

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⁽¹⁾. — **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.

à des concrétions caséuses parfois très abondantes, dont la forme est liée à celle des lacunes où elles se moulent, et dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un gros pois. La consistance de ces concrétions est pâteuse, et leur odeur le plus souvent infecte. Quelquefois, à la surface de l'amygdale, on peut voir des taches jaunâtres sous-épithéliales, que je me borne ici à signaler, et dont je parlerai plus tard. Les amygdales augmentées de volume peuvent faire saillie, ou n'être hypertrophiées que dans le sens antéro-postérieur et écarter les deux piliers auxquels, surtout dans ce dernier cas, elles adhèrent le plus souvent en divers points.

On peut aussi voir l'affection porter sur des amygdales de petit volume. En pareil cas, on constate que les altérations siègent particulièrement dans deux points de la glande; d'abord dans une vaste crypte dont l'orifice, situé à peu près à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bord antérieur de l'amygdale, est recouvert le plus souvent par le pilier antérieur; et ensuite dans les orifices cryptiques de l'extrémité supérieure de la glande, qui s'ouvrent au niveau de la fossette sus-amygdalienne. Ces petites amygdales sont le plus souvent fibreuses, très dures, et moins rouges que les grosses amygdales enflammées. Généralement, l'une des amygdales est plus atteinte que l'autre, parfois l'une d'entre elles est seule atteinte. Souvent, en soulevant le pilier antérieur, on voit l'amygdale malade coiffée par une sorte d'opercule constitué par le sommet de la glande elle-même (Gampert).

Troubles fonctionnels. — Les malades ne sont réduits à demander des soins que longtemps après le début, et seulement à cause des symptômes dus à la rétention des concrétions caséuses. Ils se plaignent d'ordinaire de ressentir une odeur et un goût fétides, et beaucoup les rapportent à leur vraie cause et se soulagent eux-mêmes en enlevant leurs concrétions amygdaliennes avec une aiguille à tricoter ou un crayon, en s'aidant d'un miroir à main. En même temps ils ressentent une gêne, qui se manifeste surtout lorsqu'ils avalent à vide, ou plutôt la salive. Il est plus rare que cette sensation persiste pendant les repas. La douleur à la déglutition est souvent unilatérale, et elle s'irradie à l'oreille correspondante. Exceptionnellement, la douleur de la tonsille peut même donner lieu aux symptômes de la névralgie faciale (Schmidt, Gampert). En même temps que la douleur à la déglutition, il existe une sensation de corps étranger, de piqûre, de chatouillement, qui provoque, surtout le matin au lever, des accès de toux très pénibles, parfois suivis de nausées et de vomissements pituiteux. Quelques malades accusent une sensation de strangulation au niveau des régions angulo-maxillaires. La plupart localisent très bien la douleur au niveau de l'amygdale, qu'ils indiquent en portant le doigt sous la mâchoire, entre l'angle de celle-ci et la corne de l'os hyoïde. Les troubles de la voix ne sont pas rares, mais comme, en dehors d'un catarrhe laryngé secondaire possible, ils dépendent surtout des adhérences staphylo-tonsillaires, je les étudierai à propos de l'hypertrophie des amygdales. Ces divers troubles fonctionnels deviennent plus intenses après que le malade a pris froid, ou s'est fatigué à trop parler, ou encore a fumé avec excès. Chez les femmes, ils augmentent souvent à l'approche de la période menstruelle. Certains malades ne souffrent de ces symptômes que d'une façon intermittente : après s'être débarrassés de quelques concrétions, ils ont une rémission plus ou moins complète pendant plusieurs jours. Chez d'autres au contraire les accidents sont continus, et la

marque chronique de l'affection est traversée par des poussées inflammatoires subaiguës qui surviennent de temps à autre.

Poussées subaiguës. — Ces poussées, qui durent 2 ou 3 jours et rarement plus, donnent lieu à du malaise, à de l'abattement, parfois même à un léger état fébrile, avec inappétence, état saburral de la langue, et céphalalgie légère. La douleur de gorge peut être très intense, l'otalgie très pénible; les malades peuvent avoir beaucoup de difficulté pour manger, et même ne parler qu'avec peine. À l'examen de la gorge, on ne trouve pas tout d'abord de signes objectifs expliquant les symptômes dont le malade se plaint : à peine y a-t-il un peu d'augmentation de volume de la glande, et une rougeur un peu plus vive à l'entrée des orifices cryptiques. Mais on voit que ceux-ci sont comblés par des masses caséuses jaunâtres ou d'un jaune un peu verdâtre, et l'exploration avec le stylet fait reconnaître que ces amas sont beaucoup plus adhérents aux parois cryptiques que lorsque l'affection évolue chroniquement. On ne les enlève qu'avec peine, et en provoquant un léger suintement sanguin; le lendemain, on les trouve reconstitués, mais si on les enlève encore, il ne se reforment plus que lentement et comme à l'ordinaire. On peut voir aussi, dans quelques cas, sur la surface de l'amygdale, une ou plusieurs taches jaunâtres de petites dimensions, qu'on reconnaît aisément dépendre d'une lésion sous-épithéliale (Sokolowski). L'exploration avec la sonde en fait foi; mais ne permet pas de trouver d'orifice cryptique à ce niveau, où la pression de l'instrument est douloureuse. En appuyant néanmoins un peu fortement un stylet pointu, on pénètre dans une cavité cryptique distendue par une masse pâteuse, et dont on a percé la paroi amincie. On reconnaît alors que c'était l'amincissement, laissant voir par transparence le caséum sous-jacent, qui donnait à cette paroi l'apparence d'une tache. Dans le cas contraire il peut se produire au bout de quelques jours, au niveau de la tache, une petite ulcération qui aboutira de même à l'ouverture de la cavité, et à son évacuation plus ou moins rapide suivant les dimensions de l'orifice ainsi produit. Ce processus répond aux poussées inflammatoires présentant la durée la plus longue, 3, 4 ou 5 jours.

Anatomie pathologique. — Je ne m'occuperai ici que des lésions des lacunes et de leur paroi, puisqu'elles peuvent atteindre aussi bien des amygdales hypertrophiées que des tonsilles ayant leur volume normal. Ces lésions, qui ont été signalées par MM. Cornil et Ranvier, ont été, tout récemment, très bien étudiées par Sokolowski et Dnockowski. La dissection, après ablation avec l'amygdalotome, des amygdales atteintes de cette affection, montre que les lacunes sont remplies d'un magma pâteux. Lorsqu'on a fait disparaître celui-ci par le lavage, on reconnaît que les parois des cryptes présentent des aspects différents suivant les parties qu'on examine successivement. Sur une longueur variable et généralement à partir de l'orifice de la crypte à la surface de la tonsille, le calibre de la lacune se trouve très notablement rétréci. La paroi est épaissie, présente un aspect granuleux et vilieux. Au contraire, plus bas, au-dessous du rétrécissement, la cavité est ectasiée, et ses parois sont amincies et lisses. Ces espaces élargis peuvent se voir au-dessous de rétrécissements atteignant plusieurs cryptes distinctes, et ils peuvent communiquer entre eux. Parfois on trouve de ces espaces dilatés qui ne communiquent, ni avec d'autres analogues, ni avec un orifice cryptique; celui-ci et la partie qui lui faisait suite,