

survenir au cours d'une première attaque d'amygdalite, quel qu'en fut la variété.

Si la mémoire de nos cas nous permet de répondre à cette question, bien peu je crois, pourront le faire dans l'affirmative.

L'observation clinique semble mettre en évidence, le fait que toute la complication qui survient dans une première attaque, est l'adhérence de la glande au pilier dans une étendue plus ou moins grande, et encore cette complication passe-t-elle inaperçue. La conséquence immédiate de cet accident est généralement la formation d'un cul-de-sac, qui servira désormais de receptacle à tout ce que le hasard permettra de s'y déposer : parcelles d'aliments, produits de sécrétions plus ou moins morbides, &, &. Une influence quelconque provoquant un bon jour la fermentation de ces matières étrangères, marquera l'heure de l'inoculation qui donnera naissance au premier abcès. Celui-ci pourra se répéter indéfiniment, à moins que, au cours de la guérison, le cul-de-sac où il a pris origine, se soit oblitéré, ou encore que les adhérences aient été judicieusement détruites subséquentement à l'attaque, tel qu'il sera indiqué plus loin.

Si l'abcès n'est pas ouvert par le chirurgien, il évolua vers la rupture spontanée, dans un espace de temps variant de quelques jours à quelques semaines, murissant sous l'influence plus ou moins bienfaisante des médications en usage.

Lorsque l'évolution est prolongée, tous en ont l'expérience, cette affection malgré son pronostic bénin, n'en laisse pas moins les malades aussi débilités et décrépés, que s'ils avaient passés par toutes les phases d'une véritable fièvre infectieuse. S'il y a des moyens connus d'abrégier le cours de cette maladie, il est donc important de les signaler à la profession. Je ne m'attarderai pas à la description des symptômes généraux ou locaux des amygdalites proprement dites et de la péritonsillite. Il suffit désormais de les énoncer pour établir la différence entre