

causés par des troubles sécrétoires naso-pharyngiens, suffire pour établir un diagnostic. Si un examen complet permet au médecin de s'assurer que ce signe est isolé, ou qu'il coïncide avec des signes de catarrhe naso-pharyngien trop légers pour expliquer sa présence, on devra immédiatement penser à la possibilité d'une maladie générale dont l'affection pharyngée peut n'être qu'un symptôme. Si la gorge est de couleur rouge sombre, si le voile est épaissi et si, en même temps que la gorge, la bouche est sèche, on songera au *diabète*. Si celui-ci manque, on trouvera parfois des urines albumineuses⁽¹⁾. Il pourra arriver au médecin de faire la même constatation sans que la sécheresse buccale accompagne celle du fond de la gorge. Si enfin il ne trouve aucune trace d'albumine dans les urines, il ne devra pas pour cela écarter la possibilité d'une affection rénale; et plus d'une fois l'examen minutieux et répété de son malade (je dirais volontiers plutôt de sa malade, car je n'ai constaté ces faits que chez des femmes d'âge moyen) lui fera reconnaître des signes non douteux d'artério-sclérose généralisée, ou de *néphrite interstitielle* sans albuminurie actuelle, auxquels ne viendra se joindre que plus tard, parfois au bout de quelques mois seulement, l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Je ne ferai ici que signaler la nécessité de l'examen rhinoscopique immédiat au cas où viendraient se joindre, aux signes du catarrhe de l'amygdale pharyngienne, du nasonnement, de la douleur à la déglutition, une exacerbation de la céphalalgie ou de l'enclenchement, chez un malade n'ayant pas jusque-là éprouvé, même pendant les recrudescences de son catarrhe chronique, de phénomènes semblables. L'examen direct permettrait seul de reconnaître soit une *tumeur*, soit une *lésion tuberculeuse* (bien rare, mais possible), soit une *lésion syphilitique*, particulièrement une gomme à début naso-pharyngien, accident qu'on a de temps à autre l'occasion d'observer.

Traitement. — Les badigeonnages, à l'aide d'instruments courbes introduits derrière le voile, avec les topiques de tous genres, les insufflations de poudres diverses, les inhalations, pulvérisations, etc., sont tout à fait insuffisants et ne donnent qu'exceptionnellement de bons résultats. Encore ceux-ci ne sont-ils presque jamais durables. Il est nécessaire, pour obtenir une guérison complète et définitive, d'intervenir chirurgicalement: si l'amygdale pharyngée sécrétant anormalement est volumineuse, on doit en faire l'ablation totale; si elle est atrophiée, il faut en pratiquer la dissection, puis faire le curettage du naso-pharynx, avant de recourir aux applications topiques qui alors seulement seront vraiment et rapidement efficaces. Ces manœuvres de chirurgie rhinoscopique ne sauraient être ici décrites en détail.

Les pharyngites sèches des diabétiques s'améliorent le plus souvent sous l'influence des gargarismes alcalins répétés plusieurs fois dans la journée, et surtout lorsque l'hyperglycémie diminue quand le malade suit un régime diététique convenable. Quant à celles des brightiques, elles sont d'une extrême ténacité: en 1888 et 1889, j'ai eu l'occasion d'observer toute une série de cas de ce genre, et parmi eux trois femmes chez lesquelles l'albuminurie n'a apparu qu'assez longtemps après la sécheresse du pharynx. Je n'ai jamais pu obtenir, à l'aide des médicaments topiques, de résultats durables; et j'ai dû bientôt renoncer à des interventions dont l'effet disparaissait en quelques heures et qui parfois même

⁽¹⁾ JOAL, *loc. cit.*

étaient mal supportées. Les gargarismes iodés très faibles m'ont paru le moyen le plus utile à employer.

§ 5. — INFLAMMATION CHRONIQUE DU TISSU ADÉNOÏDE
DE LA BASE DE LA LANGUE

Hypertrophie de l'amygdale linguale⁽¹⁾.

Symptomatologie. — **Signes physiques et caractères objectifs.** — A l'examen laryngoscopique, l'hypertrophie des follicules lymphatiques de la base de la langue se présente sous divers aspects un peu dissemblables. Tantôt la couche mamelonnée de tissu lymphatique a subi un épaississement uniforme, et son niveau atteint ou même dépasse celui du bord libre de l'épiglotte et refoule cet opercule en arrière; tantôt la masse hypertrophiée présente un aspect mûriforme; ou bien encore elle est divisée par des interstices profonds et sinueux en deux ou plusieurs lobes distincts. Dans d'autres cas, certains groupes de follicules seulement sont hypertrophiés, et forment une masse framboisée de volume variable, pouvant atteindre les dimensions d'une noisette. La coloration varie du rose pâle ou jaunâtre et presque translucide au rouge vif qui s'observe en cas de poussée subaiguë.

Troubles fonctionnels. — Le plus fréquent des symptômes est la sensation d'un corps étranger (cheveu, fil, peau, boule, etc.) fixé au fond de la gorge, et que les malades localisent assez rarement avec exactitude. Souvent ils perçoivent cette sensation beaucoup plus bas que la région d'où elle part, et ils indiquent du doigt la région trachéale, au niveau de la limite supérieure du sternum. Parfois il existe une sensation d'étranglement, de pression continue au niveau de la région antérieure du cou. Ces sensations, ainsi que l'irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse linguale et épiglottique, provoquent chez beaucoup de malades un besoin fréquent, parfois incessant, d'avaler à vide; chez d'autres, une tendance à « racler », à donner très souvent des secousses isolées de toux éruclante pouvant faire croire à la toux hystérique; ou bien encore elles déterminent des accès de toux quinteuse de temps à autre. Ces symptômes présentent d'ordinaire des paroxysmes, surtout le soir; mais ils diminuent, et souvent même disparaissent pendant les repas, et aussi pendant le sommeil. Ils sont loin d'être proportionnels au degré de l'hypertrophie; ce sont les sujets nerveux, et surtout les femmes qui s'en plaignent le plus. Chez des sujets prédisposés, la lésion peut déterminer des accès dyspnéiques pseudo-asthmatiques, et peut-être même de l'asthme bronchique vrai (Heymann, Seifert). Chez d'autres, elle peut causer des spasmes de l'œsophage (Joal). Les troubles de la voix parlée ou chantée sont fréquents chez les professeurs et les artistes dramatiques et lyriques; les malades se plaignent de ne plus pouvoir user de leur voix sans ressentir bientôt une fatigue insolite; la voix chantée peut même perdre sa pureté ou sa justesse; et il existe une tendance aux poussées de laryngite catarrhale. Souvent une partie des symptômes vocaux, ou même respiratoires, peut être liée aux lésions des régions voisines; la tuméfaction de la muqueuse du nez,

⁽¹⁾ Consultez SWAIN, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1886. — GLEITSMANN, *Medical record*, 1887. — RUULT, *France médicale et Archives de laryngologie*, 1888. — BALME, Thèse citée.

l'amygdalite chronique ou la pharyngite coïncidant dans un grand nombre de cas avec la lésion linguale.

Marche et pronostic. — Chez certains sujets la marche est continue; chez beaucoup d'autres elle procède par exacerbations successives répondant à des poussées subaiguës. Si l'affection n'est pas traitée, le pronostic (en dehors des cas où la persistance des troubles vocaux l'aggrave en créant une impotence professionnelle) peut devenir assez sérieux chez les sujets nerveux qu'il conduit peu à peu à une véritable *obsession gutturale*, amenant des modifications fâcheuses de l'humeur et du caractère, et finissant même dans quelques cas par aboutir à des idées tristes et à une dépression générale.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques ont été étudiées par Swain, en 1886. Il résulte des recherches de cet auteur qu'elles ont une ressemblance très étroite avec celles des amygdales palatines hypertrophiées; l'hypertrophie porte à la fois sur tous les éléments des follicules linguaux : tissu conjonctif péri-cavitaire, couche de tissu réticulé infiltré de cellules lymphatiques, et follicules isolés. On peut constater aussi des altérations des glandes en grappe voisines ou sous-jacentes. Les lésions de la muqueuse superficielle et de sa couche papillaire sont variables. Il serait désirable que de nouvelles recherches sur ce point fissent connaître la marche des lésions et les modifications qu'elles subissent pendant la régression consécutive à l'hypertrophie.

Étiologie. — Cette affection ne s'observe guère avec ses symptômes que chez les adultes; elle est rare avant dix-huit ans. Infiniment plus commune chez la femme, elle se développe parfois au moment de la ménopause et peut persister jusqu'à cinquante-cinq ans et plus. Les sujets nerveux, les dyspeptiques, les constipés, surtout ceux qui par profession usent beaucoup de la voix parlée ou chantée, y sont particulièrement sujets; enfin l'influence des angines aiguës, des maladies générales infectieuses (scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), ne paraît pas douteuse. L'étiologie et la pathogénie ne diffèrent donc pas de celles des autres variétés d'amygdalite chronique.

Diagnostic. — Il est surtout basé sur l'examen laryngoscopique, car des malades atteints de *paresthésie* du pharynx, *sine materia*, peuvent présenter des symptômes identiques. De même, dans certains cas, la constatation des lésions de la base de la langue ne peut pas permettre au médecin d'affirmer qu'elles sont la cause déterminante des symptômes. L'exagération des troubles subjectifs (sensations de brûlures, irradiations douloureuses, glossodynie, troubles gustatifs, etc.), coïncidant avec une absence presque complète de réflexes respiratoires ou digestifs (toux, déglutition à vide, etc.), imposera une grande réserve, car en pareil cas la guérison de la lésion linguale ne donne que des résultats éphémères, sinon tout à fait nuls.

Je n'insiste pas sur le diagnostic différentiel avec les *tumeurs malignes* de la base de la langue, dont la symptomatologie est toute différente; cependant, comme une tumeur profonde à son début peut causer une inflammation chronique du voisinage se traduisant par de l'hypertrophie de la couche muqueuse, on devra se garder, lorsque les symptômes et la marche de l'affection, l'âge du malade, et les résultats de la palpation de la langue et des régions sous-maxil-

lares feront craindre un cancer, d'abandonner cette idée parce qu'on aura trouvé des follicules lymphatiques préépiglottiques hypertrophiés.

On a observé dans cette région des ulcérations syphilitiques tertiaires, et Türk a même rapporté l'observation d'un malade chez lequel une lésion de ce genre avait fini par une hémorragie mortelle, MM. Moure et Raulin y ont constaté des *syphilides* secondaires. Mais les erreurs provenant de ce chef seront aisément évitées si le médecin prend soin de soumettre ses malades à un examen clinique complet et de songer à la possibilité de lésions spécifiques.

Je me bornerai à signaler les *kystes* de la base de la langue, à cause de leur extrême rareté.

Traitement. — Il consiste à détruire ou à enlever les tissus hypertrophiés. Il est purement chirurgical, et de plus il ressortit spécialement à la chirurgie laryngoscopique. Je n'ai donc pas à l'exposer ici, et je me bornerai à renvoyer à ce sujet le lecteur aux diverses monographies indiquées au début de cet article.

§ 4. — INFLAMMATION CHRONIQUE DU TISSU ADÉNOÏDE DU PHARYNX BUCCAL

Granulations du pharynx. — Pharyngite folliculaire hypertrophique (1).

SYNONYMIE : Angine glanduleuse ou granuleuse (CHOMEL); Pharyngite catarrhale chronique (LASÈGUE).

Définition. — Les grosses granulations saillantes, ovalaires, de l'étendue de la moitié d'un pois, disséminées sur la paroi postérieure du pharynx buccal, cohérentes ou confluentes et formant des trainées verticales sur les parties latérales et la région centrale de cette paroi, dépendent en réalité de l'amygdale pharyngée dont elles constituent des prolongements. Comme la tonsille rétro-nasale elle-même, elles sont ordinairement, pendant la durée de l'enfance, beaucoup plus volumineuses relativement que dans l'âge adulte. Chez les adultes, elles tendent aussi à disparaître avec l'âge, mais elles peuvent conserver un volume notable chez certains sujets, en dehors de tout état morbide.

Aussi, lorsque ces granulations adénoïdes ne coïncident pas avec un état catarrhal chronique de la muqueuse où elles siègent, qu'en même temps leur coloration ne tranche pas par une teinte rouge sombre et foncée avec celle, normale, de la muqueuse voisine, et que leur volume n'est pas assez grand pour altérer la souplesse de la muqueuse, gêner sa mobilité, et, sur les côtés, celle des piliers postérieurs, il ne faut pas s'en préoccuper. C'est bien à tort qu'en pareil cas les malades accusent leurs granulations d'être la cause de symptômes dont ils se plaignent quelquefois; un examen approfondi du patient permettra au médecin de s'en convaincre, en lui faisant reconnaître la lésion locale (amygdales, base de la langue, etc.) ou l'état général (neurasthénie, etc.) sous la dépendance desquels sont, en réalité, les troubles fonctionnels.

Lorsque ces granulations, bien que siégeant sur une muqueuse saine en apparence, sont à la fois volumineuses et manifestement enflammées, leurs lésions doivent être considérées comme la conséquence et le reliquat d'une ou plusieurs inflammations catarrhales du pharynx, aiguës ou subaiguës, antécédentes. Un

(1) Consultez LASÈGUE, *Traité des angines*, 1868, p. 522. — MICHEL, *Maladies de la gorge*, traduction CALMETTES, Bruxelles, 1884. — RUAULT, *Archives de laryngologie*, 1889.