

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 malaises. 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 *malaises 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,

saccadée, sèche ou suivie d'un peu d'expectoration. La luvette s'allongeant et son extrémité venant buter contre le dos de la langue ou contre la paroi postérieure du pharynx, il en résulte une titillation incessante et excessivement désagréable. Tous ces désordres s'accroissent momentanément quand une irritation quelconque se porte sur le pharynx. En outre ils sont plus marqués le matin après le lever, probablement parce que pendant la nuit la muqueuse s'est desséchée et qu'un mucus concret s'y est amassé. Tout le monde connaît le raclement et la toux qui se déclarent chaque matin chez les buveurs de profession et qui vont parfois jusqu'à provoquer des nausées et des vomissements.

A l'inspection du pharynx la muqueuse est d'ordinaire d'un rouge violacé. Le voile du palais ainsi que la paroi postérieure du pharynx sont parcourus d'une quantité de veinules dilatées et sinueuses. On voit également poindre sur la muqueuse une multitude de petites saillies grisâtres (*pharyngite granuleuse*). Ces dernières correspondent à des follicules infiltrés ou à des utricules muqueux hypertrophiés. Parfois on aperçoit de petits ulcères folliculaires, mais seulement par exception des ulcérations catarrhales plus étendues. Comme l'épithélium se trouble et s'épaissit par places, la muqueuse peut prendre à la paroi postérieure du pharynx un aspect blanc-grisâtre.

La pharyngite chronique se combine parfois avec la laryngite chronique (enrouement) ou avec un catarrhe simultané de l'espace rétronasal et de la trompe d'EUSTACHE (dureté de l'ouïe, bourdonnements).

Formes spéciales du catarrhe chronique du pharynx.

1. **Catarrhe chronique de l'espace nasopharyngé, catarrhe chronique rétronasal.** Le catarrhe chronique rétronasal se développe sous l'empire des mêmes conditions étiologiques que le catarrhe commun du pharynx. Une valeur clinique particulière lui revient de la part que le nez et l'organe auditif prennent fréquemment à la maladie.

Les altérations anatomiques de la muqueuse dans le catarrhe rétronasal sont identiquement les mêmes que celles que nous venons de décrire comme appartenant à la pharyngite chronique. Attendu que l'inspection directe de l'espace nasopharyngien est impossible, il faut pour pouvoir poser le diagnostic précis de toutes ces affections, recourir au rhinoscope. L'examen ordinaire de la gorge ne fournit qu'un seul élément assez caractéristique du catarrhe rétronasal : c'est l'accumulation à la paroi postérieure du pharynx de mucopus ou de croûtes desséchées et adhérentes qui se continuent visiblement vers le haut dans l'espace nasopharyngien.

Les malaises locaux dans le catarrhe rétronasal sont en partie ceux de la pharyngite chronique : une sensation de grattement, de corps étranger

au fond du gosier, un besoin continuel de hemmer, de racler de la gorge, de tousser, etc. La sécrétion desséchée et putride donne parfois une fétidité très repoussante à l'haleine. Il existe quelquefois de la lourdeur de tête et de la céphalalgie occipitale.

Ajoutez à cela que souvent la *respiration se fait difficilement par le nez*. Les narines postérieures sont bouchées en partie par le gonflement et l'hypertrophie de la muqueuse, en partie par les produits de sécrétion qui s'y accumulent. De là vient que les malades doivent le plus souvent tenir la bouche ouverte pour pouvoir respirer. La propagation fréquente du catarrhe à l'organe de l'ouïe est d'une grande importance. Le catarrhe s'étend dans la trompe d'EUSTACHE jusqu'à l'oreille moyenne, ou bien du mucus bouche l'orifice de la trompe. On trouvera dans les ouvrages d'otologie la description détaillée des troubles de l'audition qui résultent de là (dysécécie, bourdonnements).

2. **Pharyngite sèche** (*catarrhe sec, raréfiant, du pharynx et de l'espace nasopharyngé*). On désigne sous ce nom une atrophie de la muqueuse qui tantôt semble se développer spontanément et tantôt comme conséquence d'une pharyngite chronique. La muqueuse tout entière du pharynx et de l'espace nasopharyngien, si l'on a recours à l'examen rhinoscopique, est décolorée, lisse, parfaitement sèche et luisante comme du vernis. Il n'y a que quelques sinuosités veineuses qui tranchent sur le fond anémié de la muqueuse. Si l'on a l'occasion d'examiner au microscope une muqueuse semblable, on la trouve uniformément atrophiée dans tous ses éléments, surtout les follicules et les glandules muqueux.

Cet état peut être exempt de symptômes. Mais dans beaucoup de cas, il occasionne aux malades des malaises continuels et assez intenses. Ceux-ci consistent principalement en une sensation désagréable de sécheresse qui rend la déglutition difficile et même douloureuse. En même temps existe un besoin incessant de *racier* du gosier, par quoi on ramène un produit de sécrétion tantôt rare et épais, tantôt plus abondant et souvent teinté de sang. Une *toux* véritable peut évidemment avoir son point de départ dans le gosier (« *toux gutturale* »). La parole est parfois embarrassée, la voix perd de sa force et se fatigue vite. Dans les cas graves, l'état général participe aussi à un haut degré à l'état morbide — quelquefois à la pharyngite sèche s'associe la rhinite atrophique (v. plus haut), mais elle se présente aussi indépendamment de la complication nasale.

Cette maladie est avant tout un apanage de la vieillesse, mais se rencontre également chez les enfants et les jeunes gens. Elle est particulièrement fréquente chez les gens mal nourris et débilités d'autre part (tuberculose, néphrite chronique).

3. **Catarrhe hypertrophique du pharynx et de l'espace nasopharyngé.** A l'opposé de l'atrophie de la muqueuse, on voit quelquefois à la suite du catarrhe chronique cette membrane être atteinte d'hypertrophie.

Ces divers états consistent en une hyperplasie du tissu lymphatique et sont communément désignés du nom de « *végétations adénoïdes* ». Les narines postérieures et la partie correspondante de la cloison du nez peuvent de cette manière être presque complètement recouvertes de ces excroissances rouges-grisâtres et mamelonnées qui pendent de la voûte du pharynx. Quelquefois cette hypertrophie semble émaner principalement de la « *glande pharyngée* dite de KÖLLIKER ».

Les végétations adénoïdes s'observent surtout dans l'enfance. Les symptômes morbides consistent dans l'altération de la voix qui devient aphone et nasonnée, puis dans la difficulté qu'éprouvent les malades à respirer par le nez, dans le besoin fréquent de racler et de ramener de la gorge un peu de mucus dense et strié de sang. Parfois il y a des maux de tête fréquents. Une coïncidence importante à noter, ce sont des désordres du côté des oreilles.

Le diagnostic précis n'est possible qu'à l'aide de la rhinoscopie. L'exploration digitale peut aussi fournir des données positives, puisqu'avec l'index recourbé en crochet on reconnaît parfois les bourrelets de l'espace nasopharyngé et l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Pronostic. Le pronostic dans toutes les formes du catarrhe chronique du pharynx doit toujours être émis dubitativement, eu égard à ce que la maladie est très rebelle dans tous les cas graves et que la guérison des catarrhes invétérés ne se maintient pas. On ne peut compter sur un résultat favorable qu'à condition d'écarter complètement toutes les influences nuisibles. Là même où l'on a obtenu une amélioration marquée, il survit longtemps une tendance à des aggravations nouvelles et à des exacerbations aiguës du catarrhe.

Traitement. La plupart des cas de pharyngite chronique légère sont soustraits à l'observation médicale. Les malades se traitent eux-mêmes avec quelque remède de cuisine ou quelque gargarisme et sont tellement accoutumés à leur état qu'ils croient ne devoir rien faire pour le combattre.

Quand la maladie est plus sérieuse, le traitement exige beaucoup de patience et de persévérance de la part du malade et du médecin. Abstraction faite de la médication qui s'adresse à l'affection fondamentale (pulmonaire ou cardiaque, etc.), s'il y a lieu, et de la neutralisation des influences nuisibles énumérées au paragraphe de l'étiologie des catarrhes pharyngés, toutes les méthodes actives de traitement ont traité à une *thérapeutique locale* énergique. Celle-ci a été portée à un haut degré de perfection par les

spécialistes, et nous devons, pour un grand nombre de particularités, renvoyer aux écrits des hommes spéciaux. Entretemps, les indications suivantes doivent suffire pour les besoins de la pratique journalière.

Il est oiseux de prescrire des *gargarismes*, vu que le liquide ne va jamais au delà du voile du palais. Mieux valent les *inhalations* avec des solutions d'alun, de tannin ou de sel de cuisine dans les cas légers. Mais on obtient plus de succès encore au moyen de *badigeonnages* de toute la surface du pharynx, pratiqués par le médecin (ou par le malade lui-même quand il y est dressé) avec une solution concentrée de nitrate d'argent (1,0 : 10,0 à 20,0), de tannin (2,0 — 5,0 : 25,0), avec la teinture d'iode pure ou étendue, avec la glycérine iodée (iode pur 0,25, iodure de potassium 0,5, glycérine 50,0) etc. Ces badigeonnages doivent atteindre *toute* la surface malade. Quand l'espace nasopharyngien est simultanément affecté, on doit nécessairement les faire au moyen d'un pinceau recourbé vers le haut (au besoin en s'assistant du miroir). Il est très important de ne faire le badigeonnage qu'après avoir détergé la muqueuse. La sécrétion qui y adhère doit au préalable être bien essuyée avec un pinceau spécial.

La *douche nasale* (v. maladies du nez) employée 2 à 3 fois par jour, joue un rôle important dans la *thérapeutique du catarrhe chronique rétronasal*. Grâce à elle on parvient à chasser la sécrétion accumulée, de même qu'à porter des liquides médicamenteux au contact de la muqueuse. Un irrigateur ordinaire convient pour la douche nasale. L'embout du tuyau élastique doit s'adapter parfaitement à la narine. On ne laissera jamais couler le liquide que sous une pression modérée et on inclinera fortement la tête en avant. Le liquide dont on se sert — de préférence une solution à 1 % de sel de cuisine ou de bicarbonate de soude — doit être chauffé à peu près à la température du corps. D'autres solutions médicamenteuses ne peuvent être usitées qu'à un très faible degré de concentration (par exemple une solution de sulfate de zinc 1,0 : 1000,0).

On peut, à l'aide d'un tube de verre quelconque, faire des *insufflations* dans la gorge avec des poudres médicamenteuses, et les répéter trois fois par semaine ou même journallement (alun ou tannin, pur ou mélangé avec partie égale de poudre de gomme). Pour insuffler dans l'espace nasopharyngien, on se sert d'un tube de verre recourbé ou de caoutchouc durci qu'on introduira par la bouche. On a construit beaucoup « d'insufflateurs » spéciaux qu'on peut se procurer chez la plupart des fabricants d'instruments.

Beaucoup de *stations balnéaires* jouissent d'un grand renom dans toutes les formes de pharyngite chronique, notamment *Ems*, puis *Reichenhall*, *Kreuznach*, *Salzungen*, les sources sulfureuses froides (surtout *Weilbach*) et beaucoup d'autres. A *Kissingen* aussi et à *Marienbad* on obtient de bons

résultats quand la constitution des malades ne contrindique pas ces endroits.

Dans la *pharyngite sèche* on recommande la douche nasale avec une solution tiède à 1 % de sel de cuisine. Parfois aussi des badigeonnages au nitrate d'argent, à la glycérine iodée, etc. font du bien. Beaucoup d'agents irritants qui sont nuisibles dans la pharyngite commune, paraissent avoir une action *avantageuse* en ce cas, comme par exemple, l'action de fumer, de priser, etc.

Le traitement de la *forme hypertrophique de la pharyngite* est le même que celui du catarrhe chronique commun. Les badigeonnages régulièrement poursuivis avec le nitrate d'argent ou même les cautérisations avec la pierre infernale sont à essayer. On n'obtient de guérison radicale et durable qu'en détruisant les masses hypertrophiées à l'aide de la *galvano-caustie*.

CHAPITRE QUATRIÈME.

ABCÈS RÉTROPHARYNGIEN.

L'*abcès rétropharyngien*, c'est-à-dire l'inflammation du tissu cellulaire situé entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale avec terminaison par suppuration, est une maladie rare à la vérité, mais d'une importance considérable. Méconnue, elle conduit fréquemment à la mort, tandis que, diagnostiquée à temps, elle guérit d'ordinaire aisément et sûrement. Cette affection se déclare de préférence chez les *enfants*, surtout en deçà d'un an. Presque toujours elle a les caractères d'une maladie primitive aiguë, à laquelle on ne peut assigner de cause particulière. Il est probable qu'elle est due à la pénétration d'agents inflammatoires provenant de l'espace pharyngé. L'opinion qui place l'origine de l'inflammation dans les petits ganglions lymphatiques situés devant la colonne vertébrale, n'est pas encore définitivement établie.

La maladie se développe non moins chez les enfants malingres, que chez ceux qui sont pleins de force et de santé. Peu à peu ils deviennent difficiles, pleurent constamment et refusent le sein. Il est probable que dès le début la déglutition est accompagnée de douleur, ce dont on ne peut d'ailleurs s'assurer que chez les enfants qui ne sont plus tout à fait jeunes. Bientôt la respiration a lieu avec un *ronflement* spécial, surtout pendant le sommeil. La bouche et le pharynx se remplissent de mucosités. Parfois une partie des aliments avalés reflue par la bouche ou le nez, à moins qu'elle n'entre dans le larynx où elle provoque un accès de toux. Les ganglions sous maxillaires s'engorgent communément et toute la région cervicale est légèrement œdématiée. Graduellement, pendant une à deux semaines envi-

ron, la *gêne respiratoire* va en s'accroissant. La dyspnée devient de plus en plus pénible et fatigante, un râle bruyant s'y joint, le tirage se prononce. Les veines cervicales se tuméfient, les lèvres se cyanosent, on voit des dépressions inspiratoires se dessiner au thorax. La *voix* faiblit, se voile et devient indécise.

Ces phénomènes qui appartiennent à divers états morbides, ne peuvent être interprétés correctement qu'à la faveur d'un examen attentif du pharynx. L'*inspection* est parfois très difficile, surtout chez les petits enfants. Cependant, au milieu ou un peu sur le côté de la *paroi postérieure du pharynx*, on aperçoit quelquefois une *saillie* manifeste. Le diagnostic est mis hors de doute par l'*exploration digitale*, pendant laquelle il faut se garantir les doigts au moyen d'un bouchon placé entre les dents de l'enfant. De cette manière on sent la saillie qui occupe la paroi pharyngée postérieure et on y perçoit de la *fluctuation*.

Aussitôt que le diagnostic est acquis, l'indication est d'ouvrir *immédiatement*. On ne doit pas tarder à le faire, quand même les symptômes de suffocation n'auraient pas atteint leur plus haut degré. L'ouverture de l'abcès au moyen de l'ongle, ainsi qu'on l'a recommandé, ne peut être pratiquée que comme pis-aller. D'ordinaire on incise l'abcès avec un bistouri pointu, revêtu de sparadrap jusqu'à la pointe et en se guidant sur l'index gauche introduit jusque sur la tumeur. Pendant qu'on incise, la tête de l'enfant doit être tenue tout à fait droite et, dès qu'on aura incisé, il faut immédiatement l'incliner en avant. Le pus s'écoule en masse de l'ouverture. Il est bon de seringuer à diverses reprises la cavité buccale avec de l'eau tiède. Les formidables symptômes qui mettaient quelquefois la vie en danger, disparaissent presque instantanément avec l'évacuation du pus. Ce n'est que par exception que l'abcès se remplit de nouveau et que l'incision doit être renouvelée.

Si la maladie n'est pas reconnue à temps, et que l'abcès n'est pas ouvert opportunément, le malade peut succomber à l'asphyxie. Il arrive aussi que l'abcès s'ouvre spontanément, et alors la guérison s'opère promptement, ou bien le pus en pénétrant dans le larynx produit la suffocation. On a observé aussi à la suite d'abcès rétropharyngiens non ouverts au moment voulu, des fusées purulentes s'étendant au loin dans la région du cou et dans le médiastin postérieur. Quand l'abcès est de prime abord situé plus profondément que d'habitude il peut être très difficile à reconnaître et à ouvrir.

Outre les abcès rétropharyngiens idiopathiques et aigus que nous venons de décrire, des abcès *chroniques* semblables peuvent compliquer la carie vertébrale. L'ouverture n'en est indiquée qu'en cas de menace d'asphyxie.