

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<sup>(1)</sup>.

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.



voix un usage professionnel, consultent le médecin pour des troubles vocaux. D'autres se plaignent de *racler*, soit le matin surtout, soit constamment, et d'être gênés par des mucosités adhérentes; quelques-uns toussent, mais cette toux, lorsque réellement elle a la gorge pour origine, est plus souvent causée par des lésions des amygdales que par celles du pharynx, à moins que l'élongation de la luette soit considérable. Les céphalalgies, et surtout la douleur de la nuque, sont fréquentes.

**Étiologie, marche et pronostic.** — L'angine catarrhale chronique diffuse n'atteint guère sa période d'état que de dix-huit à vingt-cinq ans; et son étiologie se confond avec celle de la pharyngite folliculaire. La majorité des individus qui en sont atteints ont eu antérieurement de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée; et l'affection, après avoir gagné le pharynx buccal, s'est propagée au voile du palais où l'obstruction du nez et la respiration buccale l'ont entretenue et développée.

Sa marche est continue, et, chez un certain nombre de sujets, coupée de poussées subaiguës; sa durée est extrêmement longue. A un moment donné, cependant, les glandes mucipares de plus en plus altérées finissent par s'atrophier les unes après les autres; les granulations tendent à disparaître et la muqueuse s'amincit. Chez les vieillards, la gorge finit par présenter un tout autre aspect: la paroi postérieure prend un aspect blanchâtre, surtout par places (plaques laiteuses); le voile du palais devient moins chagriné et moins rouge; la luette s'épaissit un peu et sa muqueuse se sclérose. Des varicosités se voient sur les piliers, surtout le pilier postérieur, et sur la paroi postérieure du pharynx.

Le pronostic de cette affection emprunte sa gravité à la fréquence des lésions auriculaires chez les sujets qui en sont atteints. Pour peu qu'elles soient un peu anciennes, leur guérison devient plus que problématique, et leur traitement ne donne bien souvent que des améliorations passagères. Les lésions du larynx sont moins tenaces, et si elles ne datent pas de trop loin, on peut espérer les voir céder à un traitement rationnel, après que celles des fosses nasales et du pharynx ont été soignées méthodiquement.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions du voile du palais ont à peine été étudiées, et celles du pharynx nasal ont été indiquées précédemment à propos du catarrhe de l'amygdale pharyngée. Celles du pharynx buccal, qui seront exposées ici, siègent au niveau du tissu adénoïde, des glandes mucipares, et de la trame conjonctive de la muqueuse.

Guéneau de Mussy<sup>(1)</sup>, dès 1857, avait fait remarquer que, vers le centre des grosses granulations isolées, il existe le plus souvent un orifice. MM. Cornil et Ranvier<sup>(2)</sup> ont constaté que celui-ci ne manque jamais, mais que souvent ses dimensions s'opposent à ce qu'on puisse le voir sans le secours du microscope.

Sur une coupe de la muqueuse au niveau d'une granulation, on reconnaît que le revêtement épithélial est épaissi, ainsi que le corps papillaire et souvent le chorion, qui est alors plus ou moins infiltré de globules blancs. Le relief de la granulation, si celle-ci est petite, est souvent constitué par un seul follicule

(1) GUÉNEAU DE MUSSY, Ouvrage cité.

(2) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*.

lymphatique hypertrophié. Le conduit excréteur de la glande acineuse sous-jacente s'ouvre alors, soit à côté de lui, soit sur sa surface même, après avoir traversé son épaisseur (Cornil et Ranvier). Les grosses granulations sont formées par la réunion de plusieurs follicules lymphatiques très tuméfiés, entre lesquels passent les conduits excréteurs des glandes acineuses. Au centre de la granulation, où s'ouvre ce conduit, on reconnaît qu'il est élargi, et que les cellules épithéliales y sont altérées. L'épithélium de revêtement voisin peut aussi être altéré ou desquamé, et même on peut trouver du muco-pus au niveau de l'orifice et une érosion ou une très petite ulcération superficielle autour de lui. Au niveau des bourrelets latéraux (faux piliers) on trouve souvent, autour des conduits excréteurs glandulaires, un réticulum assez lâche rempli de cellules rondes; et, autour de cette couche de tissu adénoïde, des follicules clos très hypertrophiés.

La régression peut se faire par diminution des cellules rondes et remplacement du réticulum par des fibres conjonctives se réunissant en faisceaux plus ou moins denses, dans les points infiltrés; ou par épaississement fibreux du tissu conjonctif limitant les follicules, et diminution consécutive du volume de ces derniers, au niveau des granulations isolées. Après la régression, les glandes peuvent continuer à fonctionner malgré quelques altérations persistantes.

Mais lorsque les lésions persistent, et qu'elles ont duré un long espace de temps, il se produit successivement, dans les différents points du pharynx et tout d'abord dans ceux où l'inflammation est la plus ancienne ou a présenté le plus d'intensité, une atrophie complète frappant à la fois les follicules clos et les glandes acineuses. Celles-ci peuvent présenter des dilatations kystiques formées aux dépens des acini ou des conduits glandulaires (Cornil et Ranvier), on y trouve parfois de petites concrétions calcaires.

La muqueuse, d'abord épaissie non seulement par l'hypertrophie des follicules clos et des glandes acineuses, mais encore par celle du tissu conjonctif voisin, finit par s'amincir par places et présenter un aspect blanc laiteux presque cicatriciel.

Les vaisseaux sont le plus souvent dilatés; et les veines, surtout, le sont parfois assez pour former de véritables varices.

**Traitement.** — Avant de commencer le traitement local de l'angine catarrhale diffuse, ou celui de la pharyngite folliculaire, il est indispensable de faire disparaître les lésions des fosses nasales et celles du pharynx nasal. Sinon, le traitement de celles du pharynx buccal ne donnera que des résultats incomplets et temporaires. La perméabilité nasale une fois rétablie, et le pharynx nasal curetté et remis en état, on devra soigner les amygdales si elles sont malades, exciser une partie de la luette s'il y a lieu, mais ne s'occuper des granulations adénoïdes hypertrophiées qu'après avoir fait disparaître les lésions catarrhales diffuses de la muqueuse du pharynx buccal.

Je crois<sup>(1)</sup> que le meilleur moyen d'obtenir ce résultat est d'appliquer sur les régions malades une solution aqueuse iodo-iodurée forte (iode 1, iodure de potassium 1, eau distillée 4 à 5), à l'aide d'une brosse de peintre à poils durs et coupés courts. Après anesthésie cocaïnique de la muqueuse préalablement

(1) Sur une méthode de traitement de l'angine granuleuse. *Arch. de laryngologie*, 1889, p. 195.



nettoyée et débarrassée du mucus qui la couvre à l'aide d'un tampon de ouate imbibé d'une solution de bicarbonate de soude, on frotte énergiquement les surfaces malades avec la brosse imbibée de la solution iodée, de façon à enlever l'épithélium et à faire pénétrer le topique jusqu'aux acini glandulaires. On prend soin de commencer par la paroi postérieure du pharynx, à la première séance, et de ne toucher au voile et aux piliers qu'après une semaine. Ces dernières parties doivent être moins énergiquement frottées que le pharynx. La douleur, nulle au moment de l'opération grâce à la cocaïne, s'éveille peu à peu et est assez marquée pendant quelques heures. On la modère à l'aide de gargarismes froids avec une solution aqueuse d'acide phénique à 1/2 pour 100, ou au besoin en faisant sucer des morceaux de glace. Le lendemain, les parties frottées se sont recouvertes d'une épaisse fausse membrane blanchâtre, qui tombe du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour; la douleur ne dure pas au delà de 24 à 36 heures au plus, chez la très grande majorité des sujets. Il est prudent d'exiger du malade qu'il garde la chambre jusqu'à ce que l'exsudation pseudo-membraneuse se soit produite et ait constitué un revêtement protégeant les parties préalablement érodées.

Quelques séances, répétées à 8 ou 10 jours d'intervalle, permettent, lorsque le traitement a été entrepris pendant la période d'état de l'affection, de ramener le pharynx à son apparence normale. Il suffira, pour achever la guérison, de simples badigeonnages pratiqués avec la même solution tous les 3 ou 4 jours pendant quelques semaines.

Lorsque le tissu adénoïde du pharynx buccal est très hypertrophié, la disparition du catarrhe n'amène à son niveau qu'une diminution de volume insuffisante; et dans ce cas, comme lorsqu'on a affaire à une pharyngite folliculaire hypertrophique ne coïncidant pas avec des signes de catarrhe bien marqués, il est avantageux de recourir à la cautérisation ignée localisée pour détruire les tissus exubérants. Pour cette opération, que je ne saurais décrire ici en détail, l'instrument de choix est le galvano-cautère; mais, à défaut de cet instrument, on peut utiliser le thermo-cautère de Paquelin, et notamment le modèle perfectionné qu'il a fait récemment connaître.

Les poussées subaiguës doivent être traitées par les gargarismes alcalins tièdes (chlorate de soude surtout) et les précautions hygiéniques indiquées. Le benzoate de soude à l'intérieur, en potion, à la dose de 6 à 8 grammes par jour (1 gramme à la fois à intervalles réguliers) amène chez certains malades une amélioration immédiate, mais chez d'autres il est absolument inefficace; et il est mal supporté par la plupart des dyspeptiques.

## § 2. — ANGINE INTERSTITIELLE CHRONIQUE DIFFUSE

**Symptomatologie.** — **Signes physiques et caractères objectifs.** — La gorge, au lieu de présenter l'aspect granuleux et chagriné qu'elle a dans la variété précédente, est lisse, polie, luisante, et ne présente de saillies qu'au niveau de la paroi postérieure du pharynx sur laquelle se détachent, en rouge sombre, quelques granulations adénoïdes isolées et parfois des faux piliers à aspect lisse et fusiforme. Sauf chez les gens déjà avancés en âge, la muqueuse pharyngée, dans l'intervalle des granulations, est d'un rouge presque aussi foncé que ces dernières. Le voile du palais près de son bord libre, les piliers et la luette, présentent la même coloration, souvent plus accentuée encore. Le pharynx semble plus petit que d'ordinaire: en effet, les piliers sont épaissis, le voile

est également, et fréquemment il paraît légèrement œdémateux, ainsi que la luette, toujours grosse, souvent longue, présentant une extrémité arrondie ou parfois renflée en massue. Au niveau des piliers du voile, surtout du postérieur, et sur les parties latérales de la voie pharyngée, on voit le plus souvent serpenter quelques vaisseaux volumineux et variqueux.

L'amygdale pharyngée est presque toujours atrophiée, et la région qu'elle occupe est d'une couleur rouge vif; mais il est assez fréquent de voir au-dessous de la protubérance de l'atlas une mince nappe de mucus opalin, en forme de bande traversant toute la largeur de la paroi pharyngée et descendant jusque vers le bord libre du voile palatin.

La muqueuse des fosses nasales est constamment congestionnée et tuméfiée, soit par intermittences, soit d'une façon continue si, à la réplétion sanguine des sinus vasculaires de la couche profonde, se joint une hypertrophie des couches sus-jacentes.

**Symptômes et marche.** — Cette variété est presque toujours indolente. Les malades supportent mal l'examen, et l'abaisse-langue provoque souvent chez eux des réflexes exagérés, mais leur gorge ne les gêne pas d'ordinaire; ils ne songent pas à s'en plaindre; et, à part quelques mucosités naso-pharyngiennes dont ils ont parfois un peu de peine à se débarrasser, ils n'en souffrent en aucune façon. S'ils demandent des soins, c'est parce qu'ils ronflent et en accusent leur luette trop longue, parce qu'ils ont eu quelque temps auparavant un coryza qui s'est prolongé et a laissé le nez tout à fait bouché, ou s'est propagé à la trompe d'Eustache en causant des troubles de l'audition. Quelques-uns disent qu'ils ne souffrent pas d'ordinaire, mais qu'ils sont gênés de temps en temps.

En effet, certaines personnes atteintes de cette affection souffrent de temps à autre de poussées subaiguës, généralement assez pénibles et durant plusieurs jours. Ces poussées peuvent dans certains cas être assez légères pour passer tout à fait inaperçues, ou encore ne se répéter qu'à très longs intervalles; d'autres individus y sont plus sujets; mais, en règle générale, ces recrudescences inflammatoires sont moins fréquentes que dans la forme précédente, et les phénomènes congestifs y sont toujours plus accusés que le catarrhe proprement dit. Elles se présentent sous deux formes différentes, et presque constamment elles se reproduisent sous la même forme chez chaque sujet.

Tantôt il s'agit d'une poussée de coryza subaigu, avec sécrétions naso-pharyngiennes abondantes, tuméfaction congestive considérable de la pituitaire, sécrétions nasales muco-purulentes, épaisses, adhérentes, imperméabilité nasale plus ou moins absolue; céphalalgie, bourdonnements d'oreilles ou surdité; douleur à la nuque. Lorsqu'il existe de faux piliers, l'inflammation peut s'y propager par le pli salpingo-pharyngien; ils se tuméfient, rougissent, et la déglutition devient douloureuse.

Tantôt au contraire l'inflammation respecte le pharynx ou ne le touche guère qu'au niveau des faux piliers s'ils existent, et elle domine au niveau de l'isthme guttural. Les piliers sont rouges et tuméfiés, ainsi que le voile et la luette, qui devient œdémateuse. Il y a une douleur variable à la déglutition, une sensation d'ardeur de la gorge plus ou moins pénible; mais cependant, dans la majorité des cas, la gêne est bien moindre que dans les conditions précédentes.

Cette variété d'angine chronique débute insidieusement, s'installe en sui-