

sujet exempt de diathèse, de bonne constitution, encore jeune, placé dans de bonnes conditions hygiéniques, pourra aussi bien guérir complètement d'une inflammation gutturale chronique à sa période d'état que d'une angine aiguë, si les causes extrinsèques ayant amené l'affection et qui l'ont entretenue jusque-là viennent à disparaître. Au contraire, la *restitutio ad integrum* sera plus difficilement atteinte par un scrofuleux, un lymphatique, un sujet goutteux ou rhumatisant. De même les régénérations anatomiques s'obtiendront difficilement chez un vieillard, où la région malade aura plutôt tendance à l'atrophie progressive. Mais il importe de remarquer que les diverses lésions consécutives à l'inflammation se montrent presque toujours sans que celles qui dépendent d'une phlegmasie active aient disparu autour d'elles. Ces altérations peuvent envahir peu à peu la plus grande partie de la gorge, ou au contraire rester circonscrites. Alors elles évoluent, isolément, sur les divers points qu'elles frappent, de sorte qu'il n'est pas rare de les voir coïncider chez le même sujet : par exemple, on peut constater assez fréquemment, chez les adultes, l'hypertrophie des amygdales palatines ou surtout de l'une d'entre elles en même temps que l'atrophie de l'amygdale pharyngée. Le plus souvent, mais non toujours, ces différences sont en rapport avec l'âge des lésions. Ainsi l'atrophie se montre le plus souvent après que l'inflammation a d'abord donné lieu à l'hypertrophie progressive des tissus qu'elle avait frappés; en d'autres termes, elle représente d'ordinaire le dernier stade du processus de la sclérose. Mais on peut aussi la voir apparaître d'emblée, ou du moins la voir suivre l'inflammation sans être précédée d'hypertrophie.

L'atrophie progressive suit une marche plus ou moins lente, mais toujours continue, tandis que l'hypertrophie progressive procède toujours par poussées séparées par des périodes stationnaires de durée variable. C'est ainsi que chez des enfants strumeux, ou simplement lymphatiques, on peut observer bien souvent des hypertrophies amygdaliennes dont on peut suivre pendant des mois et des années le développement et l'accroissement sans jamais constater la moindre poussée inflammatoire, et qui n'en sont cependant pas exemptes. On ne voit pas, ou on ne voit que des traces de catarrhe chronique; mais en réalité, il survient de temps en temps de légères poussées d'inflammation parenchymateuse, pendant lesquelles l'amygdale rougit un peu et augmente sensiblement de volume. Ces poussées sont si courtes et si bénignes que l'enfant ne songe pas à s'en plaindre si on n'appelle pas son attention sur ce point. On ne les constate souvent que par hasard, et en examinant la gorge dans le seul but de voir si l'hypertrophie tonsillaire continue à faire des progrès; ou bien parce qu'une tuméfaction d'un ganglion angulo-maxillaire un peu douloureux à la pression, qu'on a reconnue en palpant le cou, porte le médecin à examiner la gorge bien que l'enfant ne s'en plaigne pas. Aussi bien dans ces cas que dans ceux, très nombreux, où les amygdales hypertrophiées sont fréquemment atteintes de poussées aiguës ou subaiguës, il est probable que les micro-organismes qui ont été la cause du développement de l'affection peuvent, sans le secours des autres, déterminer ces poussées consécutives; et que celles-ci sont alors dues à des agents phlogogènes ayant pénétré dans les tissus, y vivant silencieusement d'ordinaire, et ne sortant que de temps à autre de leur inertie fonctionnelle. « L'existence de grosses amygdales enflammées, dit M. Bouchard<sup>(1)</sup>, est un

(1) Ch. BOUCHARD, *Thérapeutique des maladies infectieuses*, p. 256.

indice de microbisme latent; dans ces foyers d'infection, se font des réveils fréquents d'une inflammation mal éteinte; il est prudent de les traiter par l'ignipuncture. »

Quoi qu'il en soit, et qu'il s'agisse de phénomènes attribuables au microbisme latent, ou de nouvelles invasions microbiennes facilitées par la diminution de la résistance de la muqueuse à structure altérée, l'existence de ces poussées d'inflammation subaiguë est un fait qu'il faut considérer comme constant dans le cours des amygdalites et des angines diffuses chroniques. Ces affections peuvent bien présenter, en apparence, une marche absolument chronique, mais en réalité celle-ci est toujours interrompue, pendant la majeure partie de l'évolution de la maladie et jusqu'à ce qu'elle ait guéri ou qu'elle ait abouti à l'atrophie confirmée de toutes les régions malades, par des poussées inflammatoires subaiguës survenant à intervalles variables. Elles passent dans certains cas tout à fait inaperçues, parce qu'elles sont très courtes et très légères et se réduisent même parfois à une légère vaso-dilatation suivie d'une diapédèse très discrète de leucocytes et d'une exsudation séreuse tout à fait insignifiante, mais elles ne manquent jamais d'une manière absolue.

**Thérapeutique et prophylaxie.** — Les considérations qui précèdent ont déjà pu faire pressentir que le traitement des angines chroniques est presque toujours complexe; qu'il échappe à toute tentative de systématisation, et varie notablement, non seulement suivant les lésions et leur siège, mais aussi suivant leurs causes, et encore suivant les sujets qui les portent. Ce traitement est presque dans tous les cas une tâche extrêmement ingrate; il demande du temps, exige de la part du malade, aussi bien que de celle du médecin, beaucoup de patience et de persévérance, et ses résultats sont toujours en raison directe de la docilité du premier, du sens clinique et de l'habileté technique du dernier. Déduire de l'examen clinique les indications à remplir est déjà difficile; choisir judicieusement les moyens de les remplir convenables à chaque cas particulier l'est encore davantage.

Les indications causales ne doivent jamais être négligées. Si elles sont bien remplies, elles aideront toujours les interventions dirigées contre les lésions elles-mêmes, et pourront souvent mettre les malades à l'abri des récurrences.

Lorsque le malade est diathésique ou atteint de quelque état pathologique général héréditaire ou acquis, on devra lui prescrire le régime diététique, les précautions hygiéniques, la médication hydrominérale ou pharmaceutique les plus propres à modifier favorablement les troubles de la nutrition ou des fonctions dont la constatation a permis de diagnostiquer la maladie générale. L'état de la gorge elle-même, plus souvent qu'on ne l'imagine, permet *a priori* de soupçonner des états morbides généraux qu'on constate ensuite d'une façon positive : Lasègue disait avec raison que l'examen de la gorge, de même que celui de la langue, était aussi utile au médecin que celui du pouls. Je ne veux pas faire ici allusion à l'arthritisme, qu'on a souvent tendance aujourd'hui à affirmer un peu légèrement comme autrefois l'« herpétisme », dès qu'on a regardé la gorge d'un malade atteint de certaines variétés d'angines chroniques pouvant d'ailleurs reconnaître des causes très différentes. J'entends parler de maladies parfaitement déterminées, le diabète, par exemple, ou le mal de Bright. M. Joal a eu le mérite d'insister sur la valeur sémiologique de certaines « an-



gines sèches » à ce double point de vue. Or je n'en suis plus aujourd'hui à compter les diabétiques ignorés dont l'état de la gorge m'a permis de penser à la possibilité de la glycosurie avant même que celui de la langue et des gencives n'ait accru mes soupçons, dont l'examen des urines confirmait ensuite la justesse. J'en dirai presque autant du mal de Bright. J'ai même observé, à plusieurs reprises différentes, des faits qui m'ont donné ensuite la possibilité de prédire un certain nombre de fois, et plusieurs mois à l'avance, l'apparition de la néphrite interstitielle chez des malades ne présentant, au moment où je les voyais, que des signes encore vagues d'artério-sclérose et d'hypertension artérielle, mais souffrant d'une variété un peu spéciale de pharyngite sèche sur laquelle je reviendrai plus tard. Plus d'un médecin dont l'autorité, unanimement reconnue, rendrait l'assertion d'une valeur indiscutable, M. Tapret entre autres, pourrait témoigner aujourd'hui, pour s'en être convaincu sur plusieurs de ses propres malades, de l'importance de ce signe pronostique, sur lequel je crois être le premier à appeler l'attention.

L'examen de la gorge peut encore donner d'utiles renseignements sur l'état des voies digestives; mais je ne pourrais insister davantage ici sur des considérations de ce genre sans mériter le reproche de consacrer à la sémiologie des pages que je dois réserver à la thérapeutique générale de la gorge. On doit d'ailleurs toujours s'enquérir auprès du malade, tant par l'anamnèse que par l'examen direct de l'abdomen, la palpation, la percussion, la succussion et au besoin l'examen chimique des liquides gastriques, de l'état de ses fonctions digestives. Lorsque l'on reconnaît qu'on a affaire à un sujet atteint de dyspepsie gastrique ou de paresse intestinale, il faudra encore traiter avec soin les troubles digestifs; et l'on verra, dans beaucoup de cas, l'amélioration de l'angine chronique marcher parallèlement à celle de ces derniers avec un traitement très simple, si la gorge n'est pas malade depuis longtemps et les lésions trop avancées.

Les affections utérines, les troubles menstruels, quand la chose est possible, devront être soignés en même temps que la phlegmasie gutturale, s'ils coïncident avec elle, et surtout s'ils existaient avant elles et paraissent avoir joué un rôle étiologique de quelque netteté. La chlorose, l'état névropathique devront aussi être recherchés et traités.

Les dyspeptiques et les femmes atteintes de troubles génitaux ont souvent, en même temps que des angines, des rhinites chroniques relevant de la même cause. Intermittente d'abord, souvent unilatérale et portant indifféremment tantôt sur une narine et tantôt sur l'autre, de préférence sur la plus étroite (déviation ou crête de la cloison), apparaissant au moment des poussées congestives réflexes de la gorge et d'une partie de la face et disparaissant avec le trouble vaso-moteur dont elle dépend, l'obstruction nasale, chez ces malades, devient plus tard, au bout d'un temps variable, permanente et bilatérale. Cette condition se réalise lorsque la muqueuse nasale (en particulier celle du cornet inférieur où les phénomènes sont surtout marqués), relâchée par suite de la répétition des poussées congestives amenant chaque fois sa distension exagérée, a perdu son élasticité, recouvre l'os du cornet à la façon d'un sac trop grand pour son contenu, ne peut plus revenir sur elle-même et devient bientôt en quelque sorte variqueuse dans sa couche profonde. A cette période, l'obstruction nasale, en dehors des poussées congestives, n'est pas encore très accusée, mais la nuit, elle devient complète du côté où le malade est couché, et l'autre narine

étant insuffisante pour permettre la respiration, celle-ci se fait par la bouche. Plus tard, la muqueuse nasale subit la dégénérescence myxomateuse qui constitue la rhinite hypertrophique vraie, et la respiration buccale devient obligatoire, aggravant encore l'angine chronique coexistante.

Or, cette dernière, dans les cas de ce genre, ne peut guère bénéficier d'un traitement direct si tout d'abord on ne s'attache pas à rétablir, par une intervention directe appropriée, la perméabilité nasale compromise ou abolie. A la première période, celle-ci peut quelquefois redevenir normale, ainsi que l'état du pharynx, par un traitement causal convenable amenant la guérison de la dyspepsie, ou de la métrite. Mais à la seconde, et mieux encore à la troisième, il n'en est plus de même, et il devient nécessaire de s'adresser aux moyens rhino-chirurgicaux.

Avant d'y recourir, on devra encore s'assurer que la congestion chronique de la muqueuse ne dépend pas surtout d'un catarrhe chronique du pharynx nasal coexistant: on peut voir en effet chez l'adulte le catarrhe naso-pharyngien chronique causer une turgescence de la muqueuse nasale qui diminue dès le début du traitement de la lésion du pharynx supérieur, et disparaît quand celui-ci est guéri, s'il n'y a pas encore hypertrophie vraie de la pituitaire. Il en est souvent de même de la tuméfaction de cette dernière qui accompagne ordinairement l'hypertrophie de l'amygdale rétro-nasale, aussi bien chez l'enfant que chez les sujets plus âgés. Malgré ces restrictions, dont l'exposé suffit à montrer que le médecin se trouve, bien souvent, aux prises avec des difficultés d'appréciation dont il ne peut espérer triompher sans quelque expérience, on peut considérer qu'il est de règle, lorsqu'une angine chronique coïncide avec une obstruction nasale, de traiter celle-ci, sinon avant l'autre, du moins en même temps qu'elle, si l'on veut éviter que la lésion nasale, qu'elle ait été ou non la cause de l'angine actuelle, ne devienne à peu près sûrement la cause d'une récurrence de l'affection pharyngée. Bien entendu, on se trouve fréquemment en présence de cas où l'hésitation n'est pas possible, et où l'on doit, de toute évidence, soigner le nez tout d'abord: il en est ainsi, par exemple, lorsqu'on a affaire à un malade se plaignant de la gorge, et qu'on trouve atteint d'obstruction du nez causée par les polypes muqueux vulgaires.

On aura souvent beaucoup de mal à faire perdre au malade des habitudes dont résulte une irritation directe aussi nuisible qu'elle serait aisée à éviter: celle de l'usage du tabac, par exemple. Comment espérer encore triompher facilement et fréquemment des résistances (la plupart du temps d'autant plus légitimes qu'elles sont liées aux nécessités de l'existence) que provoque presque toujours le conseil de prendre un repos prolongé, lorsque l'angine chronique s'observe chez une personne que sa profession oblige à un usage constant de la voix et de la parole en public? Le médecin ne doit cependant pas hésiter à donner ce conseil au malade, ni se lasser de le lui répéter. Quelques mois de repos pris à temps pourront parfois suffire à rendre au malade une longue période d'activité professionnelle, alors qu'en négligeant d'y avoir recours il eût été bientôt hors d'état de remplir ses obligations.

En dehors des poussées subaiguës dont j'ai déjà signalé la fréquence dans la plupart des variétés d'angine chronique, le traitement de l'angine elle-même devra être local et non général. Comme les traitements généraux dirigés contre les maladies et les affections causales, les traitements locaux des lésions pharyngées seront nécessairement variables. Tout d'abord, il importe de remarquer



que ces lésions étant la plupart du temps multiples et différentes, chez un même sujet, chacune d'entre elles peut être justiciable d'une intervention spéciale. Le catarrhe glandulaire, l'hypertrophie, l'atrophie exigent chacun l'emploi de moyens distincts; et ceux-ci, dans beaucoup de cas, ne pourront être utilisés que successivement. D'autre part, le catarrhe peut provoquer des lésions hypertrophiques des éléments anatomiques voisins des glandes primitivement atteintes et pareillement l'hypertrophie circonscrite des tissus d'une région du pharynx peut être la cause d'un catarrhe des régions voisines. Le médecin ne saurait donc entreprendre les traitements successifs des diverses lésions concomitantes en commençant indifféremment par l'une ou par l'autre; il est indispensable, s'il veut avoir quelque droit à espérer d'obtenir les résultats thérapeutiques les meilleurs et les plus rapides, qu'il traite d'abord la lésion dont dépendent les autres, la plus ancienne, la plus importante. La guérison de celle-ci pourra être suivie de la disparition des premières; disparition parfois spontanée, et le plus souvent du moins rapide et facile à obtenir. S'il veut arriver à se rendre compte, avec quelque sûreté, de l'ordre d'apparition des altérations pathologiques du pharynx ou plutôt, et pour parler d'une façon plus générale, des rapports de cause à effet qui les lient entre elles, le médecin ne doit pas se baser seulement sur l'aspect objectif des lésions, car il s'en faut que celui-ci lui donne des renseignements suffisants dans tous les cas. Il doit chercher les éléments de son jugement clinique dans l'anamnèse et dans les résultats qu'il aura obtenus par l'examen médical méthodique et complet de son malade. Si ceux-ci lui ont fait reconnaître un état pathologique général, diathésique ou autre, qu'il sait avoir tendance à favoriser l'apparition de certaines variétés d'angines chroniques; ou encore une maladie d'un appareil organique, aussi bien qu'une affection localisée qu'il est en droit de considérer comme cause de l'affection pharyngée et qu'il sait capable de déterminer de préférence certaines lésions plutôt que d'autres, il pourra souvent, avec quelque probabilité tout au moins, reconstituer l'histoire rétrospective de la marche des lésions actuelles, et en déduire des indications thérapeutiques précieuses. Ici encore, les résultats obtenus dépendront pour une large part du sens clinique dont le médecin fera preuve.

En étudiant successivement les diverses variétés d'angines chroniques, que nous avons distinguées en prenant pour base de notre classification la lésion dominante, nous examinerons, en même temps que les points spéciaux de leur étiologie, les interventions thérapeutiques applicables à chacune d'elles. J'indiquerai en même temps la conduite à suivre lorsque surviennent les poussées subaiguës, me bornant ici à faire remarquer qu'elle variera elle aussi suivant les cas, mais qu'en général on devra suspendre l'emploi des moyens utilisés pendant que l'affection suit une marche chronique, et les remplacer par d'autres jusqu'à la disparition de la poussée inflammatoire. Relativement à la thérapeutique locale en général, je ne puis me dispenser d'insister ici, plus encore que je ne l'ai fait à propos des angines aiguës, sur l'utilité de la connaissance et de l'habitude des méthodes techniques de diagnostic et de traitement directs dites *rhinoscopiques* et *laryngoscopiques*. Ici, elles ne sont pas seulement utiles, elles sont tout à fait indispensables; car seules elles permettent non seulement d'établir un diagnostic exact et complet, mais encore d'appliquer le traitement indiqué de façon à en obtenir des résultats qu'il est capable de donner. Indépendamment des interventions locales dont la mise en œuvre exige le concours actif

du médecin, il en est d'autres que le malade peut réaliser lui-même : ce sont les irrigations, les gargarismes, les inhalations diverses, parfois même certaines applications topiques, des insufflations pulvérulentes dans le pharynx nasal, etc. Ici, comme dans le traitement local des angines chroniques, l'emploi des antiseptiques trouve ses indications.

Pour ce qui concerne la prophylaxie, je me bornerai à renvoyer le lecteur à ce que j'en ai dit à l'occasion des angines aiguës. Je rappellerai seulement la nécessité de soigner sans retard les lésions consécutives à ces inflammations pharyngées; de faire disparaître les lésions nasales s'il en existe; de faire continuer longtemps les lavages antiseptiques des premières voies; enfin de conseiller aux malades d'éviter de soumettre leur gorge au contact des substances irritantes dont l'action prolongée peut suffire à déterminer des phlegmasies chroniques.

## II

## AMYGDALITES CHRONIQUES; ANGINES CHRONIQUES CIRCONSCRITES

## § 1. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES DES AMYGDALES PALATINES

## A. — Amygdalite lacunaire caséuse.

SYNONYMIE : Angine folliculeuse chronique (RILLIET et BARTHEZ).

**Définition.** — Cette affection est caractérisée par une inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse les cryptes tonsillaires, ou plus exactement un certain nombre de ces cryptes. Cette phlegmasie a pour effets de retentir sur le parenchyme amygdalien sous-jacent où elle donne lieu à des lésions variables (sclérose hypertrophique ou atrophique) et plus ou moins marquées; et de déterminer à la longue des irrégularités de calibre (rétrécissements annulaires et dilatations ampullaires) des lacunes cryptiques, qui facilitent la rétention, dans ces cavités, des produits de sécrétion, de desquamation et autres, sous forme d'amas caséux fétides provoquant à leur tour des processus inflammatoires.

**Symptomatologie**<sup>(1)</sup>. — **Signes physiques et caractères objectifs.** — Le plus souvent, lorsque l'affection est arrivée à sa période d'état, les amygdales sont augmentées de volume; leur coloration est d'ordinaire rouge, et leur surface a l'apparence dépolie. Les orifices cryptiques, ou plusieurs d'entre eux, sont d'ordinaire rétrécis et peu visibles, et certains échapperaient à la vue s'ils ne présentaient entre leurs lèvres des masses blanchâtres ou blanches. Parfois celles-ci n'apparaissent que lorsqu'on comprime la tonsille avec l'abaisse-langue ou le miroir rhinoscopique. Si l'on introduit dans les cryptes ainsi occupées un stylet mousse recourbé en crochet sur une longueur d'un centimètre et demi environ, on pénètre dans des lacunes anfractueuses communiquant entre elles, et on peut souvent faire ressortir l'extrémité du stylet par un autre orifice cryptique placé à une certaine distance du premier. On peut ainsi donner issue

(1) Consultez GAMPERT, *Thèse de Paris*, 1891, n° 142, et SOKOLOWSKI et DNOKOWSKI, *Archives de laryngologie*, 1891, n° 6 et 1892, n° 1 et 2.