

Lorsque la maladie se termine par la mort, c'est à la suite des complications infectieuses graves que j'ai déjà signalées en décrivant l'angine catarrhale. Celles-ci se voient aussi bien dans l'amygdalite suppurée que dans l'amygdalite catarrhale, et ne sont d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit déjà, nullement en rapport avec l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation gutturale. Il en est de même des accidents de la convalescence, qui peut parfois être longue, se faire péniblement, comme si le malade avait subi une atteinte profonde dont il ne puisse se relever qu'avec beaucoup de soins et de temps.

L'inflammation parenchymateuse de l'amygdale, coïncidant ou non avec la péri-amygdalite, laisse souvent subsister après elle une véritable *hypertrophie tonsillaire*. Dans le premier cas, et lorsque le pus s'est fait jour à travers la tonsille, il se forme parfois des trajets fistuleux conduisant à des clapiers où la suppuration se maintient plus ou moins longtemps. L'orifice externe de la fistule, lorsqu'il n'est pas dans une crypte, se recouvre d'une couronne de bourgeons charnus qui prend parfois un aspect polypeux. La guérison peut se faire seule au bout d'un temps variable; mais il peut arriver qu'elle ne se produise pas spontanément. Le pus s'accumule dans la cavité accidentelle et l'amygdale s'enflamme plus ou moins jusqu'à ce que la cavité se vide partiellement. Ces accidents se renouvellent ainsi, périodiquement et indéfiniment avec une acuité variable, jusqu'à ce qu'une intervention chirurgicale (débridement, mise à jour du clapier, cautérisation chimique ou ignée de sa cavité) y vienne mettre fin. On peut aussi voir, après la péri-amygdalite, une fistule borgne s'ouvrir à la partie supérieure du pilier antérieur, et conduire dans un clapier situé dans la loge, en arrière de l'amygdale. L'orifice palatin de la fistule est également entouré d'une saillie bourgeonnante. En pressant l'amygdale de dedans en dehors, on fait sourdre le pus. Cet accident s'observe surtout à la suite d'interventions opératoires insuffisantes, lorsque l'ouverture de l'abcès est faite trop haut et n'est pas assez large. En pareil cas, on ne doit pas compter sur une guérison spontanée, il faut intervenir, ouvrir largement en introduisant la pointe du bistouri dans l'orifice et en sectionnant le pilier antérieur, du haut en bas, sur une longueur de 2 centimètres au moins. On pénètre ainsi dans le clapier, qu'on curette, et dans lequel on fait journellement des applications antiseptiques jusqu'à ce que la guérison soit obtenue. Ces *abcès chroniques amygdaliens*⁽¹⁾ ou *péri-amygdaliens* se voient du reste assez rarement, mais ils sont loin d'être exceptionnels, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en observer.

Étiologie et pathogénie. — L'angine phlegmoneuse péri-tonsillaire ou tonsillaire est une maladie exceptionnelle dans la première enfance, rare dans l'adolescence, et qui s'observe surtout avec la puberté. C'est à l'âge de 18 à 20 ans qu'elle est la plus commune, mais elle peut survenir beaucoup plus tard. Il est rare cependant qu'elle se développe pour la première fois chez un sujet ayant dépassé la quarantaine. Chez certaines personnes, elle ne se montre qu'une seule fois. Chez beaucoup d'autres, la première atteinte est suivie de plusieurs autres, qui surviennent à un intervalle de temps variable, rarement moindre qu'une année. Il y a des gens qui ont ainsi tous les ans, tous les deux ans, une angine phlegmoneuse; pendant une longue période de leur vie, parfois jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans et plus. Mais à un moment donné, l'apti-

(1) Voyez NOUET, *Société française de laryngologie*, avril 1888, et *Revue mensuelle de laryngologie*, juillet 1888; et aussi GAREL, *Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1889.

tude à contracter la maladie s'éteint; on ne l'observe plus chez les vieillards.

La plupart des facteurs étiologiques des angines catarrhales sont capables de s'appliquer à l'angine phlegmoneuse; le refroidissement, entre autres causes, doit compter parmi les plus actives. D'autre part, on n'a jamais signalé, que je sache, d'angines phlegmoneuses consécutives à l'iodisme, ou à une irritation locale par des poussières ou des gaz, capables de déterminer du catarrhe superficiel.

Si l'on tient compte des notions qui ont été exposées, au chapitre précédent, sur la pathogénie générale des angines non spécifiques, on devra croire que l'inflammation parenchymateuse de l'amygdale et du tissu cellulaire voisin doit être plus souvent le résultat d'une infection par des micro-organismes du sang, que par ceux du dehors. Ce mode pathogénique ne semble pas douteux lorsque l'amygdalite parenchymateuse ou la péri-amygdalite phlegmoneuse apparaissent d'emblée. Dans les cas de péri-amygdalite d'emblée, apparaissant alors que l'amygdale elle-même est à peine un peu plus grosse, un peu plus dure et un peu plus rouge que l'autre, l'idée d'une inflammation parenchymateuse qui tout d'abord est, sinon limitée, du moins prédominante à la région de la glande la plus voisine de sa face adhérente, se présente de suite à l'esprit. Or cette localisation s'explique assez bien si les micro-organismes phlogogènes arrivent avec le sang par la face profonde de l'amygdale: dès qu'ils y pénètrent, le tissu propre de la glande est mis en demeure de lutter contre eux, et avec d'autant plus d'énergie en cette région qu'une plus grande partie d'entre eux y est arrêtée à leur arrivée.

Anatomie pathologique et bactériologie. — L'amygdalite parenchymateuse aiguë donne lieu à une augmentation de volume de tout l'organe. Tout le tissu réticulé et folliculaire de l'amygdale est enflammé en même temps que la muqueuse. Sur les coupes, on constate que le tissu conjonctif du chorion de la muqueuse superficielle et de celle qui tapisse les cryptes est bourré de cellules lymphatiques, ainsi que le tissu réticulé de toute la glande. Les follicules sont augmentés de volume par suite d'une accumulation de cellules lymphatiques. La même infiltration existe dans la capsule externe (Cornil et Ranvier). Lorsque l'inflammation aboutit à un abcès, soit intra-amygdalien, soit rétro-tonsillaire, on trouve les lésions ordinaires des collections purulentes. Le pus renferme un nombre considérable de micro-organismes: streptocoques et staphylocoques associés ou isolés (Cornil et Babès, Fränkel, Fürbringer, Hanot, etc.), pneumocoques (Cornil, etc.), bactéries mobiles, saprogènes, etc.

Diagnostic. — Lorsque le médecin n'est pas appelé au début, il doit se rappeler qu'il existe une forme d'*adéno-phlegmon latéro-pharyngien*, consécutive à l'inflammation de l'amygdale, ou à des lésions dentaires (carie des molaires inférieures avec péri-odontite), qui n'est pas plus rare chez les adultes que chez les sujets plus jeunes, et qu'il faut se garder de confondre avec une amygdalite phlegmoneuse. L'examen du pharynx montre en effet une tuméfaction unilatérale, de la rougeur, l'amygdale grosse et rouge refoulée vers la ligne médiane. Mais le gonflement de la partie supéro-latérale du cou est particulièrement marqué; et, par le toucher pharyngien associé à la palpation du cou au niveau de l'angle de la mâchoire, on constate que le phlegmon siège en dehors et en arrière de l'amygdale, on peut apprécier nettement son siège, ses dimensions, et sentir la fluctuation si elle existe.

Dès le début, le diagnostic de la péri-amygdalite phlegmoneuse d'emblée ne présente pas de difficultés; mais il est le plus souvent impossible de prévoir, pendant les jours qui suivent, si l'inflammation se terminera par résolution ou par suppuration.

Quant à l'amygdalite parenchymateuse ou phlegmoneuse, sans péri-amygdalite concomitante, il n'est généralement pas possible de la différencier sûrement, pendant la première partie de son évolution, d'une amygdalite cryptique intense, ainsi que je l'ai dit déjà. Plus tard, on reconnaît qu'il existe un abcès amygdalien à la persistance (au même degré) du volume de l'organe et de la douleur à la déglutition coïncidant avec un meilleur aspect des parties voisines, et une légère amélioration de l'état général, du 6^e au 7^e jour (Lasègue). De même, lorsque la péri-amygdalite se développe dans le cours d'une amygdalite catarrhale ou parenchymateuse, on la reconnaît aux modifications des symptômes et de l'aspect de la gorge.

Certains abcès intra-amygdaliens à marche subaiguë, et à ouverture spontanée tardive; peuvent, surtout lorsqu'on les observe à une période avancée de leur évolution, donner lieu à des erreurs sur la nature de la lésion. C'est particulièrement avec les *gommés syphilitiques de l'amygdale* qu'on peut les confondre. Lorsque l'évacuation du pus est suivie de celle d'une portion du tissu amygdalien sphacélé, la cavité cratériforme tapissée d'un magma jaune verdâtre, à bords souvent assez réguliers, et entourés d'une zone rouge, éveille tout d'abord, chez un observateur non prévenu, l'idée d'une lésion syphilitique. Cette erreur est d'autant plus excusable que la lésion, en l'absence de traitement local approprié, peut rester stationnaire pendant plusieurs jours, parfois même plus d'une semaine, avant d'évoluer vers la guérison. On pourrait dès lors attribuer celle-ci à l'iodure de potassium inutilement prescrit, alors qu'elle a été spontanée, ou activée par les simples gargarismes antiseptiques ou les applications topiques employées concurremment avec le traitement spécifique. J'ai eu l'occasion, surtout vers la fin de la récente épidémie de grippe, et deux fois encore depuis lors, de voir un certain nombre de ces malades, dont plusieurs m'avaient été adressés avec le diagnostic de gomme amygdalienne. Les guérisons rapides que j'ai obtenues avec de simples gargarismes à l'eau phéniquée à 1 pour 100, sans aucun traitement antisyphilitique, m'ont prouvé que j'avais eu raison de ne pas adopter ce diagnostic. Les éléments d'appréciation que possède en pareil cas le médecin pour s'éclairer sur la vraie nature de la lésion sont de divers ordres: tout d'abord, l'extrême rareté de la gomme circonscrite à cette région, où l'on ne voit guère d'ulcérations gommeuses sans que celles-ci s'étendent aux parties voisines et particulièrement au pilier postérieur; ensuite l'absence de manifestations ganglionnaires, qui est la règle dans la syphilis gutturale tertiaire, alors que, dans les cas qui nous occupent, le ganglion sous-maxillaire dit « ganglion amygdalien de Chassaignac » est presque constamment un peu tuméfié et douloureux à la pression; enfin l'anamnèse, la marche de la maladie, l'atténuation de la douleur à la déglutition survenue brusquement quelques jours auparavant, contribueront aussi à faciliter le diagnostic.

Pronostic. — A part les réserves qu'impose l'éventualité des complications qui ont été exposées précédemment, le pronostic des amygdalites phlegmoneuses est généralement sans gravité.

Traitement. — Le traitement de l'angine phlegmoneuse est le même que celui de l'amygdalite catarrhale, et les seules indications spéciales résultent de l'intensité de l'adénite concomitante et de la formation possible d'un abcès.

La tuméfaction inflammatoire de la région angulo-maxillaire est un foyer de douleurs vives, et c'est surtout à lui que doit être attribuée la constriction, parfois si marquée, de la mâchoire; il importe donc de s'en préoccuper en même temps que de l'angine proprement dite. Je ne connais rien qui soulage autant les malades des symptômes relevant de ce chef, que l'application continue, sur la région latérale du cou, de cataplasmes de farine de graines de lin, larges, épais, et aussi chauds que le patient peut les supporter. Ces cataplasmes doivent être renouvelés très fréquemment, toutes les demi-heures par exemple, dès que le malade les sent se refroidir. Leur action est en somme celle d'un bain continu très chaud, et l'on sait combien la balnéation locale très chaude est utile aux chirurgiens dans le traitement des inflammations des membres supérieurs, où elle est facilement applicable. La nuit on remplacera les cataplasmes par une onction avec l'onguent mercuriel belladonné sur la région angulo-maxillaire, qu'on recouvrira ensuite d'une couche de ouate à pansement (non hydrophile). Lorsqu'il y a de la céphalalgie, pendant les premiers jours, on peut l'atténuer souvent et parfois la faire disparaître avec un vomitif. Lasègue aimait à appeler l'attention de ses élèves sur ce fait. Il s'élevait au contraire contre la pratique qui consiste à donner des vomitifs une fois que l'abcès est réalisé, dans le but de faciliter son ouverture spontanée.

Dès que le pus est collecté et qu'on peut apprécier la fluctuation, il faut ouvrir largement, et continuer ensuite les irrigations antiseptiques de la gorge jusqu'à la guérison complète, qui d'ailleurs arrive rapidement.

Je laisse de côté le traitement des complications possibles, chacune d'elles entraînant des indications spéciales.

§ 2. — PÉRI-AMYGDALITE LINGUALE PHLEGMONEUSE (ABCÈS SOUS-MUQUEUX SUPERFICIEL DE LA BASE DE LA LANGUE)

L'inflammation aiguë de l'amygdale linguale peut donner lieu à un abcès sous-muqueux de la base de la langue. Cet abcès, de petit volume, siège d'ordinaire au-dessous d'une des moitiés latérales de l'amygdale linguale. J'en ai observé jusqu'ici trois cas; et, dans trois autres, j'ai vu l'inflammation phlegmoneuse se terminer par résolution⁽¹⁾. M. Cartaz et M. Luc ont observé chacun un cas de la même affection terminés tous deux par suppuration.

Symptômes. — Le début de la maladie, qui succède le plus ordinairement à un coup de froid, est généralement brusque. Le malade se sent pris tout à coup de malaise, de courbature, de céphalalgie et parfois de nausées; puis de frissonnements, auxquels succède une fièvre vive qui peut durer de quatre à sept jours. Il existe de l'anorexie, de la soif, de la constipation. Dès le début le malade ressent une douleur à la gorge, le plus souvent d'un seul côté. La déglutition devient extrêmement douloureuse, et donne lieu à une douleur lancinante de l'oreille. Lorsque la douleur gutturale est bilatérale, l'otalgie l'est aussi, mais elle est moins intense. La voix reste bonne, et la dyspnée, qui manque le plus

⁽¹⁾ Sur une variété d'angine phlegmoneuse; *Société de laryngologie de Paris*, décembre 1891, et *Archives de laryngologie*, janvier et mars 1892.