

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.

sujet encore jeune, dont la gorge, examinée pendant l'état de santé, s'était montrée exempte de toute lésion, vient-il à prendre une angine aiguë spécifique ou autre? Les granulations pharyngées deviendront rouges et volumineuses, elles apparaîtront en des points où antérieurement elles ne faisaient aucune tache, aucune saillie sur la muqueuse; et, l'angine une fois guérie, elles ne disparaîtront que progressivement dans les cas favorables, et persisteront dans les autres. Si l'angine catarrhale aiguë récidive, les granulations disparues reparaitront, *in situ* ou ailleurs; celles qui auront persisté subiront une recrudescence inflammatoire et s'hypertrophieront davantage. La réapparition des poussées aiguës ou subaiguës aboutissant au catarrhe chronique, celui-ci sera constamment caractérisé, dans toute sa période d'état, par l'hypertrophie des granulations adénoïdes en même temps que celle de toutes les glandes mucipares de la muqueuse pharyngée. Dans l'intervalle des grosses granulations, celle-ci sera criblée de saillies plus petites, blanchâtres, ou rougeâtres comme les premières, et elle présentera un aspect chagriné. Il n'y a donc pas de pharyngite catarrhale chronique à la période d'état sans granulations pharyngées grosses et petites, tandis qu'on peut voir de grosses granulations pharyngées chroniquement enflammées sans qu'il existe en même temps une pharyngite catarrhale diffuse nettement appréciable. Mais, en pareil cas, si la phlegmasie circonscrite dure et prend une marche chronique, les granulations subissent une hypertrophie progressive. A un moment donné, leur volume exagéré devient la cause de troubles fonctionnels; et, d'autre part, l'inflammation n'y reste pas cantonnée, et les lésions qui s'étaient d'abord localisées deviennent la cause qui provoque et entretient une phlegmasie catarrhale diffuse de la muqueuse pharyngée.

Les considérations qui précèdent feront comprendre pourquoi je me suis décidé à rompre avec les usages, et à abandonner la dénomination d'*angine glanduleuse* ou *angine granuleuse*. Il suffit de se reporter aux travaux des auteurs (Green<sup>(1)</sup>, Noël Guéneau de Mussy<sup>(2)</sup>, etc.), qui, à la suite de Chomel<sup>(3)</sup>, ont cherché à établir la réalité d'une variété autonome d'angine chronique méritant ce nom, pour reconnaître qu'ils appliquaient ce dernier à tous les cas où la présence de granulations pharyngées était constatable. Ils considéraient celles-ci comme le signe fondamental de l'affection qu'ils avaient imaginée, et que Chomel et Guéneau de Mussy considéraient comme une manifestation de la prétendue diathèse « herpétique ». On a continué, après eux, à déclarer atteints d'« angine granuleuse » les enfants dont le pharynx présente de grosses granulations translucides, alors que cet état n'est en aucune façon pathologique, aussi bien que les adultes chez lesquels, en l'absence de catarrhe chronique bien marqué, on voit de grosses granulations adénoïdes rouges, dépolies, enflammées. On a donné le même nom à l'angine catarrhale chronique diffuse où, indépendamment des grosses granulations pharyngées, on constate autour d'elles des saillies plus petites, en même temps que toute la surface du voile du palais est criblée d'aspérités constituées par les glandes mucipares tuméfiées et leurs conduits excréteurs gorgés et débordant de mucus altéré. On a pris aussi pour de grosses granulations analogues à celles du pharynx des saillies qu'on peut rencontrer sur le voile du palais ou la luette, et qui sont, le plus souvent,

(1) GREEN, Diseases of the air passages, New-York, 1846.

(2) GUÉNEAU DE MUSSY, *Traité de l'angine glanduleuse*, Paris, 1857.

(3) CHOMEL, *Gaz. méd. de Paris*, 1846.

des papillomes à surface lisse. Les angines chroniques caractérisées par un épaissement diffus de la muqueuse avec rougeur congestive, où, en dehors des grosses granulations adénoïdes de la paroi pharyngée, la muqueuse staphylo-pharyngienne, tendue ou relâchée, est lisse et ne présente pas plus d'hypersécrétion que de petites saillies glandulaires, ont été, comme les précédentes, désignées sous la même dénomination. Enfin, comme l'atrophie terminale de tous les éléments de la muqueuse, consécutive aux vieilles inflammations chroniques désignées ci-dessus, se fait irrégulièrement par places et peut être déjà fort avancée bien que des granulations volumineuses persistent encore en certain nombre, la présence de ces dernières, que la pâleur et l'amincissement de la muqueuse voisine rendent très apparente, a suffi à justifier encore dans ce cas le nom d'« angine granuleuse ».

En résumé, jusqu'à ces derniers temps, malgré les premiers essais de réaction de Lasègue, malgré les travaux importants des laryngologistes contemporains, on a continué à confondre sous la même rubrique presque toutes les variétés d'angines chroniques non spécifiques. On ferait cesser cette confusion regrettable en réservant aujourd'hui la dénomination d'angine granuleuse aux cas où la disproportion entre le catarrhe chronique glandulaire et l'hypertrophie du tissu adénoïde laisse nettement à cette dernière la prédominance pathologique. Cependant on y arrivera encore plus sûrement en abandonnant tout à fait cette dénomination, même en pareil cas, et en la remplaçant alors par celle de *pharyngite folliculaire hypertrophique*. Le nom que je propose a du moins l'avantage de désigner à la fois la région où siège la phlegmasie chronique, le tissu qu'elle frappe surtout, et le processus anatomique auquel elle donne lieu.

**Symptomatologie.** — **Signes physiques et caractères objectifs.** — Ceux-ci varient un peu suivant qu'on les observe chez les enfants ou chez les adolescents et les adultes, suivant les lésions voisines associées à celles du pharynx buccal, et que le catarrhe concomitant est plus ou moins marqué.

Chez les enfants, lorsque l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx buccal est exagérée, la paroi postérieure de la cavité gutturale prend un aspect framboisé, mûriforme, tomenteux. En arrière de la luette, les granulations confondues forment souvent une saillie allongée qui s'efface progressivement au-dessous. Sur les régions latérales, les granulations sont surtout abondantes, et elles forment souvent aussi des saillies en forme de bourrelets mamelonnés mal limités occupant, en arrière et le long des piliers postérieurs du voile, toute la longueur de l'oro-pharynx. Chez un grand nombre de sujets, surtout en dehors des cas où l'inflammation catarrhale est un peu accusée au moment de l'examen, ces granulations cohérentes et ces bourrelets de tissu lymphoïde sont pâles, un peu jaunâtres, souvent lisses, d'apparence gélatiniforme et translucide. En pareil cas, les amygdales sont, elles aussi, augmentées de volume (hypertrophie molle); la tonsille pharyngienne est très hypertrophiée et le nez obstrué. Il s'agit de la *pharyngite folliculaire hypertrophique diffuse de l'enfance*, et les lésions du pharynx buccal n'ont qu'une très médiocre importance en comparaison de celles des amygdales palatines et surtout de la tonsille rétro-nasale. Héryng<sup>(1)</sup> donne à cette forme le nom de « pharyngite scrofuleuse folliculaire », que je crois beaucoup trop précis pour être applicable à tous les cas, si l'on

(1) HERYNG, De la pharyngite chronique; *Revue de laryngologie*, 1882.