

contraire avantage à les enlever et à appliquer ensuite un collutoire au borate de soude.

III

ANGINES PHLEGMONEUSES

On désigne sous le nom d'*angines phlegmoneuses* les inflammations, primitives ou secondaires à l'inflammation catarrhale, du tissu sous-muqueux du pharynx.

Lorsque le processus inflammatoire se localise à l'amygdale ou autour d'elle, on dénomme l'affection *amygdalite* ou *péri-amygdalite phlegmoneuse*.

Lorsqu'il atteint certains ganglions péri-pharyngiens et le tissu cellulaire voisin de ceux-ci, et qu'il s'y localise, l'angine prend le nom de phlegmon circonscrit péri-pharyngien. Le phlegmon circonscrit péri-pharyngien prend le nom d'*abcès rétro-pharyngien*, ou d'*abcès latéro-pharyngien*, suivant son siège.

Enfin, lorsque l'inflammation profonde se généralise à tous les tissus péri-pharyngiens et produit une infiltration diffuse de cette région, ce qui est extrêmement rare, on se trouve en présence du *phlegmon diffus du pharynx*, la plus grave de toutes les angines phlegmoneuses. Chacune de ces formes d'angine phlegmoneuse, dont les deux premières présentent d'ailleurs plusieurs variétés, mérite une description spéciale. Je ne m'occuperai, dans cet article, que de la première et de la dernière, et je laisserai de côté l'histoire des phlegmons circonscrits péri-pharyngiens (abcès rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens), qui sont à proprement parler des adéno-phlegmons, et dont on trouvera la description dans les traités de chirurgie⁽¹⁾.

§ 1. — AMYGDALITE ET PÉRI-AMYGDALITE PHLEGMONEUSES

La plupart des auteurs classiques décrivent sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse l'inflammation aiguë de l'amygdale et du tissu cellulaire de la loge tonsillaire aboutissant à la formation d'un abcès au niveau de cette dernière. Ces descriptions ont, à la vérité, l'avantage de répondre à ce qu'on observe en clinique dans la majorité des cas ; mais, basées sur une définition trop compréhensive, elles manquent forcément de précision, parce qu'elles réunissent sous une même rubrique des variétés dont l'évolution et souvent la terminaison sont notablement différentes. Parfois, en effet, l'amygdale seule peut être atteinte d'une inflammation parenchymateuse aboutissant à la suppuration. D'autres fois, au contraire, la suppuration du tissu cellulaire juxta-tonsillaire peut survenir sans que l'amygdale présente autre chose qu'une inflammation modérée. Or, il s'en faut de beaucoup que le tableau clinique soit identique dans les deux cas. Il n'est donc pas indifférent d'ignorer la symptomatologie spéciale de chacune de ces deux variétés, et pour la connaître il est nécessaire de l'étudier séparément, telle qu'on peut l'observer dans les cas typiques. De cette façon, on ne sera pas exposé, dans la pratique, à confondre des types cliniques dont la marche et la durée présentent des différences notables, et de plus on pourra souvent, dans la majorité des cas où l'inflammation frappe avec une violence

(1) Voir l'article de A. BROCA, *Traité de chirurgie*, tome V, pages 545 et suivantes.

presque égale la tonsille et sa loge, déduire de l'analyse des symptômes des renseignements utiles.

Aussi, à l'exemple de Lasègue, qui en a tracé une description clinique excellente⁽¹⁾, j'exposerai, d'une part, les symptômes de l'amygdalite phlegmoneuse proprement dite, du phlegmon intra-amygdalien, variété la plus rare ; et de l'autre, ceux de la péri-amygdalite phlegmoneuse, ou phlegmon péri-amygdalien.

Symptomatologie. — 1^o **Amygdalite phlegmoneuse.** — Elle débute comme une amygdalite catarrhale, et ne diffère en rien de cette dernière par son évolution pendant les deux ou trois premiers jours. Mais au moment où l'inflammation catarrhale des parties voisines de l'amygdale commence à diminuer, où la fièvre diminue d'intensité, où l'amélioration des symptômes apparaît, l'amygdale elle-même ne diminue pas de volume ; elle reste grosse, son aspect ne se modifie pas. Le malade, qui se trouvait déjà mieux, avalait plus facilement, croyait la guérison proche, ne tarde pas à voir que cette rémission n'était que momentanée : la fièvre se rallume ; la céphalalgie et la courbature augmentent. En même temps, la langue devient plus sèche et la bouche plus mauvaise, les douleurs locales deviennent plus intenses, et l'amygdale augmente de volume. Bientôt l'arc palatin s'enflamme de nouveau, il rougit, devient turgescence, œdémateux, ainsi que la luette. La tonsille est extrêmement douloureuse à la pression de la pulpe du doigt, qui est indolore au contraire autour d'elle. On peut dès lors affirmer qu'il ne s'agit pas ou qu'il ne s'agit plus d'une amygdalite simple.

Toutefois, il n'est pas encore certain que cette inflammation aboutira à la formation d'un abcès. Elle peut se terminer par résolution. En pareil cas, après que les choses sont restées en état un, deux, trois jours au plus, il se produit du 4^e au 6^e jour, une amélioration locale et générale rapide, qui aboutit, en 48 heures, à la disparition de la fièvre, au retour de l'appétit, enfin à la guérison.

Lorsque au contraire la résolution ne se fait pas, le malaise, vers le 4^e ou le 5^e jour, augmente encore ; le malade est abattu, déprimé, somnolent, et les phénomènes généraux semblent plus intenses, alors que la douleur locale a pu diminuer un peu. A ce moment l'abcès intra-amygdalien est formé.

Si la collection purulente est très voisine d'une cavité cryptique, la paroi qui l'en sépare s'amincit, se rompt, et l'abcès s'écoule au dehors par l'orifice de la crypte, du 6^e au 7^e jour ; mais si elle est située plus profondément dans le tissu propre, l'évacuation est moins prompte ; la fièvre tombe vers le 6^e jour et la gorge paraît aller mieux quoique l'amygdale n'ait pas diminué de volume, mais la déglutition est toujours douloureuse, et les choses peuvent durer ainsi quatre, cinq, six jours encore. Puis l'abcès s'ouvre, et si cette ouverture a lieu la nuit, le malade, au matin, se réveille guéri. Si elle a lieu dans la journée, le malade en est averti par une saveur infecte, il crache un peu de pus, et, dès qu'il s'est lavé la bouche, il se trouve complètement soulagé. L'amygdale, encore d'un rouge violacé, est alors molle et dépressible sous le doigt. Le lendemain, elle a repris son volume ordinaire et bientôt son aspect ne diffère plus de l'apparence normale. Dans certains cas cependant, l'abcès ne s'évacue que peu à peu, la guérison est alors moins rapide, la douleur à la déglutition, le volume de l'amygdale, ne disparaissent que progressivement, au bout de plusieurs jours. Il en

(1) LASÈGUE, *Traité des angines*, Paris, 1868, p. 216 et suivantes.

est ainsi lorsque l'amygdale renferme des abcès multiples disséminés, ce qui est loin d'être rare.

Parfois encore, soit parce que la collection purulente, étendue, s'est développée tout autour d'une crypte, soit parce qu'elle a agi en comprimant des tissus sains, on voit se produire le sphacèle d'une notable partie de l'amygdale, qui se détache en laissant une cavité béante, à parois tomenteuses, recouvertes d'un enduit verdâtre, et d'un mauvais aspect. En l'absence de soins hygiéniques et de l'usage de topiques appropriés, cette lésion, surtout lorsqu'elle occupe la région supérieure de l'amygdale, n'a, quoi qu'en dise Lasègue, qu'une médiocre tendance à la guérison spontanée chez certains sujets. Le fond de la cavité continue à suppurer, et bien que les parties environnantes aient repris parfois un aspect à peu près normal, la déglutition reste douloureuse. Mais avec quelques lavages antiseptiques, quelques attouchements avec l'acide phénique, l'acide salicylique, ou le sublimé en solution, la guérison complète est obtenue en quelques jours.

Dans le cours ou à la suite de certaines maladies générales infectieuses, on voit parfois des abcès intra-amygdaliens se développer silencieusement; l'augmentation du volume de l'amygdale et la douleur à la déglutition sont alors seules à faire soupçonner leur présence. — Cette variété subaiguë, qui peut marcher assez lentement, n'est pas rare après la grippe, si j'en crois ce que j'ai pu observer pendant l'épidémie de 1889-90. Le professeur Cornil a noté la fréquence de ces abcès tonsillaires pendant une récente épidémie de pneumonies. Dans beaucoup de cas, ils étaient passés inaperçus et n'ont été découverts qu'à l'autopsie.

2° Péri-amygdalite phlegmoneuse. — La péri-amygdalite phlegmoneuse se développe toujours consécutivement à une inflammation de l'amygdale elle-même. Mais dans certains cas cette inflammation tonsillaire peut être extrêmement légère, tout à fait insignifiante, presque complètement silencieuse, soit jusqu'au moment où éclatent les symptômes du phlegmon rétro-amygdalien, soit même pendant une partie de la durée de celui-ci. Il me semble donc légitime de considérer comme des types cliniques distincts la péri-amygdalite phlegmoneuse *d'emblée*, et celle qui se développe dans le cours d'une amygdalite dont l'évolution, dans sa première partie, a été celle d'une angine amygdalienne ordinaire, bien que Lasègue et la plupart des auteurs classiques les confondent dans une description unique.

Dans le cas de *péri-amygdalite phlegmoneuse d'emblée*, les prodromes peuvent faire à peu près complètement défaut. Le malade ressent tout d'abord un léger malaise, un peu de courbature et de fatigue, des sueurs du front et du visage, en même temps qu'un peu de sécheresse de la bouche et de la gorge, et une douleur à chaque mouvement de déglutition. Cette douleur ressemble à une piqûre profonde, et le malade la ressent dans un point limité, d'un seul côté, au niveau de la partie supérieure de l'amygdale. Lorsqu'on a l'occasion d'assister au début de l'affection, quand il se produit de cette façon, on peut, en examinant la gorge, voir une tache rouge, de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de diamètre, occupant le voile du palais, au niveau de la partie supérieure du pilier antérieur. Cette tache répond à une saillie de la muqueuse tendue et luisante. Lorsqu'on appuie le doigt à son centre, on provoque une douleur analogue à celle qui est ressentie à la déglutition, comparable à la piqûre d'un corps étranger piquant enclavé dans la profondeur des tissus.

A ce moment, cette légère tuméfaction rouge peut être la seule lésion appréciable, et chez les personnes dont les tonsilles ont un petit volume et sont situées profondément dans leur loge, l'amygdale du côté malade ne présente parfois aucune saillie, aucune différence avec l'autre. Cependant lorsqu'on la comprime avec la pulpe du doigt, on sent qu'elle présente une résistance qui fait défaut de l'autre côté. Peut-être est-elle par elle-même un peu douloureuse à la pression, mais la chose est difficile à déterminer, parce que cette manœuvre éveille plus ou moins la douleur sus-amygdalienne.

Pendant les heures qui suivent, le malaise augmente, la bouche devient mauvaise, l'appétit disparaît, la soif se montre, la déglutition devient pénible et ne s'exécute qu'au prix d'efforts douloureux et d'un mouvement d'abaissement du cou en avant coïncidant avec une flexion de la tête en arrière et du côté sain.

Enfin le frisson arrive, soit violent et prolongé comme celui de la pneumonie, soit réduit à des frissonnements, à des tremblements de peu de durée et revenant à plusieurs reprises; puis la peau devient chaude, sèche, et la fièvre s'allume. La nuit est mauvaise: le malade ne peut d'abord s'endormir, et lorsqu'il y arrive enfin, son sommeil est agité, interrompu et troublé par des cauchemars. Dans certains cas même, il y a de l'agitation, du délire, des troubles cérébraux très accentués. Le lendemain, la fièvre est toujours vive, et peut se maintenir entre 39 et 39,5; la langue est saburrale, l'état gastrique est très marqué. La constipation est de règle, et une céphalalgie, d'intensité variable et parfois très forte, l'accompagne d'ordinaire. La douleur locale a encore augmenté: le malade, qui ne peut avaler sans éprouver de vives souffrances, a la bouche remplie d'une salive gluante et visqueuse, il crache continuellement, ou plutôt il essaye de laisser la salive s'écouler au dehors sans faire d'efforts d'expulsion; il n'ouvre la bouche que très difficilement et n'obtient qu'un très léger écartement des mâchoires; il présente à leur maximum les caractères de la *voix amygdalienne* dont il a été question dans un des chapitres précédents, et la parole est assez douloureuse pour que le malade ne se résigne à parler que lorsqu'il y est absolument obligé. Pratiqué à cette période, l'examen de la gorge fait reconnaître que la tuméfaction observée la veille a augmenté de volume et s'étend sur une surface plus large; l'amygdale, aussi elle, est tuméfiée et repoussée en dedans, fait une saillie notable dans le pharynx; une exsudation mince, opaline, se montre à l'entrée de ses cryptes, parfois sur la plus grande partie de sa surface, et se propage en haut jusque sur les bords de la partie supérieure des piliers. L'arc palatin et la luette sont nettement œdémateux. Les ganglions sous-maxillaires du côté malade sont tuméfiés, douloureux; la région présente souvent de l'empatement.

Le troisième jour, et souvent aussi le quatrième, l'état demeure stationnaire; mais du quatrième au cinquième jour il se modifie suivant que le phlegmon doit se terminer par résolution ou par suppuration. Dans le premier cas, la fièvre baisse, la céphalalgie, si elle existait, se dissipe, l'œdème palatin disparaît, la tuméfaction juxta-amygdalienne diminue en même temps que la saillie amygdalienne. La douleur à la pression devient moins vive, et la déglutition moins pénible. Le lendemain la fièvre a tout à fait disparu, l'amélioration locale s'est accentuée, et dès lors la guérison arrive rapidement.

Si au contraire il se forme une collection purulente, il y a bien, du quatrième au cinquième jour, une diminution de la fièvre et de la céphalalgie, mais les douleurs persistent au même degré. La rougeur se circonscrit un peu, elle

n'occupe plus que la région où elle s'est montrée au début, mais l'œdème du voile et de la luette persiste. La muqueuse se dépouille de son épithélium et se recouvre d'un mince exsudat blanchâtre au niveau de la tuméfaction. Celle-ci, pendant les jours qui suivent, tend dans la plupart des cas à prendre progressivement une situation plus déclive, elle paraît descendre en repoussant l'amygdale en dedans et en bas. L'abcès est formé, et si on ne l'ouvre pas, il se videra plus ou moins tôt, suivant la résistance des tissus formant ses parois. La plupart du temps, la fluctuation peut être sentie, et le point où il faut la chercher est situé à un demi-centimètre environ du bord interne du pilier antérieur, à l'union du tiers supérieur de ce pilier (partie oblique) et des deux tiers inférieurs (portion verticale). En appliquant l'extrémité de l'index à ce niveau, on a la sensation d'une dépression, d'une sorte de boutonnière formée par l'écartement des faisceaux musculaires (J. Lemaistre) ⁽¹⁾ et si alors, on exerce une pression brusque en retirant ensuite le doigt pour le maintenir à la place qu'il occupait, on sent parfois un choc en retour parfaitement net. Cette manœuvre est toujours douloureuse.

Ce point, qui est le lieu d'élection de l'incision opératoire, n'est pas celui où se fait l'ouverture spontanée, sauf exception rare. Ce dernier varie d'ailleurs, car les adhérences des amygdales avec les parties qui les entourent sont elles-mêmes très variables suivant les sujets. Le pus s'échappe entre l'amygdale et le pilier antérieur, et dans un point d'autant plus élevé que l'ouverture de l'abcès se fait plus rapidement. D'autres fois il se fait jour à travers l'amygdale elle-même. Souvent il est difficile, quand l'abcès s'est vidé complètement, de reconnaître le point d'ouverture, qu'on peut au contraire déterminer, en en faisant sourdre du pus par la pression, lorsque le pus n'a été qu'imparfaitement évacué. On peut, de cette façon, lorsque l'abcès s'est ouvert à travers l'amygdale, voir le pus sortir parfois de plusieurs offices différents.

L'ouverture spontanée de l'abcès se fait d'ordinaire du sixième au huitième jour, mais elle peut se faire attendre jusqu'au neuvième, dixième, et même onzième jour. La rupture de l'abcès, que le malade ne perçoit souvent pas si elle se fait la nuit, et dont il est averti par une saveur extrêmement fétide si elle arrive dans la journée, est suivie d'un soulagement immédiat tel, qu'il équivaut à une guérison. Il est rare cependant que l'abcès se vide d'un seul jet. Ordinairement le malade crache du pus à plusieurs reprises, et la durée de l'évacuation complète varie de quelques minutes à quelques heures au plus.

L'abcès une fois vidé, la tuméfaction gutturale, jusque-là plus ou moins tendue, devient flasque, molle, dépressible; l'œdème disparaît rapidement; le patient ressent un bien-être extrême: la fièvre tombe complètement, et le malade commence à manger. Vingt-quatre heures après il est guéri dans la plupart des cas; et il ne lui reste qu'un peu de pâleur, de faiblesse, de sensibilité à la fatigue, qui se dissipent graduellement au bout de quelques jours, en même temps que l'adénopathie cervicale.

Telle est l'évolution de la péri-amygdalite phlegmoneuse d'emblée. Pendant le cours de la maladie, l'inflammation de l'amygdale peut être plus ou moins marquée: elle se maintient, dans certains cas, très modérée, dans d'autres au contraire elle atteint une extrême intensité: non seulement la tonsille est repoussée en dedans, mais elle acquiert elle-même un volume énorme, et l'inflamma-

(1) J. LEMAISTRE, Assoc. française pour l'avancement des sciences; Congrès de Limoges, 1889.

tion de son parenchyme peut aboutir à la formation d'abcès intra-amygdaliens. C'est surtout en pareil cas que l'abcès rétro-amygdalien a chance de s'ouvrir à travers la tonsille elle-même, que l'écoulement du pus se fait plus lentement, que l'amélioration n'arrive que progressivement. Les symptômes de l'amygdalite s'ajoutent à ceux de la péri-amygdalite.

Il existe encore une autre variété de péri-amygdalites phlegmoneuses d'emblée que nous devons signaler ici, bien qu'elles aient déjà été étudiées précédemment, avec les maladies générales infectieuses. J'entends parler des collections purulentes qui se développent, parfois silencieusement, et sans se déceler par d'autres symptômes qu'une douleur à la déglutition souvent même modérée, dans le cours ou à la suite de certaines infections générales fébriles spécifiques (rougeole, scarlatine, etc.). Elles peuvent, dans certains cas, s'étendre, fuser dans le tissu cellulaire en produisant des décollements étendus, ou se transformer en angines gangreneuses mortelles. Mais ces accidents graves sont rares chez les adultes, et ne s'observent guère que chez des enfants, lors des épidémies de rougeole et de scarlatine malignes. Dans d'autres conditions, l'abcès s'ouvre seul ou peut être reconnu et ouvert chirurgicalement, et la guérison est rapide. Au cours de la récente épidémie d'influenza, j'ai eu l'occasion d'observer, chez des adultes, un certain nombre de ces abcès péri-amygdaliens à marche subaiguë, qui ont tous guéri sans complications.

Il est fréquent de voir la péri-amygdalite phlegmoneuse se déclarer *secondairement* dans le cours d'une amygdalite, catarrhale ou parenchymateuse. L'angine reste tout d'abord localisée à l'amygdale, légère ou intense, et, du quatrième au sixième ou septième jour, les frissons se montrent, la fièvre augmente, les signes et les symptômes du phlegmon péri-amygdalien apparaissent et s'ajoutent à ceux de l'amygdalite antécédente. Alors que dans le cas de péri-amygdalite phlegmoneuse d'emblée la lésion est et se maintient unilatérale, ici au contraire les deux amygdales sont généralement malades quoique inégalement. Le phlegmon qui s'est développé du côté le plus atteint peut même être suivi d'un second phlegmon du côté opposé. On comprend qu'en pareil cas la marche de la maladie soit modifiée et sa durée accrue.

Complications. — Parmi les complications possibles du phlegmon péri-amygdalien, il faut noter l'*œdème sus-glottique*, qui peut donner lieu à des accidents dyspnéiques menaçants, et obliger le médecin à recourir à la trachéotomie. Mais c'est là un accident très rare, et il faudrait se garder d'y croire dans les cas, d'ailleurs assez nombreux, où la respiration est gênée par le volume de la tuméfaction pharyngienne. La plupart du temps d'ailleurs, cette gêne n'est pas très marquée, et le malade en souffre surtout à cause de la sensation d'angoisse qu'il éprouve, parce qu'il craint de la voir augmenter. Dès qu'il est rassuré sur l'absence du danger, il accepte assez facilement sa situation (Lasègue).

Dans quelques cas rares, on a vu la maladie se terminer par la mort à la suite d'*hémorragie* par ulcération de la *carotide* interne, altérée par le contact du pus ⁽¹⁾, ou de la *maxillaire interne*; ou encore à la suite de la *thrombose des veines jugulaires* (Didot, Blachez), mais ce sont là des faits tout à fait exceptionnels. J'en dirai autant des cas de mort rapide survenus la nuit, par suite d'*irruption du pus dans les voies aériennes* pendant le sommeil.

(1) VOYZZ GRISOLLE; *Pathologie interne*. — CH. MONOD; *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1885. — VERGELY; *Journal de méd. de Bordeaux*, 1886.