

parfois une *conjonctivite* purulente unilatérale qui s'explique peut-être par une inflammation propagée à travers l'antre D'HIGHMORE et les cavités nasales.

Enfin des *éruptions cutanées*, notamment l'eczéma, sont souvent mises en concordance avec l'évolution dentaire. Mais on ignore si c'est à juste titre.

Il n'y a pas lieu d'instituer un *traitement* spécial de la dentition difficile comme telle. Le traitement des états consécutifs qui peuvent se produire ne s'écarte pas des règles applicables en d'autres conditions.

## DEUXIÈME PARTIE.

### MALADIES DU VOILE DU PALAIS, DES AMYGDALES, DU PHARYNX ET DE LA CAVITÉ NASOPHARYNGÉE.

#### CHAPITRE PREMIER.

##### ANGINE.

(Amygdalite.)

**Étiologie.** Les différentes formes d'*inflammation aiguë du voile du palais et des amygdales* désignées sous le nom d'angine, sont des maladies très communes. Presque tout le monde les connaît par expérience personnelle. Les angines attaquent de préférence le *jeune âge*. Elles deviennent plus rares après la trente-cinquième année. La *prédisposition individuelle* à ce genre d'affections est très diverse. Telle personne en est atteinte une ou plusieurs fois par an, et telle autre ne prend la maladie qu'exceptionnellement ou à un faible degré. Dans beaucoup de cas on peut assigner à l'angine des causes occasionnelles précises. Ce sont les *refroidissements* qui jouent à cet égard le principal rôle, comme d'avoir eu les pieds mouillés, d'exercer la voix dans un air froid et humide, etc. La plupart des angines en effet se déclarent pendant la *saison rigoureuse*, bien que quelques cas puissent aussi coïncider avec les journées les plus chaudes de l'été. Citons encore les *influences nocives* qui se portent *directement* sur le pharynx, surtout le séjour et l'action de pérorer et de crier dans l'atmosphère enfumée des cabarets, puis l'inhalation de vapeurs offensives, la cautérisation de la muqueuse avec les acides concentrés, les alcalis et autres substances chimiques, les brûlures, etc.

Les angines naissent souvent par la *propagation d'une inflammation venant d'un organe avoisinant* et font suite à un rhume, à une laryngite ou à une stomatite. Dans nombre de cas encore les deux affections se développent simultanément en vertu de la même influence nuisible.

Enfin l'angine se montre comme *partie constituante de beaucoup de maladies infectieuses aiguës*, comme par ex. la *scarlatine*, puis la rougeole, la variole et l'érysipèle, etc. Il est très probable, sans être démontré par des preuves directes, que les angines primitives peuvent aussi, du moins en partie, être envisagées comme des maladies infectieuses aiguës.

Pratiquement il n'y a pas moyen de tracer de ligne de démarcation entre l'inflammation du voile du palais et celle des amygdales. Le plus souvent ce sont ces dernières qui sont le siège principal de la maladie, l'inflammation isolée du voile du palais sans participation des amygdales est plus rare.

**Symptômes et marche de la maladie.** Le symptôme subjectif capital de l'angine, auquel la maladie se reconnaît tout d'abord, c'est la *gêne et la douleur* que le malade éprouve en *avalant*. La douleur est parfois nettement accusée quand l'arrière-bouche ne présente encore à la vue aucun changement objectif certain. Elle peut, dans les angines graves, devenir très vive et excessivement fatigante. Quant à son caractère, elle est comparable à un élancement, plus rarement à une brûlure. Elle s'accroît à chaque mouvement de déglutition, et quand l'angine est intense, elle ne s'apaise pas même pendant les intervalles de repos. A part la douleur qu'éveille la déglutition, cet acte en lui-même devient plus difficile. Il s'accomplit avec plus de peine et de lenteur. Les malades, surtout quand les amygdales sont tuméfiées, ont dans la gorge la sensation continue d'un gros bol alimentaire à avaler. Il est de fait que la « déglutition à vide » est parfois plus pénible que l'action d'avalier une bouchée d'aliments solides ou une gorgée de liquide.

En même temps que la déglutition, l'émission de la *parole* devient gênante. Dans les angines les plus graves, chaque mot provoque de la douleur et les malades cherchent à s'exprimer aussi brièvement que possible. Dans l'angine légère, ce n'est qu'après avoir longtemps parlé que le malade ressent une ardeur dans la gorge. Par suite de la parésie du voile du palais, l'arrière-cavité nasale ne se ferme pas complètement pendant que le malade parle. Dès lors sa voix prend par consonnance un timbre nasal manifeste. En outre elle résonne souvent comme si la bouche était remplie (*voix angineuse*).

Les autres désordres locaux sont dus à l'accumulation de mucus et de salive dans la bouche. Parfois, à raison de la stomatite qui coexiste d'or-

dinaire, il y a une assez forte salivation, tandis que dans d'autres cas les malades se plaignent d'avoir la bouche sèche et collante. Plusieurs malades atteints d'angine ont continuellement un mauvais goût dans la bouche et répandent une haleine désagréable.

A part ces symptômes locaux, il y a presque toujours des *phénomènes généraux* plus ou moins prononcés qui précèdent quelquefois les signes locaux d'un à deux jours. Les malades sont courbaturés, fatigués, n'ont guère d'appétit, souffrent de la tête, etc. Ces désordres de l'état général ont parfois une remarquable intensité eu égard à l'insignifiance des altérations objectives que présentent les amygdales.

La *fièvre* existe dans la plupart des cas graves. Le chiffre thermique peut même être réellement élevé. Éventuellement on constate une température de 39°,5 jusqu'à 40°,0 et au delà. Il n'y a pas moyen d'établir de type spécial pour la fièvre de l'angine aiguë. D'ordinaire la chaleur monte assez rapidement, se maintient, à part quelques oscillations, à un haut degré pendant quelques jours, et puis retombe avec promptitude au niveau normal.

La *durée* totale de la maladie ne comporte le plus souvent que peu de jours, rarement plus d'une semaine. Même quand plusieurs jours durant l'état général a été assez grave, la convalescence chez les personnes d'une bonne santé habituelle a presque toujours lieu d'une manière rapide et complète.

Il n'y a presque jamais de *complications* spéciales, abstraction faite de la part que prennent assez souvent à l'inflammation les muqueuses avoisinantes (larynx, bouche, nez). Bornons-nous à mentionner l'apparition assez fréquente de l'*herpès labial*.

#### Différentes formes d'angine.

Si les symptômes que nous venons de décrire sont à peu près les mêmes pour toutes les angines et ne diffèrent d'un cas à l'autre que sous le rapport de l'intensité et de la durée, les altérations anatomiques objectives qu'on aperçoit sur le voile du palais et les amygdales présentent quelques traits de dissemblance qu'il importe de signaler. Toutefois nous ne savons pas positivement si ces diverses formes d'angine qui ne se ressemblent nullement par la nature de leur lésion anatomique, sont en outre sous la dépendance de facteurs étiologiques dissemblables. Cela est plus que probable cependant pour une catégorie d'entre elles.

Nous distinguerons dans l'angine aiguë les quatre formes principales qui suivent. Cependant des transitions entre ces différentes formes ne sont pas rares du tout. La *diphthérie* véritable qui constitue une maladie infectieuse

spécifique aiguë, a été décrite plus haut et est par conséquent passée sous silence dans ce chapitre.

1. **Angine catarrhale**, *inflammation catarrhale commune de la muqueuse du voile du palais*. Les changements anatomiques accessibles à la vue consistent en une injection uniforme ou marbrée, plus ou moins intense de la muqueuse. L'infiltration de cette dernière se dessine le plus aux piliers du voile du palais et à la luette. La surface des amygdales est également injectée, les amygdales mêmes sont parfois un peu augmentées de volume, dans d'autres cas elles conservent leur dimension. La muqueuse du voile du palais et des amygdales se recouvre quelquefois en plusieurs points d'une légère couche de muco-pus qui s'enlève facilement par le lavage. Par-ci par-là se forment sur les amygdales de petites érosions superficielles qui répondent aux pertuis où s'ouvrent les lacunes. Les « vésicules » qu'on observe de temps en temps sur la muqueuse du voile du palais, peuvent avoir diverses origines. Ce sont tantôt des glandes muqueuses turgescents, tantôt des follicules clos infiltrés ou des vésicules véritables remplies de sérosité claire et dues au soulèvement de l'épithélium. Les *ganglions lymphatiques* du cou ne sont d'ordinaire pas gonflés ou ne le sont qu'à un faible degré.

L'angine catarrhale est la forme la plus légère de l'angine commune. Elle peut se dissiper après 1 ou 2 jours de durée. Dans d'autres cas cependant de cette catégorie, les désordres locaux et généraux sont passablement intenses. Il est rare que la maladie s'étende au delà de 5 à 8 jours.

2. **Angine lacunaire** (*amygdalite lacunaire*). Dans cette forme, il existe, outre un état catarrhal plus ou moins prononcé du voile du palais, un gonflement marqué d'une ou des deux amygdales. Sur la surface rouge de ces dernières, on aperçoit des taches d'un blanc jaunâtre, parfois 2 ou 3 seulement, parfois 8 à 10 et au delà, qui correspondent aux lacunes des amygdales. Ces taches se présentent souvent sous forme de petits bouchons qui émergent du pertuis des diverticules. A l'aide d'une spatule on parvient quelquefois à exprimer de la lacune la pâte blanche dont la tache est formée. Examinée au microscope, cette dernière consiste en un amas de cellules épithéliales et de corpuscules de pus, de bactéries, de détrit, parfois aussi d'acides gras aiguillés et de cholestérine. Si le pus prédomine dans les lacunes, on peut désigner cet état sous le nom d'*abcès lacunaires* qui, en s'évacuant, laissent après eux des ulcères superficiels. Le tissu propre de l'amygdale est infiltré de sérum et de cellules de façon que la glande prise en masse est augmentée de volume. L'affection est le plus souvent bilatérale, mais plus forte et plus étendue d'un côté que de l'autre. Dans les cas intenses, les glandes lymphatiques du cou sont tuméfiées.

Le tableau clinique de l'angine lacunaire ne diffère pas sensiblement de celui des autres formes de l'angine. Il y a aussi des cas légers et des cas plus sérieux. D'ordinaire le contenu des lacunes se vide après quelques jours et l'amygdale revient à son état normal. Mais il peut arriver que le contenu des diverticules y séjourne plus longtemps et s'incruste de sels calcaires. On rencontre parfois de ces vieilles concrétions dans les amygdales de gens qui ont fréquemment souffert d'angine. Quelquefois des personnes inquiètes et hypocondriaques s'alarment excessivement d'avoir craché de ces petits cailloux lacunaires d'ancienne date qu'elles prennent pour des « tubercules » !

Le plus souvent les angines lacunaires auxquelles on croit pouvoir assigner un caractère infectieux, se distinguent pourtant entièrement de la diphthérie véritable, au point de vue *étiologique*. Il est digne de remarque toutefois qu'en temps d'épidémie diphthéritique surtout, on rencontre des angines lacunaires dans une notable proportion. D'après cela il se pourrait que les degrés les plus atténués de l'affection diphthéritique se présentassent sous la forme d'angines lacunaires d'apparence commune.

**3. Angine parenchymateuse** (*Amygdalite parenchymateuse, abcès tonsillaire*). Le symptôme qui saute le plus aux yeux dans l'angine parenchymateuse, c'est le *gonflement de l'amygdale*. Celle-ci peut acquérir le double de son volume normal et plus encore. Les piliers antérieurs du voile du palais sont poussés en avant. L'intumescence vers la ligne médiane est parfois si considérable que l'amygdale vient toucher la luette et que, en cas d'inflammation bilatérale, les deux amygdales se rapprochent au milieu de manière à saisir la luette entre elles et de la refouler en avant. L'injection du voile du palais est très vive, surtout au début de la maladie. Un mucus abondant en recouvre d'ordinaire la surface qui, même après le lavage, conserve un reflet humide et œdémateux. Quelquefois la muqueuse amygdalienne est atteinte de mortification superficielle. On rencontre aussi des combinaisons de tonsillite lacunaire et parenchymateuse.

Les désordres locaux dans les cas graves de cette forme, atteignent le plus souvent un haut degré. Les malades font une impression très pitoyable, ils ne savent ni parler, ni avaler, ni gargariser. Le peu de mots qu'ils profèrent péniblement, ont le caractère le plus tranché de la « voix angineuse » nasonnée.

Dans les cas les plus légers, il suffit de peu de jours pour que la tuméfaction rétrocede et qu'en même temps la température fébrile, parfois très élevée, et les malaises se dissipent graduellement. Mais dans d'autres circonstances il se développe (d'ordinaire d'un seul côté) un *abcès tonsillaire*. La muqueuse proémine de plus en plus en un point déterminé, le doigt y

perçoit de la fluctuation et l'abcès finit par percer. Une fois le pus vidé, les symptômes s'amendent rapidement et parfois à l'instant même. Le restant de l'amygdale dégonfle en peu de temps et la guérison ne tarde que quelques jours. Il y a bien des récidives, mais elles sont en général peu fréquentes.

L'*angine* parenchymateuse dite *phlegmoneuse* qui attaque de préférence le voile du palais (en épargnant les amygdales) est rare. On l'observe principalement à la suite d'irritations intenses venant du dehors, de brûlures, de cautérisations avec des acides et des alcalis concentrés, etc. L'infiltration de la muqueuse s'étend profondément dans le tissu sous-muqueux. La luette peut atteindre l'épaisseur d'un doigt. L'hyperémie est très considérable. Quelquefois la muqueuse est parsemée d'extravasations sanguines (*angine hémorrhagique*) (1).

L'*abcès périlonsillaire* (*abcès rétrotonsillaire*) qui se rencontre moins souvent et qui est presque toujours unilatéral, ne diffère pas essentiellement, au point de vue clinique, de l'abcès tonsillaire. C'est une inflammation terminant par la suppuration du tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale et est situé entre elle et l'un des piliers du voile du palais (ordinairement l'antérieur).

**4. Angine nécrotique** (*Amygdalite nécrotique*). Dans cette forme, ce sont les amygdales qui sont le siège principal de la maladie. Le voile du palais et la luette sont atteints légèrement et ne présentent qu'une inflammation catarrhale commune. Prises dans leur ensemble, les amygdales sont d'ordinaire modérément gonflées, rarement à un degré considérable. La muqueuse tonsillaire, surtout sa surface médiane, est parfois décolorée dans une étendue assez grande et a pris une teinte blanchâtre ou tirant sur le gris. C'est à tort que ces endroits ont été considérés comme des enduits pultacés. En y regardant de plus près, on reconnaît qu'il ne s'agit pas d'un enduit, mais d'une mortification tantôt superficielle, tantôt assez profonde du tissu de la muqueuse. Ces taches blanches ne s'enlèvent pas comme des membranes croupales ramollies, mais au moyen d'une spatule ou d'une pince on peut en racler quelques parcelles. Examinées au microscope, celles-ci sont exclusivement formées de détritits, de bactéries, d'épithélium et de corpuscules de pus. La nécrose se limite presque toujours à l'amygdale et tranche nettement sur la rougeur violacée du voile du palais. Si après quelques jours le tissu mortifié s'élimine, il reste une ulcération tonsillaire superficielle, parfois même assez profonde. L'ulcère se déterge

1. Une autre forme d'*angine hémorrhagique* s'observe en cas d'amygdalite nécrotique (gangréneuse) grave. Il y a en outre une angine nécrotique et hémorrhagique qui se rencontre au cours du scorbut et d'affections analogues.

d'ordinaire rapidement. Dans des cas graves cependant le fond de l'ulcère est formé pendant plusieurs jours d'un tissu sphacelé de couleur terne qui met quelque temps à se détacher. Dans les cas plus sérieux encore, on peut désigner cet état sous le nom « *d'angine gangréneuse* ».

L'angine nécrotique est presque toujours accompagnée d'une fièvre assez intense et d'un trouble marqué de tout l'organisme. Ce sont surtout les enfants qui dès les premiers jours de la maladie font une mauvaise impression. Les ganglions cervicaux sont infiltrés, mais rarement au même point que dans la diphthérie véritable.

Malgré la gravité des symptômes initiaux, la maladie ne dure pas beaucoup plus longtemps que les autres formes d'angine. Après 5 à 8 jours, rarement plus tard, la convalescence ne tarde pas à se déclarer.

L'angine nécrotique se distingue de l'angine lacunaire par la plus grande dimension des taches blanches ou grisâtres qu'on voit sur les amygdales. Disons cependant que ce sont précisément ces deux formes d'angine qui s'associent quelquefois et dont l'une ne constitue qu'une phase de transition à l'autre.

Quant à ce qui concerne l'*origine étiologique de l'angine nécrotique*, nous la considérons comme étant le plus souvent une maladie entièrement distincte de la diphthérie véritable. Toutefois l'expérience acquise dans plusieurs épidémies diphthériques de Leipzig et d'Erlangen nous a donné la conviction, que, selon toute probabilité, il y a des *affections réellement diphthériques*, mais *légères* des tonsilles, lesquelles, à en juger par leur aspect anatomique, ne semblent être autre chose que de l'angine nécrotique. Ce n'est que de cette manière que, d'accord avec d'autres médecins, nous avons pu nous expliquer comment, dans une même famille, on voit si souvent des angines nécrotiques sévir en même temps que la diphthérie essentielle avec ses manifestations graves. D'autre part, un argument à faire valoir en faveur d'une similitude étiologique, c'est que consécutivement aux angines nécrotiques susdites, se déclarent également des paralysies diphthériques caractéristiques.

**Diagnostic et pronostic.** Le diagnostic de l'angine en général ne présente jamais de difficulté. Avec un peu d'exercice on distingue également la plupart du temps entre les différentes formes, quand on s'en tient aux caractères anatomiques. Un point d'une haute importance pratique, c'est de savoir discerner la diphthérie d'avec les angines bénignes. De fait on confond très fréquemment la première avec l'angine lacunaire et nécrotique, erreur qui explique les prétendus succès obtenus par une multitude de remèdes préconisés contre la diphthérie. Beaucoup de médecins même appellent « diphthérie » toute angine qui se présente avec quelque

chose de blanc dans la gorge. Il n'y a que l'habitude qui apprenne à reconnaître la vraie diphthérie; aucune description, si minutieuse soit-elle, ne saurait remplacer la sûreté du coup d'œil. On peut dire notamment pour marquer la différence, que dans l'angine lacunaire comme dans l'angine nécrotique les taches blanches sont généralement bornées aux tonsilles. Dans l'angine croupale au contraire les plaques dès le début se rencontrent également sur le voile du palais et sur la luette. Les points blancs de l'angine lacunaire se trahissent d'ordinaire par leur disposition. On voit les bouchons dépasser les pertuis lacunaires. Dans l'angine nécrotique il ne s'agit pas d'une membrane croupale *susceptible d'être détachée* et qui possède une structure histologique caractéristique, mais d'une simple nécrose superficielle de la muqueuse et du tissu cellulaire. Il importe, dans les cas douteux, de constater l'état des ganglions cervicaux qui dans la diphthérie sont en général beaucoup plus engorgés que dans l'angine bénigne. Comme il est probable, d'après ce que nous venons de voir, que beaucoup de formes légères d'amygdalite sont sous la dépendance *étiologique* de la diphthérie, il est à conseiller dans la pratique et principalement quand il est question d'enfants, de ne pas émettre sans une certaine réserve le pronostic des angines lacunaires et nécrotiques et de veiller, le cas échéant, à ce que les autres enfants soient toujours entièrement tenus à l'écart.

**Traitement.** Quand l'angine a une marche bénigne, il n'y a pas lieu d'intervenir activement. Les *gargarismes* qu'on a l'habitude de prescrire occasionnent aux malades qui sont fortement gênés de la gorge plus d'inconvénients qu'ils ne leur procurent de soulagement. On se sert le plus souvent d'une solution de chlorate de potasse (5,0 à 10,0 : 300,0), d'alun (5,0 à 10,0 : 500,0), de borax (10,0 : 300,0), d'eau salée, d'une légère solution d'acide phénique, de l'hypermanganate de potasse, etc. Les *badigeonnages* sont presque entièrement passés de mode, à raison de leur inefficacité. On recommande à plus juste titre les *inhalations* avec l'alun, le tannin, l'eau phéniquée ou autres remèdes analogues. Il est bon d'envelopper le cou d'une compresse de PRIESSNITZ. Les enfants seront constamment tenus au lit, les adultes doivent également s'aliter quand l'état général est profondément atteint.

Dans l'angine parenchymateuse on peut parfois calmer les angoisses par des applications de glace. Mais celle-ci n'est pas toujours supportée. Dès que la fluctuation est manifeste, on peut pratiquer une incision avec un bistouri enveloppé de sparadrap jusqu'à la pointe, et de cette manière procurer immédiatement un soulagement réel. Même en l'absence de suppuration évidente, et quand les amygdales sont fortement tuméfiées, quelques

scarifications font presque toujours du bien. Elles ne sont d'ailleurs pas douloureuses.

Disons pour finir qu'en aguérissant la peau (lotions froides, bains) on diminue la prédisposition qui existe chez plusieurs personnes aux affections angineuses.

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### HYPERTROPHIE CHRONIQUE DES AMYGDALES.

L'hypertrophie chronique des amygdales se développe aussi bien à la suite d'inflammations aiguës répétées qu'à titre d'affection d'origine spontanée et en dehors de toute cause apparente : chez les enfants on rencontre assez souvent des hypertrophies tonsillaires d'un haut degré, qui tiennent évidemment à une disposition native.

Cet état se reconnaît à la seule inspection de la gorge. Tantôt tous les caractères d'une phlegmasie aiguë ou chronique font défaut, tantôt on voit, outre les signes d'une pharyngite chronique, les amygdales émerger de leur niche comme deux gros bourrelets. Elles peuvent acquérir une dimension telle que de part et d'autre elles sont constamment en contact avec la luette. Anatomiquement il s'agit d'une véritable hypertrophie de l'organe, d'une simple multiplication de tous ses éléments constitutifs.

Le plus souvent l'hypertrophie tonsillaire de faible dimension n'occasionne guère de gêne. Les malades ne se doutent pas même de leur infirmité. Cependant cette hypertrophie n'est pas toujours sans valeur clinique, parce que, comme l'expérience nous l'apprend, l'angine dans ses diverses formes attaque plus fréquemment des amygdales hypertrophiées que des amygdales saines et donne lieu, dans ces conditions, à de plus grands maux. Parfois aussi les amygdales hypertrophiées sont le siège d'un catarrhe chronique qui se propage aux muqueuses voisines, de manière que les malades souffrent simultanément de rhinite chronique, d'un catarrhe de la trompe d'EUSTACHE, d'enrouement, etc.

Si au contraire l'hypertrophie est considérable, elle peut provoquer des désordres locaux assez intenses. La déglutition est difficile, quoique indolore. La *gêne de la respiration* est parfois le symptôme prédominant. Les malades sont obligés de respirer la bouche ouverte et, pendant la nuit, ils soufflent et ronflent d'une façon si bruyante qu'ils alarment quelquefois leurs parents, étant donné que cela arrive surtout chez les enfants. « Le réveil en sursaut » (terreur nocturne des enfants) doit fréquemment être mis sur le compte de l'hypertrophie tonsillaire. — Nous avons déjà dit que l'*asthme bronchique* peut être en rapport avec l'hypertrophie des amygdales (p. 249).

**Traitement.** En badigeonnant les amygdales avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc. on ne parvient presque jamais à les réduire. Si elles occasionnent de graves inconvénients, que les malades souffrent à tout instant d'angines aiguës et que l'hypertrophie tonsillaire entretienne un catarrhe chronique du nez ou de la gorge, un remède des plus simples et entièrement inoffensif, c'est d'enlever les amygdales. *L'extirpation des amygdales* se fait avec le tonsillotome ou plus simplement encore et avec tout autant de facilité à l'aide de ciseaux et de la pince.

## CHAPITRE TROISIÈME.

### CATARRHE CHRONIQUE DU PHARYNX.

(Pharyngite chronique.)

**Étiologie.** Il n'y a pas moyen, dans la pratique, de séparer le catarrhe chronique du voile du palais de celui du pharynx, attendu qu'ils sont le plus souvent associés. Tantôt ce sont le résultat de catarrhes aigus répétés, tantôt ils se développent, et c'est le cas le plus fréquent, à la suite d'irritations continues agissant sur la gorge. Nombre de catarrhes pharyngés chroniques doivent leur origine à des habitudes vicieuses ou à des influences professionnelles. C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger la pharyngite chronique des fumeurs, des buveurs, des chanteurs, des prédicateurs, des professeurs et des ouvriers exposés aux intempéries, etc. Les efforts auxquels se livrent les parties intrinsèques du gosier dans l'action de parler et de chanter, l'inhalation d'un air froid et impur, les influences nocives d'ordre chimique (l'alcool et le tabac, etc.) en sont les facteurs morbides. Très souvent la pharyngite chronique vient s'ajouter à des affections des muqueuses avoisinantes (rhinite et laryngite chroniques). Enfin, la stase veineuse générale qui accompagne les maladies du cœur et l'emphysème pulmonaire, etc., peut favoriser la genèse du catarrhe pharyngé chronique ou l'entretenir une fois qu'il est constitué.

**Symptômes.** Les *maux locaux* qu'entraîne le catarrhe chronique du pharynx sont parfois peu marqués. Les malades s'y habituent et ne songent à leur infirmité qu'à l'occasion de quelque exacerbation du catarrhe. La maladie devient plus sérieuse quand elle empêche l'exercice de la profession (professeurs, prédicateurs, chantres, etc.).

Il y a rarement de la dysphagie dans la pharyngite chronique. Par contre, les malades éprouvent souvent au fond du gosier une sensation continue de sécheresse, de grattement ou de brûlure. Ils sont à tout instant obligés de racler de la gorge et contractent l'habitude d'une toux brève,