

pense comme lui que l'aspect des lésions suffit toujours à le justifier. Il est vrai que cette variété infantile est plus commune chez les strumeux et les lymphatiques, et qu'elle ne se développe guère d'emblée, progressivement, à la suite de poussées répétées si légères qu'elles passent inaperçues, que chez ces sujets. Mais on peut aussi la voir atteindre, à la suite de certaines maladies générales spécifiques (la rougeole et la coqueluche entre autres), des enfants qui avant leur maladie ne présentaient aucun des attributs du tempérament lymphatique ni aucune tare héréditaire. Ces pharyngites hypertrophiques diffuses secondaires, comme celles qui sont consécutives à la scarlatine ou à la diphtérie pharyngo-nasale, prennent cependant beaucoup plus souvent que les premières une forme nettement inflammatoire, catarrhale, avec rougeur des parties, exagération et altération des sécrétions, etc.

En dehors de ces variétés où les lésions du pharynx buccal ne jouent qu'un rôle accessoire, on peut observer assez souvent, chez des enfants exempts de toute diathèse, des pharyngites folliculaires hypertrophiques très accentuées, presque toujours associées à une augmentation de volume des amygdales, mais sans coexistence de tumeurs adénoïdes et d'obstruction nasale, et, au moins en apparence, de troubles bien appréciables des fonctions des glandes mucipares. Cet état se voit souvent à la suite des angines diphtériques localisées à la cavité bucco-pharyngienne. Il est encore très fréquemment associé à l'*amygdalite chronique paroxystique* conduisant à l'hypertrophie dure des amygdales qui sont d'ordinaire, en ce cas, d'un rouge sombre, ainsi que les granulations du pharynx. Cette coloration du tissu adénoïde est assez accentuée pour trancher sur celle de la muqueuse voisine, malgré la rougeur diffuse de cette dernière. Dans cette dernière variété, qu'on observe le plus souvent dans les dernières années de la seconde enfance et dans l'adolescence, l'aspect des lésions de la paroi pharyngée rappelle celui qu'il présente chez les adultes.

Chez ceux-ci, la rougeur et l'aspect le plus souvent dépoli des granulations isolées, parfois bordées par un réseau vasculaire un peu dilaté, font qu'elles se distinguent encore mieux des parties voisines plus pâles et plus lisses s'il n'y a pas de catarrhe diffus. Le bourrelet rétro-uvulaire manque souvent; le volume des bourrelets latéraux, très variable, est parfois considérable, et peut atteindre ou dépasser celui d'un crayon, et même du petit doigt. Ils peuvent adhérer aux piliers postérieurs, dont la muqueuse est alors le plus souvent dépolie, rouge et épaissie. La saillie de ces bourrelets latéraux est exagérée lorsque la pression de l'abaisse-langue amène une élévation du voile et une contraction pharyngée réflexe, et ils prennent alors un aspect justifiant très bien la dénomination de *faux piliers*, qui leur est souvent appliquée. Bien que la prédominance des lésions sur les régions latérales de la paroi pharyngée soit un fait important en raison des symptômes qui en dépendent, je ne pense pas qu'on soit autorisé à considérer les cas de ce genre comme dépendant d'une forme distincte de la maladie, désignée par Schmidt, Heryng et d'autres auteurs, sous le nom de *pharyngite latérale*. D'ailleurs, Heryng lui-même a établi que dans certaines angines chroniques diffuses où l'on peut aussi constater la présence de « faux piliers » l'hypertrophie des régions latérales de la paroi pharyngée, au lieu d'être bornée au tissu lymphoïde comme dans la variété que nous étudions ici, porte en pareil cas sur tous les éléments de la muqueuse. Il faudrait donc, à l'exemple de cet auteur, admettre plusieurs variétés de « pharyngite latérale ». Mais celles-ci étant parallèles à diverses variétés d'angines chroniques et relevant de

chacune d'elles, il n'y a dès lors aucune utilité à les séparer de ces dernières.

Les lésions du pharynx nasal, des fosses nasales, des amygdales palatines et linguales sont inconstantes et variables; mais le plus souvent la perméabilité nasale est insuffisante. Lorsqu'il existe du catarrhe diffus de la paroi pharyngée, celle-ci, au lieu de présenter, en dehors des points où siègent les grosses granulations et les bourrelets de tissu adénoïde, un aspect rosé et lisse ou un peu velouté, se hérisse de granulations plus petites et prend une apparence chagrinée, et se recouvre parfois en quelques places de mucosités opalines formant des enduits plus ou moins étendus, faiblement adhérents à la surface sous-jacente. Nous retrouverons cet aspect associé à une apparence analogue du voile palatin et de la luette en étudiant l'angine catarrhale chronique diffuse.

Troubles fonctionnels. — Les symptômes directement imputables à l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx buccal sont à peu près nuls chez la grande majorité des malades. On ne voit apparaître de troubles fonctionnels qu'au moment des poussées aiguës ou subaiguës de pharyngite catarrhale; et il ne s'établit de troubles permanents que lorsque le catarrhe récidivant finit par s'installer avec quelque intensité à l'état chronique. Les symptômes les plus importants relevant de ce chef sont dus à la propagation du catarrhe à l'oreille moyenne ou au larynx. Jusque-là, les ennuis que l'affection cause aux malades sont dus surtout à la vulnérabilité pharyngienne exagérée qu'elle entraîne chez un grand nombre d'entre eux. Elle les réduit alors à la nécessité de précautions constantes sans lesquelles ils sont constamment exposés à des poussées inflammatoires, les oblige à éviter tout particulièrement les refroidissements même les plus légers, à fuir le vent, la poussière, etc.; elle les empêche de fumer, de faire usage de mets tant soit peu épicés, etc.

Chez quelques malades, la présence de faux piliers volumineux (qui lors des poussées subaiguës exagère toujours la douleur à la déglutition et souvent est cause qu'elle se propage à l'oreille) amène l'apparition d'une toux pharyngée rebelle et pénible. Tantôt c'est une toux quinteuse survenant par accès et surtout le matin ou le soir, tantôt et plus souvent c'est une toux analogue à la toux amygdalienne, cessant la nuit et pendant les repas, mais fréquente et parfois presque continue le reste du temps, et caractérisée par des secousses isolées présentant le caractère éructant particulier qui les fait désigner sous le nom de *raclements*.

C'est surtout chez les personnes que leur profession oblige à un usage constant et prolongé de la voix parlée ou chantée, que les faux piliers deviennent une source de symptômes pénibles. Soit qu'ils adhèrent à la muqueuse épaissie des piliers postérieurs du voile, ou que par leur volume ils repoussent ou compriment ceux-ci, il en résulte, comme dans le cas d'adhérences ou de compression amygdalienne, de la gêne des mouvements du muscle staphylo-pharyngien qui, par son faisceau staphylo-thyroïdien, est un des muscles extrinsèques du larynx contribuant à la phonation. Les troubles vocaux dont j'ai parlé à l'occasion des amygdalites chroniques pourront apparaître, et l'exercice de la voix pourra même être douloureux et suivi de sensations persistantes de gêne et d'embarras du pharynx.

Les symptômes locaux, auriculaires et laryngiens, relevant du catarrhe chronique du pharynx et de sa propagation aux régions voisines, seront plus avanta-

geusement étudiés à propos de l'angine catarrhale chronique diffuse dont l'histoire est exposée plus loin.

Formes cliniques, marche et pronostic. — Si l'on n'a en vue que les cas, fréquents chez les adultes, où l'affection ne coïncide ni avec de l'amygdalite chronique (palatine, pharyngée ou linguale), ni avec une pharyngite catarrhale diffuse marquée, on peut, en prenant en considération la marche qu'elle suit, distinguer deux formes cliniques de pharyngite folliculaire hypertrophique : 1^o la forme *paroxystique*, et 2^o la forme *continue*.

La première forme procède par poussées catarrhales subaiguës, souvent légères et réduites à de simples poussées congestives, mais survenant sous l'influence des causes les plus légères et les plus banales. Elle finit le plus souvent par se compliquer d'un catarrhe diffus plus ou moins intense qui persiste à l'état chronique dans l'intervalle des poussées subaiguës, au lieu de disparaître alors plus ou moins complètement comme auparavant. Par les désagréments qu'elle cause au malade et les fâcheuses conséquences qu'elle peut entraîner à sa suite, cette forme est la plus sérieuse.

La seconde est infiniment plus bénigne; et même, dans les cas les plus favorables, les lésions peuvent se maintenir stationnaires presque indéfiniment sans que jamais le malade en souffre. Dans d'autres cas, elles peuvent progresser lentement sous l'influence des irritations locales (respiration buccale, usage du tabac à fumer, etc.) sans que le sujet qui les porte en soit incommodé et s'inquiète de leur présence jusqu'à ce qu'à un moment donné des influences intrinsèques (ménopause, troubles digestifs, etc.) ou extrinsèques (nécessités professionnelles, changement de climat ou de genre de vie, etc.) viennent à modifier la marche de l'affection. Cette forme bénigne n'en est pas moins fâcheuse chez les chanteurs, orateurs ou professeurs, à cause des troubles vocaux qu'elle est capable de déterminer chez eux : il n'est pas rare en pareil cas que ces malades, ne souffrant nullement de la gorge, attribuent les symptômes dont ils se plaignent à une inflammation localisée du larynx.

L'hypertrophie du tissu lymphoïde de la gorge, après une période d'accroissement et une période stationnaire de durée variable, mais dont la seconde est le plus souvent très longue (10, 20 ans et plus), entre dans une période de régression et finit par disparaître. Il n'est pas rare de voir, pendant la période d'état de l'affection, certaines granulations diminuer de volume, puis s'effacer, en même temps qu'en d'autres points il en apparaît de nouvelles. Mais, à un moment donné, lorsque le sujet avance en âge, elles disparaissent les unes après les autres et ne sont plus remplacées : après 55 ou 60 ans, leur constatation devient presque une rareté.

Le pronostic de la pharyngite folliculaire hypertrophique varie suivant l'âge du sujet, la marche qu'elle affecte, la profession du malade, les lésions des régions voisines, les causes diverses qui peuvent l'entretenir. Plus que médiocre autrefois au point de vue des chances de guérison, lorsqu'on considérait l'affection comme une expression de la « diathèse herpétique » et qu'on ne lui opposait guère que des moyens médicaux, des médications hydro-minérales, des topiques locaux insuffisants, il est devenu bien meilleur aujourd'hui : dans la très grande majorité des cas, pour peu que le malade ait quelque patience et s'astreigne à un traitement méthodique approprié, il peut espérer une guérison complète et durable.

Diagnostic. — Le diagnostic n'offre aucune difficulté; mais il faut craindre de le poser à la légère, et prendre garde de ne considérer comme pathologiques que les granulations volumineuses présentant des traces manifestes d'inflammation. De plus, avant de leur attribuer les symptômes dont se plaint le malade, il faut examiner complètement le pharynx nasal et les fosses nasales, ainsi que les amygdales, le larynx et les régions voisines, afin de s'assurer que ces parties ou quelques-unes d'entre elles ne sont pas atteintes de lésions plus importantes et capables de déterminer les troubles fonctionnels dont il s'agit. Enfin, l'on ne devra pas oublier que les nerveux, les hystériques, les neurasthéniques, sont souvent atteints de *paresthésies* gutturales; et souvent, grâce à un interrogatoire bien conduit et une exploration clinique complète, on évitera d'attribuer à tort à des lésions banales des troubles fonctionnels d'origine névropathique. Toutes les causes d'erreur étant autant que possible écartées, on devra rechercher les causes qui entretiennent l'affection : imperméabilité et catarrhe des voies nasales, troubles digestifs, troubles menstruels, abus du tabac, etc., et s'informer de la marche suivie par la pharyngite, afin de déduire de tous ces renseignements des indications thérapeutiques.

Étiologie, anatomie pathologique et traitement. — L'étude des causes spéciales de cette forme de pharyngite, des lésions histologiques, et de la thérapeutique dont elles sont justiciables, sera exposée plus loin à propos de l'angine chronique diffuse.

III

ANGINES CHRONIQUES DIFFUSES

Définition et classification. — La dénomination d'*angines chroniques diffuses* s'applique aux inflammations chroniques de l'arrière-gorge frappant avec une égale intensité la paroi postérieure du pharynx buccal et le voile du palais avec ses piliers et la luette.

Lasègue (1) a insisté, avec juste raison, sur la nécessité de les considérer comme une espèce distincte de l'angine circonscrite à la paroi postérieure du pharynx (pharyngite folliculaire hypertrophique), dont il a laissé une description très remarquable pour l'époque (1868) où elle a paru. Bien que les végétations adénoïdes fussent encore inconnues au moment où il écrivait, il a été le premier à reconnaître et à faire remarquer que chez les enfants l'affection frappait tout d'abord et surtout le pharynx nasal en s'accompagnant de coryza chronique et d'imperméabilité nasale avec troubles fréquents de l'audition; il a indiqué très explicitement l'influence de cette obstruction du nez sur la physionomie de l'enfant (bouche ouverte, air étonné, etc.), insisté sur les caractères différents que présente l'affection chez les adultes, les laryngites qu'elle provoque de préférence chez ces derniers, etc. Mais, en étudiant à part l'inflammation chronique généralisée du pharynx buccal et du voile, Lasègue, il faut bien le reconnaître, a été beaucoup moins heureux, et la description qu'il en a faite sous la rubrique d'« angine catarrhale chronique diffuse » est loin de valoir l'autre. En cher-

(1) LASÈGUE, *loc. cit.*