

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<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> 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 *gommies 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<sup>(1)</sup>. 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

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

souvent, n'a paru que deux fois, est restée modérée et a disparu en peu de temps, sur cinq cas terminés par suppuration. Il n'y a pas de tuméfaction du cou, l'adénopathie angulo-maxillaire est nulle ou à peine appréciable. La palpation du plancher de la bouche, à sa partie postérieure, fait parfois reconnaître un peu de rénitence des parties profondes, mais celle-ci peut manquer, et dans tous les cas, les parties molles sont mobiles et souples au-dessous. Les malades peuvent facilement ouvrir la bouche; la pression de l'abaisse-langue appliqué à la manière ordinaire, n'est pas douloureuse. La partie libre de la langue est souple; elle n'est ni tuméfiée, ni œdémateuse, ni en aucune façon douloureuse à la palpation. Le malade sort aisément la langue de la bouche, et on peut exercer une légère traction sur elle, pour faciliter l'examen laryngoscopique, sans que le malade s'en plaigne.

A l'examen, le pharynx est parfois le siège d'une rougeur diffuse, souvent plus marquée au niveau de la partie inférieure des piliers antérieurs. Ou bien cette rougeur est peu marquée ou à peu près nulle, sauf à la région inférieure d'un seul des piliers antérieurs, lorsque l'affection est unilatérale. Dans le premier cas, à l'aide du miroir laryngoscopique, on voit que l'amygdale linguale est très rouge, tuméfiée, comme soulevée, de façon à former une tumeur atteignant, avec sa base, le volume d'une demi-noix et plus, refoulant en arrière l'épiglotte rouge et peu ou pas œdématisée. Dans le second cas, le plus fréquemment observé, l'amygdale linguale enflammée est soulevée seulement dans une de ses moitiés latérales par une tuméfaction un peu plus diffuse, qui fait disparaître le relief des replis pharyngo-épiglottique et glosso-épiglottique latéral.

Lorsque l'affection évolue vers la suppuration, la face antérieure libre de l'épiglotte devient œdémateuse. Mais j'ai vu deux fois cet œdème prendre un volume très marqué, sans se propager au repli ary-épiglottique. Un seul de ces malades avait de la dyspnée; celle-ci, dans ce cas et dans celui observé par M. Cartaz (où d'ailleurs l'œdème épiglottique faisait presque défaut), était évidemment due au refoulement de l'épiglotte en arrière et en bas; et elle était assez légère. L'abcès s'ouvre spontanément, du 8<sup>e</sup> au 14<sup>e</sup> jour de maladie, 2 à 5 jours après sa formation. La quantité de pus, évacuée le plus souvent à plusieurs reprises dans l'espace de quelques heures, paraît être peu abondante. La fièvre diminue dès que l'abcès est collecté; elle cesse après son évacuation qui fait aussi disparaître l'otalgie réflexe, et la guérison s'achève alors en 2 ou 3 jours.

Lorsque l'affection se termine par résolution, l'amélioration se produit du 4<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour, et du 7<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> elle aboutit à la guérison.

**Anatomie pathologique et étiologie.** — En prenant en considération les symptômes locaux observés, et l'anatomie de la région, on se rend assez exactement compte du siège de l'abcès. On sait que la couche de follicules lymphatiques de la base de la langue est inséparable de la couche sous-jacente, constituée par un amas de glandes dont la majeure partie repose sur le muscle lingual supérieur, tandis que les autres, plus profondes, s'engagent en partie dans l'épaisseur même de ce muscle. Leurs orifices s'ouvrent, soit dans les intervalles des follicules lymphatiques, soit dans la cavité centrale des follicules. C'est donc surtout par l'intermédiaire des conduits excréteurs de ces glandes que la muqueuse adhère à la couche musculaire sous-jacente, dans les régions voisines du raphé constitué par le ligament glosso-épiglottique médian. Au contraire, un peu plus en dehors, ainsi qu'antérieurement, ces glandes profondes

deviennent de moins en moins abondantes, et le muscle lingual supérieur vient adhérer à la muqueuse plus mince et à trame conjonctive plus serrée, à la manière d'un muscle peaucier. Si donc l'inflammation interstitielle profonde de la couche muqueuse dont la portion superficielle constitue l'amygdale linguale aboutit à la suppuration, le pus ne pourra se collecter qu'avec peine, et sur une largeur d'un centimètre et demi au plus, étroitement limitée à la partie médiane par le ligament glosso-épiglottique médian; ne s'étendant guère, latéralement, qu'au niveau du repli glosso-épiglottique latéral, et n'atteignant pas, en avant, le niveau des papilles caliciformes. En arrière, la collection purulente pourra s'étendre vers la fossette glosso-épiglottique; mais, en bas, elle sera arrêtée par la membrane hyo-épiglottique, assez épaisse et résistante, qui l'empêchera de fuser le long de la face antérieure de l'épiglotte dans l'interstice tyro-hyo-épiglottique, au-devant de la partie supérieure du larynx. L'abcès sera donc latéral, s'il n'est pas double ou ne s'étend pas d'un côté à l'autre du ligament glosso-épiglottique médian par l'intermédiaire d'une déchirure des fibres de ce raphé dont la structure peut varier suivant les sujets. Quant à l'œdème de voisinage, il sera surtout apparent au niveau de la face antérieure de l'épiglotte dont la muqueuse mince deviendra transparente, tandis que latéralement, la muqueuse plus épaisse apparaîtra seulement tuméfiée sans prendre le même aspect qu'à l'opercule. Cette situation de l'abcès explique que la partie antérieure de la langue soit indemne, et que celle-ci puisse être tirée aisément hors de la bouche.

L'étiologie de cette affection se confond avec celle de l'amygdalite phlegmoneuse vulgaire. Les malades observés (1 femme et 7 hommes) avaient de 29 à 46 ans. Le plus souvent la maladie s'est développée après un coup de froid. Une fois (cas de Cartaz) elle a suivi une cautérisation de l'amygdale linguale hypertrophiée, le malade ayant négligé les soins consécutifs et passé dans un bal public, où il s'était grisé, la nuit faisant suite à la cautérisation. En même temps qu'un de mes malades, une femme, habitant la même maison, a été atteinte à quelques heures d'intervalle d'une affection ayant présenté, au dire du premier, les mêmes symptômes; et il est à remarquer que, peu de jours auparavant, ils avaient tous deux mangé du gibier très faisandé. Cette angine évolue à la façon d'une maladie infectieuse, et il semble que dès le début elle prenne la forme phlegmoneuse d'emblée. L'examen bactériologique du pus n'a pu encore être pratiqué.

**Pronostic.** — Le pronostic paraît être assez bénin; l'abcès s'ouvre spontanément et n'a pas donné lieu jusqu'ici à de l'œdème de la glotte. Cependant cette complication surviendrait probablement si la collection purulente, à cause d'une conformation anatomique anormale de la membrane hyo-épiglottique du sujet, fusait le long de l'épiglotte et devenait pré-laryngienne. Il y a donc lieu de faire des réserves. D'ailleurs, les complications infectieuses pourraient vraisemblablement s'observer dans le cas d'une angine de ce genre aussi bien que dans les amygdalites vulgaires.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne peut être porté avec certitude sans l'aide du miroir laryngoscopique. Avec celui-ci, on reconnaîtra les signes que j'ai exposés plus haut. L'absence de tuméfaction et d'œdème lingual, de douleur à la palpation ou à la pression, permettra d'éliminer l'hypothèse d'une *glossite basique intra-musculaire*; et l'existence de la fluctuation superficielle rendra compte du

siège de l'abcès lorsque celui-ci sera formé. La possibilité de tirer la langue hors de la bouche sans douleur fera reconnaître que l'abcès n'est pas situé plus bas, dans l'espace hyo-thyro-épiglottique, et permettra d'éliminer l'hypothèse d'un *phlegmon pré-laryngien* ou d'une *angine de Ludwig* au début. En pareil cas d'ailleurs, la tuméfaction, la dureté, l'empatement du plancher buccal seraient très marqués, et le malade aurait beaucoup de peine à ouvrir la bouche. L'absence d'adénopathie permet d'éliminer la possibilité d'un *adéno-phlegmon*. Comme la fluctuation n'est pas toujours facile à sentir, on se basera surtout sur la détente de l'état général coïncidant avec l'état stationnaire des symptômes locaux pour conclure à la formation de l'abcès.

**Traitement.** — J'ai appliqué aux malades que j'ai observés le traitement de l'amygdalite phlegmoneuse vulgaire. Dans les trois cas où il y a eu abcès, celui-ci s'est ouvert seul. Mais j'ai eu, dans un de ceux-ci, une récurrence quinze jours après la guérison : le malade a ressenti de nouveau de la fièvre, de la douleur à la gorge et à l'oreille, et à l'examen j'ai retrouvé le même aspect que la première fois. La fièvre est tombée dès le troisième jour, et l'abcès s'est ouvert le cinquième. Pour éviter le retour des accidents, j'ai dû débrider la région, où avait persisté une fistule dont l'orifice siégeait à la limite latérale de l'amygdale linguale et dont le trajet s'étendait en dedans au-dessous de la muqueuse en partie décollée. Je pense donc qu'il sera toujours prudent d'examiner la région avec soin après la guérison, et de rechercher s'il n'y existe pas de trajet fistuleux.

#### § 5. — PHLEGMON DIFFUS PÉRI-PHARYNGIEN

Il est heureusement fort rare que le phlegmon diffus se développe dans le tissu conjonctif péri-pharyngien. Jusqu'à ces dernières années, on ne connaissait que quelques cas de ce genre. Cruveilhier avait donné, dans son *Anatomie pathologique*, le dessin des pièces provenant d'un malade qui avait succombé sans qu'on ait déterminé au juste l'affection dont il était atteint; et Sestier avait rapporté, sous la rubrique d'angines laryngées œdémateuses, des observations rentrant dans le cadre du phlegmon diffus du pharynx. La première description de la maladie a été faite par Senator (1), à l'aide de quatre observations nouvelles. Depuis lors, MM. Landgraf, Massei, Jaurand, Merklen (2), Sauvineau et d'autres en ont relaté de nouveaux exemples.

**Symptômes.** — Le phlegmon diffus péri-pharyngien débute comme une angine catarrhale diffuse intense, et pendant quelques jours ne présente aucun symptôme spécial, si ce n'est parfois l'exagération de la dysphagie. Du quatrième au septième jour, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient et s'indurent, le cou s'empâte, et en même temps que la dysphagie augmente progressivement, jusqu'à rendre l'alimentation absolument impossible, la voix s'enroue, puis s'éteint, et la dyspnée progressive, avec accès de suffocation intermittents, vient se joindre aux autres symptômes. A ce moment, l'examen de la gorge montre que la muqueuse est partout rouge, tendue, tuméfiée, et que cette infiltration s'étend aussi à la paroi antérieure du pharynx, aux replis ary-épiglottiques et au vestibule laryngien. Parfois, il existe de petits abcès circonscrits, superfi-

(1) SENATOR, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, p. 78.

(2) MERKLEN, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1890.

ciels, qui se vident, mais le malade crache un peu de pus sans qu'il en résulte aucun soulagement pour lui. La fièvre se maintient entre 39°,5 et 40 degrés; les urines sont albumineuses. Tous ces accidents graves évoluent en 12 à 24 heures, et sont bientôt accompagnés de troubles cérébraux. Le coma succède bientôt au délire. Enfin le malade succombe, du 5<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> jour après le début de l'angine, soit dans le collapsus, soit dans une syncope. La mort est constante; le seul cas de guérison observé jusqu'ici est très contestable.

**Anatomie pathologique et bactériologie.** — A l'autopsie on trouve une infiltration purulente des parois du pharynx dans toute leur épaisseur et dans toute leur étendue : parois postérieures et latérales, amygdales, luette et piliers du voile, paroi postérieure du larynx, replis ary-épiglottiques, épiglote. Dans l'épaisseur de la muqueuse, on trouve parfois des abcès collectés, de petit volume. La couche musculaire et le tissu conjonctif de sa face profonde sont infiltrés et remplis d'une matière puriforme concrète, de coloration jaunâtre. Souvent cette infiltration gagne le médiastin. Dans le cas relaté par M. Sauvineau (1), elle s'étendait le long de l'œsophage. Au-dessous de cette couche, on trouve une nappe de pus baignant la colonne vertébrale, les vaisseaux et les nerfs, et pénétrant parfois entre les faisceaux des muscles du cou, et entre les lames aponévrotiques au-devant du larynx.

Les poumons sont congestionnés, œdémateux ou partiellement hépatisés. La rate est volumineuse. Les reins sont plus ou moins altérés.

Dans le pus péri-pharyngien, on a trouvé deux fois des streptocoques (Israël, Bouloche), et une fois des pneumocoques (Jaurand). M. Bouloche a trouvé des streptocoques dans le sang du malade de M. Sauvineau.

**Diagnostic et traitement.** — Cette affection pourrait être confondue avec un *érysipèle primitif* du pharynx. Mais dans l'érysipèle le début de l'angine est plus brusque et l'élévation thermique plus rapide et plus élevée, le gonflement de la muqueuse pharyngée est moindre, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires est très précoce. On conçoit cependant que parfois on puisse hésiter sur la nature de cette affection si rare, et dont les rapports avec l'érysipèle paraissent d'ailleurs très probables.

Jusqu'ici, tous les moyens de traitement sont restés absolument inefficaces, et n'ont même pas donné d'effets palliatifs.

#### IV

#### ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Les angines pseudo-membraneuses sont caractérisées par la présence sur la muqueuse des amygdales, du voile palatin et du pharynx, d'exsudats élastiques et résistants, d'adhérence variable mais toujours notable, de couleur variant du blanc au gris et au jaune verdâtre presque noirâtre, formés par des couches de filaments de fibrine englobant des éléments cellulaires plus ou moins dégénérés.

Jusqu'à ces derniers temps, on n'appliquait cette dénomination qu'à deux

(1) SAUVINEAU, *Soc. anat. de Paris*, 1891.