

peu d'épaississement, un état habituel de sécheresse, une coloration bleuâtre et comme ardoisée; mais souvent on découvre à la surface un pointillé, un mamelonnement, des espèces de granulations qui lui ont fait donner le nom d'*angine granuleuse* (Chomel) ou *glanduleuse*. M. Gueneau de Mussy, qui préfère cette dernière dénomination, pense, en effet, que la maladie affecte spécialement cet appareil glandulaire en grappe, qu'on trouve si nombreux à la partie postérieure et supérieure du pharynx, sur le voile du palais, et jusque sur l'épiglotte et dans les ventricules du larynx.

Historique. — Cette affection, de laquelle j'avais dit quelques mots dès la première édition de ce livre, est aujourd'hui mieux connue. Signalée et décrite pour la première fois par Chomel, dans son enseignement clinique, ce fut bien postérieurement que le docteur Green publia sur elle un travail assez considérable. Plus récemment enfin, M. Noël Gueneau de Mussy a fait paraître sur la même maladie une excellente monographie, à laquelle je ferai de nombreux emprunts.

Symptômes. Marche. — Le plus souvent, l'affection a un début lent, insidieux. Les malades éprouvent de temps en temps un sentiment de picotement, de chatouillement dans le gosier, ou d'occlusion du larynx, qui les porte à faire une expiration brusque, rauque, bruyante, comme pour la prononciation du mot anglais *hem*; ils ont une toux gutturale. Les individus s'enrouent facilement; leur voix n'a plus la même étendue, la même puissance que par le passé, elle est éraillée, rauque. Ils rejettent après quelques efforts, surtout le matin, de petits grumeaux d'un blanc grisâtre comme de l'empois; plus tard, c'est un mucus jaunâtre, visqueux, très-adhérent, expulsé avec peine, et après des efforts qui provoquent parfois des vomissements. Si l'on fait ouvrir largement la bouche au malade, et si, déprimant fortement la langue avec le manche d'une cuiller, on examine l'arrière-bouche et le pharynx à un jour convenable, on constate des altérations remarquables. La membrane muqueuse est injectée; elle est parfois d'un rouge uniforme, ou bien plus ou moins ponctuée; elle est d'autres fois bleuâtre, ardoisée, sillonnée par des vaisseaux quasi variqueux; la luette est ordinairement volumineuse, pendante sur la langue, dont elle vient titiller la base. Les piliers, les amygdales sont tantôt intacts, tantôt injectés, tuméfiés; mais c'est surtout à la paroi postérieure du pharynx, spécialement latéralement, le long des piliers, qu'on trouve les lésions les plus nombreuses et les plus caractéristiques. Là, la muqueuse, d'un rouge uniforme ou bleuâtre, plus ou moins sèche, tapissée de mucosités adhérentes et ambrées, est comme mamelonnée; elle est hérissée de granulations discrètes ou confluentes, du volume d'un grain de mil, acquérant parfois celui d'une lentille, et offrant quelque analogie avec celles qu'on rencontre sur plusieurs autres muqueuses chroniquement enflammées, spécialement sur les muqueuses palpébrale et vaginale. Ces saillies n'offrent jamais d'ulcérations; seul le docteur Green dit en avoir vu.

Cette lésion, si bien caractérisée, existe souvent aussi sur la luette et dans des points de la muqueuse pharyngée et laryngée, qu'on ne pourrait découvrir qu'avec le laryngoscope. On soupçonne la lésion d'après les troubles fonctionnels, accusés par un grand nombre de ces malades. Beaucoup, en effet, ont de l'enrouement, quelques-uns ont un peu de surdité.

Lorsque la maladie a duré longtemps, le tissu cellulaire et la couche musculaire du pharynx subissent, d'après le docteur Green, une véritable atrophie, de sorte que la gorge semble alors plus élargie; mais lorsque la guérison s'effectue, on verrait, d'après le même auteur, les parties reprendre graduellement leur aspect normal.

L'angine dont nous parlons est rebelle; elle peut persister de longues années, en offrant de temps en temps des exacerbations qui sont provoquées le plus souvent par le froid, par la fatigue des organes de la voix ou par des écarts de régime.

Pronostic. — Cette affection est non-seulement rebelle, mais elle peut entraîner en outre diverses inconvénients: elle peut finir par altérer gravement la phonation, chose fâcheuse pour ceux qui exercent certaines professions; mais jamais la maladie ne peut avoir d'issue funeste, et, quoi qu'en ait dit le docteur Green, elle ne peut jamais dégénérer en aucune lésion organique.

Causes. — L'angine granuleuse est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Rare au-dessous de quinze ans, on la rencontre surtout chez les adultes; elle débute le plus souvent, d'après le docteur Green, entre vingt-cinq et trente-cinq ans. C'est une affection qui paraît parfois être héréditaire, et qu'on observe plus spécialement chez les sujets atteints d'éruptions herpétiques sur divers points du tégument externe. Chomel et M. Gueneau de Mussy ont beaucoup insisté sur cette corrélation. C'est avec raison que Chomel regarde la maladie comme étant plus commune chez les individus qui, ayant les narines naturellement trop étroites, sont obligés de respirer presque exclusivement par la bouche pendant leur sommeil; il en résulte une sécheresse habituelle de cette cavité ainsi que de la gorge, et qui amène à la longue une phlegmasie chronique de la muqueuse. L'angine dont nous parlons est plus commune dans les pays où, par suite de variations atmosphériques, règnent plus qu'ailleurs les phlegmasies laryngées; elle atteint plus spécialement aussi tous ceux qui se livrent à l'exercice de la parole, qui abusent du tabac, et qui, par des causes quelconques, ont été fréquemment atteints de phlegmasies aiguës de la muqueuse pharyngée.

Traitement. — Les individus seront placés dans d'excellentes conditions hygiéniques; ils éviteront les refroidissements, ils proscrireont les mets épicés, excitants, les boissons alcooliques et l'usage du tabac. Le séjour momentané dans les pays méridionaux est parfois indispensable.

Parmi les moyens curatifs se place en première ligne l'usage des eaux sulfureuses prises aux sources. On a préconisé tour à tour les eaux d'Enghien, celles de Luchon et les Eaux-Bonnes. L'expérience n'a pas prouvé la prééminence d'aucune d'elles. Les malades en boiront un ou deux verres par jour. Mais elles sont utiles surtout en gargarisme ou sous forme de petites douches dirigées sur les parties malades ou en pluie à l'aide d'un appareil pulvérisateur. Les eaux sulfureuses sont d'autant mieux indiquées, que l'altération du pharynx coexiste le plus souvent avec des boutons d'acné, avec la couperose et d'autres éruptions chroniques de la peau, comme si ces diverses lésions étaient l'expression de la même diathèse.

On a encore administré à titre de modificateurs et comme agents altérants, les mercuriaux, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'iode, spécialement l'iodure de potassium. Ce dernier est le seul de ces médicaments qui ait réussi quelquefois, mais on n'y aura recours que lorsque les eaux sulfureuses auront échoué.

Dans les cas où les moyens généraux ont été impuissants, on a conseillé l'emploi d'une médication topique. On a employé les gargarismes aluminés, les insufflations de tannin, d'alun ou de bismuth; ou de l'eau tenant en dissolution les deux premiers et lancée sur le point malade à l'aide d'un appareil de pulvérisation. Comme ces moyens sont assez communément insuffisants pour détruire le bourgeonnement de la muqueuse, on a eu recours à la cautérisation par l'azotate d'argent. On se servira, non pas d'une solution de ce sel, mais du crayon même, solidement fixé et dépassant le porte-caustique de quelques mil-

limètres seulement, pour éviter les chances de rupture. Avec le crayon, on a l'avantage de mieux limiter l'action du caustique sur les points les plus malades, et d'opérer ainsi une cautérisation plus énergique et plus profonde. Je ne dirai rien des révulsifs, dont on a souvent abusé et qui pourtant n'ont aucune utilité.

De l'amygdalite, ou angine tonsillaire.

SYNONYMIE. — Esquinancie, inflammation de l'amygdale.

L'*amygdalite*, ou l'inflammation des amygdales, est caractérisée par le gonflement, la dureté, la rougeur de ces glandes, avec chaleur, sécheresse à la gorge et difficulté plus ou moins grande dans la déglutition. L'amygdalite peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique.

Anatomie pathologique. — Dans les cas rares où l'on peut examiner anatomiquement les amygdales enflammées, on trouve leur volume augmenté; leur surface est rouge et injectée, la muqueuse qui les tapisse, épaissie, friable, est parfois recouverte de quelques concrétions membraniformes. Les cryptes, dont l'agglomération semble constituer l'amygdale, sont tuméfiés, et de leurs orifices, devenus plus distincts, on fait suinter par la pression un fluide visqueux, rougeâtre; d'autres fois, leur cavité est remplie de fausses membranes ou plutôt d'une matière sébacée et concrète qu'on énuclée facilement et qui exhale une odeur fétide. Ordinairement la phlegmasie atteignant simultanément les tissus cellulaires sous-muqueux et interfolliculaire, on trouve le parenchyme de la glande induré et friable; souvent alors il existe dans son épaisseur un ou plusieurs abcès; enfin, dans quelques cas plus rares, tout le tissu de l'organe, devenu bleuâtre, est ramolli et évidemment mortifié.

À l'état chronique, l'amygdalite est anatomiquement caractérisée par l'induration et par l'augmentation de volume de l'amygdale. Le tissu cellulaire est épaissi et induré; les follicules sont hypertrophiés, leurs cavités sont plus larges, leur orifice est dilaté, et ils contiennent une matière sébacée ayant la consistance et l'odeur du fromage pourri. Dans sa forme aiguë, on trouve souvent que la phlegmasie s'est propagée au larynx ou tout au moins à l'épiglotte, qui est dure, arrondie, bleuâtre ou rouge, et assez semblable, comme nous l'avons dit, à une grosse cerise.

Symptômes. — L'amygdalite débute ordinairement sans prodromes ou bien après des prodromes légers. Les malades accusent d'abord une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, ils ont de la gêne et de la douleur en avalant; car les amygdales, placées en dedans du constricteur supérieur du pharynx, sont douloureusement comprimées par la contraction de ce muscle pendant le phénomène de la déglutition. Bientôt pourtant tous ces symptômes augmentent. La douleur s'exaspère alors par la pression exercée extérieurement au niveau des amygdales; la sécrétion salivaire, devenue plus abondante, et l'augmentation de volume des amygdales, provoquent de fréquents mouvements de déglutition, qui sont marqués par des grimaces et des contorsions de la face, en raison de la douleur vive que les malades ressentent pendant que les muscles du pharynx se contractent. À un degré plus avancé, la déglutition peut devenir impossible; dans ces cas, les boissons ne franchissent pas l'isthme du gosier, et si elles arrivent jusqu'au pharynx, elles excitent fréquemment des contractions spasmodiques telles, que le liquide reflue dans la bouche et s'échappe par les narines. Presque tous ces malades éprouvent une toux gutturale très-pénible, qui augmente beaucoup les souffrances; on les voit alors, après

un plus ou moins grand nombre de secousses douloureuses, rejeter des mucosités visqueuses, opaques ou jaunâtres, sécrétées par la membrane muqueuse enflammée. La bouche, dans cette affection, exhale une odeur désagréable; la voix est nasonnée; dans la plupart des cas, elle est comme étouffée et semble se passer uniquement dans la gorge. L'exploration de cette partie montre que les amygdales sont plus volumineuses; elles se dessinent sous forme de deux tumeurs rouges et dures, qui obstruent plus ou moins complètement l'isthme du gosier, et ne sont souvent séparées l'une de l'autre que par le voile du palais qui est rouge, gonflé et repoussé en avant avec ses piliers antérieurs. On rencontre parfois sur les surfaces malades des concrétions jaunâtres, irrégulières, qui y adhèrent plus ou moins intimement, ou bien ce sont des points blanchâtres, lenticulaires, disséminés et formés par une concrétion qui distend les follicules de l'amygdale; ce sont là des productions sans nulle importance, et qui surtout n'ont aucune parenté avec les concrétions diphthéritiques. Dans l'amygdalite qui accompagne la plupart des scarlatines, l'exsudation qui recouvre les parties enflammées est pultacée, blanchâtre, ainsi que nous l'avons déjà noté à la page 132.

Le plus souvent les amygdales sont d'un volume inégal; quelquefois il n'y en a qu'une seule qui forme saillie: dans ce cas, la luvette est fortement déviée du côté opposé. L'exploration des parties affectées n'est pas toujours chose facile. Il arrive, en effet, assez souvent que les malades ne peuvent desserrer les mâchoires, à cause de l'extension de la phlegmasie à toutes les parties voisines, et parce que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. Dans l'angine tonsillaire, la plupart des malades éprouvent une douleur plus ou moins vive dans une oreille ou dans les deux à la fois, lorsque la phlegmasie a gagné l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Cette douleur, que l'on calme souvent par la pression qu'on exerce sur l'oreille avec la paume de la main, est tantôt constante, tantôt elle est ressentie seulement pendant l'acte de la déglutition; elle s'accompagne fréquemment de bourdonnement, de dureté de l'ouïe, de surdité complète ou bien d'une crépitation particulière, en raison de l'obstacle apporté par le gonflement des parties à la libre circulation de l'air.

Pour peu que l'amygdalite ait une certaine intensité, elle excite divers troubles sympathiques. La plupart des malades accusent du malaise, de la céphalalgie, ils ont une fièvre plus ou moins vive; leur langue est blanche, la bouche est pâteuse; il y a de la soif et de l'inappétence; très-fréquemment, enfin, on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux ou gastrique. Quelques malades pourtant, quoique assez fortement atteints, n'ont pas de fièvre et conservent leur appétit; mais ils ne peuvent le satisfaire, à cause de la tuméfaction des parties et des douleurs que les efforts de déglutition provoquent. Chez d'autres, la douleur n'est vive qu'au commencement du repas; souvent alors ils le terminent avec peu de souffrance, ce qu'on peut expliquer peut-être en disant que les premiers aliments ont agrandi le passage en le débarrassant des mucosités qui l'obstruaient, et ont habitué les parties enflammées au contact des corps étrangers. Les symptômes locaux que je viens de décrire, comme la douleur de gorge et d'oreille, la difficulté d'avaler, etc., n'existent que d'un seul côté lorsque l'inflammation n'envahit qu'une des deux amygdales.

Les troubles fonctionnels offrent une intensité variable, suivant l'étendue ou la gravité de la phlegmasie, et suivant le volume que les amygdales acquièrent. Nous venons de voir que l'amygdalite pouvait exister presque sans déranger la santé générale, tandis que d'autres fois elle s'accompagnait des acci-

dents les plus graves. C'est ainsi que, lorsque les tonsilles sont tellement grosses qu'elles se touchent par leur bord interne, de manière à mettre un obstacle insurmontable à l'entrée de l'air, les malades sont dans un état d'anxiété extrême; la respiration est fréquente, gênée, l'hématose incomplète, la face vultueuse, bleuâtre, les yeux sont saillants; enfin la mort survient, soit avec les symptômes d'asphyxie, soit avec ceux d'une congestion cérébrale. Mais pareille terminaison est très-rare.

Marche. Durée. Terminaisons. — L'amygdalite a une marche généralement assez rapide. L'inflammation occupe le plus souvent les deux amygdales simultanément, mais avec une inégale intensité; quelquefois une seule est atteinte, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, ou même lorsque la résolution s'opère, que la glande congénère s'affecte elle-même: la maladie reste bornée à une seule des amygdales à peine dans un neuvième des cas. Du quatrième au cinquième jour, la maladie a généralement acquis son maximum d'intensité; puis, après être restée quelques jours stationnaire, elle décline; alors la déglutition est moins pénible; la voix reprend son timbre; le mucus qui lubrifie les parties phlogosées est plus épais; il est opaque, jaunâtre, se détache avec peu d'efforts, et cette expulsion s'accompagne de soulagement; en même temps les amygdales diminuent de volume, et la couleur rouge s'éteint; on dit alors que la maladie s'est terminée par résolution. Cependant, dans la plupart des cas, bien que les douleurs et la dysphagie cessent, la gorge pourtant continue à être un peu rouge, et les amygdales restent plus ou moins tuméfiées; ce n'est souvent qu'au bout d'un temps fort long qu'elles reviennent tout à fait à leur état primitif. La résolution est la terminaison la plus ordinaire de la maladie; ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement qu'on observe de la suppuration. Lorsque celle-ci survient, les symptômes inflammatoires arrivent à leur summum d'intensité, le gonflement est considérable; les douleurs, d'abord lancinantes, se calment, deviennent bientôt gravatives; puis on voit un point de l'amygdale qui s'acumine et qui blanchit; en y portant le doigt, on a la sensation d'une mollesse fluctuante, et alors la moindre pression suffit pour rompre les parois de l'abcès. Cette évacuation est souvent spontanée; le plus ordinairement elle est provoquée par les secousses de la toux ou du vomissement. Les malades sentent tout à coup leur bouche s'humecter, et en crachant ils s'aperçoivent qu'ils rejettent un pus phlegmoneux ou rougeâtre, tantôt inodore, tantôt très-fétide. La quantité du pus peut être assez considérable pour provoquer quelquefois, par son irruption soudaine, des accidents de suffocation. D'autres fois, au contraire, soit que le pus existe en petite quantité, soit qu'il s'écoule par un simple pertuis, l'ouverture de l'abcès pourrait passer inaperçue, si le goût désagréable que les malades éprouvent et l'odeur fétide qu'ils exhalent ne fixaient l'attention. En général, les symptômes, diminuent promptement, sans que pour cela on observe un affaïssement proportionné dans le volume de la tumeur. L'abcès des amygdales s'ouvre à peu près constamment dans la bouche. On ne cite, en effet, que quelques cas fort rares où il soit venu proéminer au dehors. On l'a même vu quelquefois décoller largement les muscles du cou et fuser dans la région sus-hyoïdienne et jusqu'au-dessus de la clavicule: M. Velpeau en a observé trois cas. Un accident, heureusement beaucoup plus rare, et que je crois avoir vu une seule fois, c'est une hémorrhagie foudroyante qui tue en quelques instants lorsque l'inflammation, se propageant en dehors, atteint et ulcère la carotide interne, qui, comme chacun sait, n'est distante de l'amygdale que par un espace de 20 à 25 millimètres. L'amygdale enflammée peut quelquefois être frappée de

gangrène, en totalité ou bien en partie. Cet accident pourtant est encore assez rare; on le reconnaît à l'odeur fétide qu'exhale la bouche, à la lividité et à la couleur brunâtre du tissu de l'amygdale, qui se détache sous forme de détritits putrilagineux. C'est après ce mode de terminaison, comme après la rupture de l'abcès, qu'on observe, surtout à la surface des amygdales, des ulcérations profondes à fond grisâtre, à bords durs et élevés.

L'amygdalite peut passer à l'état chronique: c'est la terminaison dite *par induration*. Dans ces cas, les amygdales sont plus ou moins volumineuses et dures; la déglutition est habituellement gênée; la voix est moins parfaite, elle est parfois nasonnée; l'ouïe est dure; l'haleine est très-fétide, surtout au moment du réveil. Enfin les malades éprouvent, plusieurs fois l'année, des récidives, c'est-à-dire que leur maladie passe momentanément à l'état aigu. Cette forme se rencontre surtout fréquemment chez les enfants, Dupuytren la regardait comme occasionnant, chez les jeunes sujets, cette déformation du thorax qui consiste dans le rétrécissement de la paroi antérieure, dans le bombement du dos et dans l'aplatissement des côtes; il l'expliquait par les efforts que font les muscles inspirateurs pour vaincre l'obstacle que les amygdales augmentées de volume opposent à la respiration. Ces idées du grand chirurgien, exposées par lui en 1827 (1), ont été défendues par plusieurs observateurs, notamment par M. Coulson, à Londres, par Warren, à Boston, et plus récemment par Robert. Ce dernier, dans un travail intéressant qu'il a publié en 1843, dans le *Bulletin thérapeutique*, a établi que l'engorgement chronique des amygdales chez les enfants produisait, outre la déformation du thorax, plusieurs ordres d'accidents, dont les principaux sont l'affaiblissement de l'ouïe et une toux gutturale opiniâtre; ce qui est parfaitement exact. Robert ajoute que le voile du palais, étant en outre refoulé en haut, rendait difficile la respiration par les narines; de là cette physionomie comme hébétée des enfants, qui sont obligés d'avoir sans cesse la bouche entr'ouverte. Enfin, les narines, ne livrant presque plus passage à l'air ambiant, subiraient, d'après Robert, une sorte d'arrêt de développement, caractérisée par l'étroitesse du nez, ainsi que par le peu d'étendue de la voûte palatine et de l'arcade dentaire supérieure. Ces idées nous semblent un peu hasardées; nous ne croyons pas que l'angine puisse produire de tels désordres. En effet, la disposition des narines, celle de l'arcade dentaire et du palais, signalées par Robert, sont évidemment congénitales; elles se rencontrent d'ailleurs très-fréquemment chez des individus n'ayant jamais eu d'angine. Quant à la déformation thoracique, c'est là un effet du rachitisme auquel l'inflammation tonsillaire n'a aucune part. Les seuls accidents que nous regardions comme pouvant dépendre de l'hypertrophie des amygdales sont la toux gutturale, la surdité par suite de la propagation de l'engorgement tonsillaire ou pharyngé aux trompes d'Eustache, un goût désagréable et une haleine fétide, résultant d'une accumulation de matière sébacée dans les follicules de l'amygdale; enfin cette induration chronique rend l'organe plus susceptible aux influences extérieures; de là des retours plus ou moins fréquents vers l'état aigu. Ces phlegmasies répétées augmentent généralement l'état hypertrophique, cependant il se peut faire exceptionnellement que la violente phlegmasie de l'amygdale ait pour effet de résoudre l'engorgement ancien, soit après un abcès qui a opéré la fonte du tissu, soit en raison de l'impulsion que le travail phlegmoneux a imprimé à l'absorption.

L'amygdalite a une durée moyenne de huit à dix jours; il n'est pas rare,

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie.

pourtant, qu'elle se prolonge jusqu'à la fin du second septénaire; elle peut même dépasser le troisième, mais il y a généralement alors plusieurs recrudescences. L'amygdalite est une des maladies dont la récurrence est le plus fréquente, surtout chez certains individus.

Diagnostic. — Inutile d'insister sur le diagnostic de l'amygdalite, car il ne peut jamais offrir de difficulté. L'inspection des parties révèle le siège et la nature de l'affection. Si les malades ne peuvent écarter assez la mâchoire pour permettre de découvrir les amygdales, on diagnostiquera l'amygdalite d'après la gêne de la déglutition, d'après le siège de la douleur qui retentit dans le fond de l'oreille, et par la souffrance qu'on provoque en pressant extérieurement au niveau des amygdales. Lorsque la réaction fébrile est vive et qu'elle est disproportionnée avec l'état local, on ne devra pas hasarder son diagnostic, car, en pareil cas, l'amygdalite pourrait n'être qu'un épiphénomène, un prodrome d'une éruption scarlatineuse.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque la fièvre est intense, lorsqu'il existe des symptômes de congestion cérébrale ou des accidents de suffocation. La gangrène est aussi une circonstance toujours fâcheuse. En somme, l'amygdalite est une des maladies aiguës qu'on voit le plus rarement se terminer d'une manière funeste.

Étiologie. — L'amygdalite, rare chez les nouveau-nés, est commune dans la deuxième enfance; mais elle acquiert son maximum de fréquence de quinze à trente ans; elle est rare après quarante, et presque inconnue chez les vieillards. Les deux sexes y sont également prédisposés, mais on ignore l'influence que les tempéraments exercent. Plus commune au printemps et à l'automne, elle reconnaît les mêmes causes occasionnelles que l'angine gutturale et pharyngée; plus souvent encore que celle-ci, elle règne épidémiquement. Il est inutile de rappeler que l'amygdalite survient fréquemment dans le cours de la scarlatine, plus rarement dans celui de la rougeole et pendant certaines épidémies d'oreillons, etc.

Traitement. — On a proposé de faire avorter l'amygdalite en cautérisant les surfaces malades avec un crayon d'azotate d'argent. MM. les docteurs Palais (1), Durand (2) et Herpin (3) ont plus spécialement recommandé cette pratique. Ce dernier dit qu'à l'aide d'une ou de deux cautérisations faites à vingt-quatre heures de distance dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, on peut, sans aucun autre traitement actif, prévenir la suppuration. Cette méthode n'est pas généralement adoptée, car elle ne compte pas encore en sa faveur des faits suffisamment nombreux; elle n'est d'ailleurs applicable qu'au début; on ne saurait y recourir lorsque la phlegmasie est parfaitement établie, et lorsque l'amygdale étant prise dans toute son épaisseur, l'inflammation a le caractère phlegmoneux.

Dans la grande majorité des cas, l'amygdale cède à l'emploi d'une médication peu énergique, telle que nous l'avons déjà indiquée pour l'angine gutturale. Cependant, lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque la douleur est très-vive et que les amygdales ont acquis un volume considérable, on devra pratiquer une ou même plusieurs saignées du bras. M. Chauffart préfère, en pareil cas, la saignée du pied; mais les faits produits par le médecin d'Avignon sont peu nombreux, et d'ailleurs peu concluants. Quoi qu'il en soit, la phlébotomie est

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XIII, p. 381.

(2) *Journal de médecine de Lyon*, novembre 1845.

(3) *Union médicale*, année 1852.

préférable aux saignées locales faites autour du cou; c'est ce que M. Louis a démontré dans ses *Recherches sur les effets de la saignée dans les phlegmasies*. Cependant, dans les angines graves, lorsque la suffocation est imminente, on devra combiner ces deux espèces de moyens. Il faut, en outre, dans les cas que nous supposons ici, provoquer une vive révulsion extérieure avec des sinapismes, et une révulsion à l'intérieur à l'aide de lavements purgatifs, ou mieux encore par l'administration d'un cathartique, si toutefois la déglutition est possible. Je ne dirai rien sur les sangsues appliquées sur les amygdales elles-mêmes ou des scarifications de leur tissu à l'aide de divers instruments; car ces moyens, d'un emploi très-difficile, ont le plus souvent des effets contraires à ceux qu'on se propose en les employant. Je ne saurais non plus, les cas de suffocation exceptés, conseiller l'application de vésicatoires autour du cou, moyen qui était fréquemment employé par les médecins du dernier siècle.

La forme de la maladie, ses complications et son mode de terminaison, sont aussi la source d'indications spéciales. Ainsi, la réaction inflammatoire forcera souvent le médecin d'insister davantage sur les antiphlogistiques; de même, dans certaines constitutions médicales où presque toutes les angines se compliquent d'un état bilieux (*angines bilieuses* de Stoll), on doit recourir aux émétiques ou aux éméto-cathartiques. Ces médicaments font non-seulement cesser les symptômes gastriques, mais ils exercent encore une influence heureuse, et le plus souvent très-rapide, sur la gorge elle-même, comme s'il existait un rapport très-intime entre la phlegmasie et la complication survenue du côté des organes digestifs.

Lorsqu'on reconnaît que l'amygdalite s'est terminée par suppuration, il faudra se hâter de donner issue au pus, soit en portant le doigt dans la gorge et en déchirant avec l'ongle le point fluctuant, soit à l'aide d'un bistouri. Chez les sujets pusillanimes, on pourra administrer un vomitif, afin que les secousses qu'il provoque et l'état convulsif du pharynx opèrent la rupture du foyer. Si la gangrène se manifeste, on devra en rechercher la cause. Lorsqu'elle dépend de la violence de la phlegmasie, les antiphlogistiques sont indiqués; si elle se lie à un état général particulier, on lui opposera des moyens appropriés; on favorisera la chute des eschares, et l'on modifiera l'état des parties par des lotions et des applications détersives et toniques, comme l'eau vinaigrée ou aiguisée avec l'acide hydrochlorique, les infusions de kina, etc. Ces mêmes moyens conviennent également contre les ulcérations consécutives, à supposer pourtant qu'elles ne soient pas entretenues par une cause spécifique, comme la syphilis. Souvent on fera marcher ces solutions de continuité promptement vers la guérison en touchant leur surface avec un caustique, comme l'azotate d'argent.

Les substances astringentes, et particulièrement l'alun, sont généralement administrées vers le déclin de la maladie. On peut alors insuffler l'alun dans la gorge à l'aide d'un tube, ou bien on porte cette substance sur les amygdales avec l'indicateur. L'alun produit communément une diminution rapide dans le volume de l'organe; car, appliqué comme je viens de le dire, il agit non-seulement par ses propriétés astringentes, mais encore en excitant des efforts de vomissement et un état de contraction spasmodique des muscles du pharynx, pendant lequel les amygdales sont comprimées. Quelques personnes, notamment M. Velpeau, ont voulu encore étendre l'emploi de l'alun à l'état aigu; mais, nonobstant une si puissante autorité, nous ne croyons pas que cette pratique puisse être trop généralisée; car nous avons vu maintes fois l'emploi prématuré de l'alun augmenter les accidents inflammatoires, et prolonger de beaucoup la durée de la maladie; on n'y aura recours d'emblée que lorsque la