

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.*

chant à indiquer ce qu'on observe dans la majorité des cas, il n'a pu tracer qu'un tableau clinique manquant à la fois de précision, de relief et de netteté. En réalité, on ne peut prétendre à débrouiller un peu le chaos où sont confondues les diverses variétés d'angines chroniques diffuses qu'en cherchant à détacher de ce groupe confus quelques-unes d'entre elles, dont les caractères soient assez bien accusés pour répondre exactement à quelques cas cliniques typiques. C'est ce que j'ai tenté de faire en étudiant l'hypertrophie des amygdales; et c'est encore ce que j'essayerai de recommencer ici, en laissant de côté les formes mixtes, bâtardes, indistinctes, présentant dans chaque cas particulier des différences qu'elles doivent surtout aux lésions voisines associées, pour m'attacher à décrire deux formes cliniques de l'angine chronique diffuse de l'adulte, dont non seulement les caractères objectifs et les symptômes, mais encore l'étiologie et le pronostic, me paraissent assez distincts pour assurer à chacune d'elles une indiscutable autonomie.

Dans la première variété, à laquelle je réserverai le nom d'*angine catarrhale chronique diffuse*, les lésions portent surtout sur les glandes mucipares de la muqueuse, qu'elles envahissent de proche en proche; les altérations de la structure des glandes et les troubles sécrétoires qui en dérivent sont le fait primordial dont les lésions des autres éléments constitutifs de la muqueuse, et en particulier celles du tissu lymphoïde qui peuvent être très marquées, ne sont qu'une conséquence secondaire.

Dans la seconde au contraire, que j'appellerai *angine interstitielle chronique diffuse*, les troubles sécrétoires sont peu accusés, l'hypertrophie du tissu lymphoïde est inconstante ou du moins très variable, et les lésions dominent au niveau des éléments conjonctifs de la muqueuse, de la couche sous-muqueuse, et des vaisseaux. Ici, l'élément catarrhal cède le pas à l'élément congestif, et la tuméfaction d'abord, l'épaississement hypertrophique ensuite, portent sur toute la trame de la muqueuse gutturale.

§ 1. — ANGINE CATARRHALE CHRONIQUE DIFFUSE

Symptomatologie. — Signes physiques et caractères objectifs. — L'aspect de la gorge est caractéristique : la paroi postérieure du pharynx, d'un rouge uniforme, est hérissée de saillies cohérentes, presque confluentes, de différents volumes : les plus grosses sont constituées par des granulations dont le volume est dû à l'abondance du tissu adénoïde hypertrophié; les autres, extrêmement nombreuses, sont surtout constituées par les glandes mucipares hypertrophiées et par leur canal excréteur distendu par le mucus, et ce dernier qui déborde au niveau de leur orifice. Le voile du palais et les piliers présentent la même coloration que la paroi postérieure pharyngée, et sa rougeur ne diminue qu'aux approches de la limite postérieure de la voûte palatine, où elle disparaît. Ils sont criblés aussi de petites aspérités glandulaires, mais on n'y voit que rarement des saillies plus volumineuses analogues aux granulations adénoïdes du pharynx. En pareil cas, si l'on explore ces saillies avec la pointe du stylet, on les trouve souvent pédiculées et l'on se rend compte que ce sont des papillomes à surface lisse. La luette présente à sa surface le même aspect que le voile; sa forme est souvent altérée; elle est parfois un peu et irrégulièrement épaissie avec une extrémité pointue, souvent elle est seulement allongée, et se présente sous forme d'une languette dont l'extrémité, formée par l'adossement des cou-

ches antérieure et postérieure de la muqueuse relâchée, est effilée, presque translucide, et se replie facilement sur elle-même, soit au moment où l'on abaisse la langue pour l'examen de la gorge, soit pendant cet examen lorsque le voile se meut. Pour voir la vraie forme de la luette, il faut alors la lui rendre en rabattant son extrémité avec un stylet⁽¹⁾.

Il est facile de se convaincre que l'apparence chagrinée du pharynx et surtout du voile est due en partie aux saillies que le mucus transparent forme en débordant des orifices glandulaires : il suffit, en effet, de passer sur la muqueuse un tampon de coton hydrophile sec pour modifier son aspect et ramener sa surface à un état beaucoup plus lisse qu'auparavant, en même temps qu'on recueille sur le tampon un amas de mucus filant et visqueux dont souvent on n'eût pas soupçonné l'abondance.

L'aspect des amygdales est variable : elles peuvent être de moyen volume et présenter du catarrhe superficiel ou de l'amygdalite lacunaire; elles peuvent être tout à fait atrophiées, et réduites, soit à une cupule dont les bords débordent les piliers, soit à une petite plaque cachée entièrement dans le fond de la loge.

La rhinoscopie postérieure fait reconnaître que la région de l'amygdale pharyngée est rouge, tomenteuse, framboisée; souvent la tonsille, atrophiée, a perdu sa forme et n'a pas conservé d'épaisseur bien appréciable, mais toute sa région est le siège d'un catarrhe donnant lieu à une sécrétion muco-purulente d'abondance variable. Une nappe de mucus descendant plus ou moins bas recouvre la paroi postérieure du pharynx nasal; et les régions latérales de ce dernier sont aussi, elles, en partie cachées par des amas de mucosités filantes, recouvrant une muqueuse rouge et d'aspect dépoli. Les extrémités postérieures des cornets sont tuméfiées ou hypertrophiées, et la rhinoscopie antérieure montre que ces lésions s'étendent à toute la pituitaire. La face postérieure du voile du palais présente un aspect dépoli et tomenteux, avec une coloration rouge terne, tranchant avec la couleur grisâtre des extrémités postérieures des cornets.

L'examen laryngoscopique permet de voir que le larynx est rarement intact. Parfois il n'est le siège que d'un léger catarrhe chronique simple; parfois les cordes vocales sont rouges, épaissies, tomenteuses, ou granuleuses (laryngite granuleuse de certains auteurs).

Troubles fonctionnels. — Les symptômes dont se plaignent les malades sont plus souvent dus aux lésions des parties voisines du pharynx qu'à celles du pharynx lui-même. Parmi eux, les troubles auriculaires (bourdonnements, vertige, surdité) tiennent le premier rang. Ils sont dus à la propagation du catarrhe pharyngo-nasal à la trompe d'Eustache et à la caisse du tympan. Bien des malades ne se décident à consulter le médecin qu'au début des troubles de l'audition, alors qu'auparavant ils ne se préoccupaient pas de leur gorge. A part un peu de sensibilité au froid, à la chaleur sèche, à la fumée de tabac, ils n'en souffraient guère, et étaient plutôt gênés par l'obstruction nasale, qui les forçait à dormir la bouche ouverte, était surtout accusée le matin, et causait un enchifrènement perpétuel. Beaucoup d'autres, surtout ceux qui font de leur

(1) Ce mode d'exploration, pratiqué systématiquement chez tous les gens dont on examine la gorge, permet de se rendre compte de la fréquence, infiniment plus grande qu'on ne pourrait le croire, de la bifidité de la luette.