

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, Lasègue 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 :

près invariablement méconnue. Elle peut évoluer d'une façon franchement aiguë, avec fièvre et embarras gastro-intestinal, comme une amygdalite catarrhale aiguë ordinaire; mais le plus souvent elle se présente sous une forme subaiguë, et ne donne lieu qu'à des phénomènes généraux très peu marqués ou tout à fait nuls. Dans les formes aiguës surtout, la douleur à la déglutition est vive, elle s'irradie souvent vers les oreilles, et se prolonge en bas vers le médiastin. Il existe en même temps des douleurs spontanées, et une sensation très pénible de corps étranger au fond de la gorge. Cette sensation porte les malades à avaler à vide, ce qui exaspère les douleurs, ou encore à racler et à tousser. La voie est normale; mais les malades ne peuvent parler quelque temps à haute voix sans fatigue et sans souffrance. La plupart du temps ils accusent un point douloureux au-devant du cou, et assez souvent ce point est situé bien au-dessous du siège de la lésion, presque au niveau de la fourchette sternale.

En examinant la gorge avec l'abaisse-langue, on voit à peine un peu de rougeur de la gorge, un peu plus marquée au niveau de la partie inférieure des piliers antérieurs, et difficilement appréciable ailleurs dans bien des cas. Aussi, malgré la disproportion apparente entre les symptômes accusés par le malade et les signes objectifs ainsi constatés, le médecin non prévenu a-t-il tendance à rapporter les uns aux autres; et comme au bout de quelques jours le sujet est généralement guéri, le véritable siège de l'affection est méconnu.

L'examen laryngoscopique permet d'éviter à coup sûr cette erreur. A l'aide du miroir, on voit l'amygdale linguale très rouge et très tuméfiée dès le début; et, le lendemain ou le surlendemain, présentant par places des amas de mucus ou des dépôts pultacés. Au bout de quelques jours la région reprend son aspect normal. Lorsque l'affection suit une marche subaiguë, on la trouve assez souvent circonscrite à un seul côté de la base de la langue, ou à quelques-uns des follicules qui la composent. Les douleurs sont alors latérales; et, à l'examen, la rougeur et la tuméfaction des follicules atteints tranchent vivement avec la coloration rose pâle du reste de la région.

Les femmes paraissent beaucoup plus sujettes à cette affection que les hommes, et les adultes que les enfants, chez lesquels elle est exceptionnelle. Les récurrences sont fréquentes, et conduisent souvent à l'hypertrophie des follicules. On verra, à propos des angines phlegmoneuses, que cette amygdalite linguale peut donner lieu à un abcès sous-muqueux de la base de la langue.

Le traitement ne présente rien de spécial dans les formes aiguës et subaiguës.

2° Amygdalite pharyngée. Catarrhe naso-pharyngien aigu. — L'angine pharyngée supérieure donne lieu à des symptômes assez différents, chez les enfants et les sujets jeunes dont l'amygdale pharyngée est normalement assez développée, de ce qu'ils sont chez les adultes où elle est moins volumineuse. L'affection est plus fréquente chez les premiers; et elle s'accompagne très souvent, lorsqu'elle atteint des enfants de 5 à 6 ou 7 ans, de phénomènes généraux assez marqués.

Chez ces petits malades, voici comment les choses se passent d'ordinaire. Après une courte période de malaise, de somnolence, ils se plaignent de mal de tête, sont pris de frissonnements, puis de fièvre. Celle-ci peut être très vive. Il y a parfois aussi, comme dans l'amygdalite, des nausées, des vomissements, de la

Bull. de la Soc. de laryngol. de Paris, décembre 1891; et Archives de laryngologie, janvier et mars 1892.

diarrhée. Mais l'enfant ne se plaint que d'avoir mal à la tête, il n'a aucune douleur de la gorge, ou, quand elle existe, elle est si peu marquée qu'il ne l'accuse que lorsqu'on appelle son attention sur ce point. Par contre, il existe de l'enclenchement; le nez est obstrué, le petit malade respire la bouche ouverte. La mère s'obstine à le faire moucher, sans succès d'ailleurs, et bientôt cet acte provoque une douleur plus ou moins vive, soit dans le nez, soit dans les oreilles. Il y a souvent un peu d'otalgie et de surdité. A ce moment l'examen fait reconnaître que la pituitaire est rouge, sèche, tuméfiée. Celui de la gorge ne donne pas de renseignements tout d'abord, mais parfois, avec un peu d'attention, on voit, de chaque côté de la paroi postérieure du pharynx, une traînée rouge dépassant un peu le niveau de l'arc du voile palatin, en arrière de la partie supérieure du pilier postérieur. Le lendemain, les choses ont changé, la fièvre est moins vive ou complètement tombée, la céphalalgie a un peu diminué, le malade a toujours le nez embarrasé, mais il mouche des mucosités épaisses et abondantes, et si l'on examine le pharynx, on voit qu'il est tapissé, à sa partie supérieure, de mucosités visqueuses formant un amas surtout visible pendant un effort de vomissement provoqué par le contact de l'abaisse-langue. Il n'est pas rare d'observer des réflexes laryngés: tantôt la voix est un peu enrouée seulement; d'autres fois, on voit se reproduire, deux ou trois jours de suite, la nuit surtout, des accès de spasme glottique qui simulent ceux de la laryngite striduleuse. L'enfant est bientôt guéri, mais il continue pendant quelques jours à moucher plus abondamment que d'ordinaire, et la respiration nasale ne se rétablit que progressivement. Souvent, à la période fébrile, il se produit des épistaxis plus ou moins abondantes. Ces épistaxis, lorsqu'elles donnent lieu à un écoulement sanguin un peu important coïncident, souvent avec une amélioration presque subite: en même temps que la fièvre tombe, tous les symptômes disparaissent et l'affection semble arrêtée dans son évolution.

Lorsqu'on peut pratiquer la rhinoscopie postérieure, on voit, au début, que l'amygdale pharyngée rétro-nasale est rouge et très tuméfiée; et plus tard, on la trouve recouverte de mucosités épaisses et adhérentes.

Après une première atteinte, les récurrences sont fréquentes: alors l'amygdale rétro-nasale tend de moins en moins à reprendre son volume primitif après chaque récurrence; elle est bientôt chroniquement enflammée et hypertrophiée, et le petit malade présente les symptômes et les signes de l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal.

Chez l'adulte, le catarrhe naso-pharyngien aigu ne donne que très exceptionnellement lieu à des symptômes généraux. Tout se réduit à une céphalalgie parfois assez vive, à une sensation de gêne, de corps étranger, de sécheresse et d'ardeur en arrière des fosses nasales, qui oblige le malade à renifler ou à faire des expirations brusques pour se débarrasser. Mais il ne peut se moucher sans douleur. La céphalalgie susorbitaire est de règle; il y a presque toujours aussi une douleur très pénible au niveau de la nuque; souvent un peu d'otalgie, un peu de surdité et des bourdonnements. La déglutition est un peu gênée, mais rarement elle est vraiment douloureuse. Les fosses nasales s'obstruent plus ou moins, surtout la nuit; le sujet dort la bouche ouverte et se réveille avec la bouche et la gorge desséchées. Au bout de 36 ou 48 heures, le malade commence à moucher d'épaisses mucosités, qu'il n'arrive à expulser qu'après des efforts répétés, et incomplètement. Les amas de mucus ou de muco-pus s'accumulent à la partie supérieure du pharynx, et s'écoulent péniblement sur sa

paroi postérieure, où ils causent une gêne notable et provoquent des nausées extrêmement pénibles chez certains sujets. Peu à peu tous ces symptômes diminuent, les troubles articulaires disparaissent, le nez se dégage, et la guérison arrive au bout de 6 à 8 jours.

Souvent aussi la guérison n'est que partielle, et le catarrhe, qui s'était propagé aux trompes d'Eustache ou à l'une d'elles, s'y cantonne et y persiste. Ou bien encore la muqueuse nasale reste tuméfiée, le nez obstrué, et la rhinite chronique se constitue. Dans d'autres cas encore, la résolution de l'inflammation de la cavité naso-pharyngienne ne se fait pas complètement, et l'affection devient chronique. Enfin, chez les sujets dont l'amygdale pharyngée n'est pas encore notablement réduite de volume, le catarrhe aigu du pharynx nasal peut, comme chez les enfants, devenir le point de départ de tumeurs adénoïdes volumineuses. Le fait est d'autant moins rare que le sujet est plus jeune⁽¹⁾. Cependant nous l'avons vu, M. Reclus et moi, se produire sous nos yeux dans l'espace de quelques mois, chez une dame de quarante-sept ans. Cette personne fut ensuite opérée, et guérie radicalement de l'obstruction nasale et des troubles auditifs constants dont elle avait commencé à souffrir, quand le volume de la tumeur était devenu suffisant pour donner lieu à ces symptômes, malgré l'absence de catarrhe chronique, dont il n'existait pas de traces.

La seule complication à craindre dans le cours du catarrhe naso-pharyngien aigu est l'otite suppurée, mais malheureusement elle n'est pas rare.

Lorsque la pharyngite supérieure aiguë est liée au coryza aigu, elle est généralement peu marquée et disparaît en même temps que le coryza lui-même.

Le diagnostic ferme ne peut guère être établi avec une certitude sans le secours de la rhinoscopie postérieure. Le traitement, chez les enfants, se réduit au repos à la chambre et à l'administration de la quinine, s'il y a une fièvre un peu accusée; chez l'adulte, les inhalations des vapeurs d'eau distillée de benjoin et les insufflations de poudres antiseptiques (iodoforme et mieux aristol) rendent des services. Le froid doit être évité de crainte d'otite secondaire. S'il persiste le moindre degré de surdité après la guérison du pharynx, il faut s'en préoccuper de suite et la traiter avec le plus grand soin.

5° Pharyngite catarrhale. Angine pharyngée. — L'inflammation catarrhale aiguë peut se localiser à la paroi postérieure du pharynx buccal en laissant intact le reste de la gorge. Cette localisation, qui est particulière aux adultes et surtout aux hommes, s'observe presque constamment à la suite d'irritations locales, surtout de l'abus du tabac à fumer, des liqueurs alcooliques, etc., chez des sujets qui n'en usent que modérément d'ordinaire. A l'examen, on voit que le palais a conservé son aspect normal, tandis que la paroi postérieure du pharynx, surtout latéralement, est très rouge; de plus, les parties latérales et les granulations constituées par des îlots de tissu lymphoïde sont augmentées de volume. Bientôt ces parties se recouvrent de nappes de mucus opalin ou blanchâtre, sans adhérence avec la muqueuse. Il n'y a généralement pas de fièvre, à peine un peu de malaise; mais la déglutition, à son dernier temps, est douloureuse. Cette affection est habituellement de courte durée, mais elle ne doit pas être négligée: le malade doit se soumettre aux gargarismes et aux applications topiques antiseptiques, et se garder d'irriter sa gorge par l'usage

(1) Voy. CUVILLIER. Thèse de Paris, 1891.

du tabac et l'exposition au froid, sous peine de voir l'affection persister à l'état subaigu d'abord, et chronique ensuite.

§ 5. — ANGINE CATARRHALE GÉNÉRALISÉE

SYNONYMIE : Angine érythémateuse aiguë. — Angine catarrhale diffuse aiguë. — Staphylo-pharyngite. — Angine rhumatismale sans rhumatisme.

Description. — L'angine érythémateuse aiguë diffuse est une maladie à début brusque dans la très grande majorité des cas. Le malade est pris subitement de malaise, de courbature, de douleurs vagues se faisant sentir de la nuque aux épaules ou aux lombes, parfois d'une transpiration modérée, puis de fièvre d'intensité variable. Les troubles gastro-intestinaux sont beaucoup moins accusés que dans l'amygdalite. Bientôt se montre une sensation de sécheresse et d'ardeur de la gorge, puis une douleur s'accusant surtout pendant la déglutition, et s'exaspérant lorsque le malade avale une boisson froide. Il se couche sans se sentir mieux au lit qu'avant d'y entrer, est désagréablement impressionné par la fraîcheur des draps, dort mal, et se réveille le lendemain avec une douleur de gorge beaucoup plus vive que la veille, bien que cette douleur ne soit pas constante, et s'accuse surtout à chaque mouvement de déglutition. Cette douleur augmente encore pendant la journée, puis, après s'être maintenue pendant un temps variable, mais n'excédant généralement pas trois ou quatre jours, elle diminue en même temps que la fièvre disparaît complètement. La guérison a lieu au bout de 7 à 8 jours au plus.

Au début, l'examen du pharynx fait constater une rougeur diffuse de la gorge, mais surtout marquée au niveau des piliers antérieurs, du voile palatin et de la luette. Cette rougeur est sombre, uniforme, la tuméfaction est très légère, les parties sont brillantes et d'abord sèches. Puis il se produit parfois un peu d'œdème de la luette, et la rougeur s'accroît au niveau des amygdales, mais celles-ci n'augmentent pas sensiblement de volume, et l'inflammation qui les touche reste superficielle et ne pénètre pas dans les cavités cryptiques.

Des amygdales, la rougeur vive se propage rapidement à la face postérieure du pharynx. Celle-ci devient ensuite le siège d'une exsudation muqueuse généralement médiocre, puis l'œdème de la luette disparaît, et la rougeur des parties diminue progressivement et s'éteint. La langue est légèrement saburrale. L'adéno-pathie cervicale est le plus souvent nulle, s'il n'existait pas, avant le début de l'affection, d'augmentation de volume des ganglions.

Très fréquemment la durée de l'affection est abrégée; au lieu de durer une semaine, l'angine peut évoluer en quatre jours, trois jours et même quarante-huit heures. Mais pendant quelques jours le malade conserve encore un peu de sensibilité à la fatigue, et la vigueur et l'appétit ne reparissent que progressivement.

Complications. — L'angine érythémateuse diffuse, aussi bien que l'amygdalite, peut être l'occasion des complications infectieuses qui ont été antérieurement signalées. De plus, il faut savoir que, dans un certain nombre de cas, le rhumatisme articulaire aigu est précédé d'une angine érythémateuse, qui peut se montrer quelques jours avant lui, parfois même une semaine, et guérir avant que la polyarthrite fébrile n'apparaisse.

Étiologie et nature. — A-t-on affaire, dans ce dernier cas, à une véritable