malades, ou dans leurs urines, ou dans les épanchements des séreuses viscérales ou articulaires, dans les cas d'angines à complications infectieuses graves qu'ils ont pu étudier.

Pronostic. — Le pronostic de l'amygdalite catarrhale aiguë est ordinairement

exempt de gravité. Toutefois, la possibilité de complications infectieuses graves au cours de l'angine en apparence la plus bénigne impose au médecin certaines réserves, et l'oblige à ne pas négliger d'examiner journellement le malade avec soin, de surveiller l'appareil circulatoire et respiratoire, de s'assurer qu'il n'existe pas d'albuminurie, surtout si l'état général du malade offre quelque chose d'insolite.

Étiologie. — En dehors de ce que nous avons étudié précédemment au sujet de l'étiologie générale des angines aiguës, il n'y a que peu de chose à dire à propos de l'amygdalite catarrhale en particulier. Commune chez les enfants, elle est surtout fréquente au moment de l'adolescence, et devient rare après la quarantième année, pour devenir exceptionnelle chez les vieillards. J'ai déjà indiqué la fréquence des récidives, et il sera inutile d'y revenir ici, aussi bien que sur l'influence du froid et les autres causes.

Diagnostic et traitement. — Le diagnostic de l'amygdalite catarrhale, en dehors de sa différenciation avec l'*herpès* qui sera exposée plus loin, n'offre en général aucune difficulté; mais, ainsi que nous le verrons à propos de l'amygdalite phlegmoneuse, il n'est pas possible de savoir, pendant les premiers jours, si le parenchyme de la tonsille ne participe pas à l'inflammation, l'augmentation de volume de l'amygdale pouvant aussi bien être due à cette éventualité, qu'à la distension des cavités cryptiques par des amas pultacés. Les difficultés du diagnostic se présentent surtout dans les cas où l'inflammation diffuse de la muqueuse pharyngée accompagne celle de l'amygdale en particulier; elles seront passées en revue lorsque nous étudierons l'angine catarrhale diffuse aiguë.

Je ne dirai rien du traitement, celui-ci ne présentant rien de particulier en dehors de ce qui a été dit précédemment au sujet du traitement des angines aiguës non spécifiques en général. Mais lorsque l'affection est suivie d'une période de convalescence dépassant quelques jours, le médecin doit y prendre garde : un examen très attentif des sujets, y compris l'analyse des urines, peut en pareil cas l'empêcher de méconnaître l'existence de complications nécessitant l'emploi de moyens thérapeutiques spéciaux.

§ 2. — INFLAMMATION CATARRHALE DE L'AMYGDALE LINGUALE, DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE, ET DU TISSU LYMPHOÏDE DU PHARYNX BUCCAL

L'inflammation catarrhale aiguë, dite *amygdalite* lorsqu'elle frappe les amygdales palatines ou l'une d'elles, peut se circonscire aux autres amas de tissu adénoïde du pharynx. On peut l'observer à la base de la langue; ou à la partie supérieure, rétro-nasale, du pharynx proprement dit; ou encore sur la paroi postérieure du pharynx buccal, où l'amygdale rétro-nasale se prolonge sous forme de traînées latérale et médiane pouvant être atteintes sans que le pharynx nasal soit lui-même frappé. Je décrirai brièvement ces différentes variétés d'angine, qui touchent de près à l'amygdalite et doivent en être rapprochées.

1° Amygdalite linguale; angine catarrhale préépiglottique. — D'après mes observations (1), cette affection n'est pas rare; mais en revanche elle est à peu

(1) Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue : *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 10 mai 1888; et *Archives de laryngologie*, 1888. — Voyez aussi :