

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^e au 6^e 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-

vant une marche lente, progressive, continue, et dure ensuite presque indéfiniment. Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme. Rare avant la trentième année, elle s'observe surtout chez des sujets de 35 à 50 ans et plus.

Les grands fumeurs, les grands buveurs et surtout ceux qui sont atteints de gastrite chronique, les constipés, les hémorroïdaires, y sont surtout sujets; mais ces causes déterminantes sont infiniment plus puissantes chez certains prédisposés. Ce sont les goutteux d'abord, les rhumatisants ensuite, et les autres individus appartenant à la grande famille des arthritiques (sujets souffrant de gravelle urique, de lithiase biliaire, migraineux, certains dyspeptiques avec hyperchlorhydrie, certains diabétiques). Chez les goutteux qui en sont atteints, il est remarquable que l'apparition d'un accès de goutte articulaire est presque instantanément suivie d'une amélioration considérable de l'état de la gorge et des fosses nasales, avec disparition totale de la congestion chronique dont ces régions sont le siège : l'accès de goutte une fois guéri, la tuméfaction congestive nasale et pharyngée reparaît bientôt. Chez ces malades, chez certains rhumatisants et autres, l'affection présente parfois des périodes d'exacerbation de longue durée, qu'une fluxion hémorroïdaire, ou même une diarrhée provoquée par l'administration d'un drastique, suffit quelquefois à faire disparaître presque instantanément.

Aussi certains auteurs n'ont-ils pas hésité à considérer cette variété d'angine chronique, ou du moins des variétés s'en rapprochant beaucoup si l'on s'en rapporte aux descriptions qu'ils en ont données, comme une manifestation de la goutte, du rhumatisme, ou plus généralement de la diathèse arthritique. Mais s'il n'est pas douteux que les arthritiques soient prédisposés à cette variété d'angine, et que celle-ci, chez les goutteux surtout, puisse alterner avec des fluxions articulaires, il n'est pas moins certain qu'elle puisse se développer chez des individus ne présentant aucune manifestation diathésique ni aucune tare héréditaire, et que la congestion qui l'accompagne puisse encore, en pareil cas, momentanément disparaître à la suite d'une réaction nerveuse (traumatisme, etc.). Il est établi, sans que le moindre doute puisse s'élever à ce sujet, que l'angine chronique diffuse, lorsqu'elle se développe chez un arthritique, prend, infiniment plus souvent que la forme catarrhale, la forme interstitielle, mais l'observation ne nous enseigne rien de plus sur les rapports de cette variété d'angine et de la diathèse en question. De là à conclure que la première est une manifestation de celle-ci, et qu'elle doit être considérée comme une angine diathésique et spécifique, il y a une distance que je ne me sens pas autorisé à franchir. En étudiant les angines aiguës, j'ai décrit « l'angine rhumatismale sans rhumatisme des auteurs » comme une variété d'angine simple, parce que jusqu'ici sa nature rhumatismale n'est en aucune façon démontrée; je décris ici comme une variété d'angine simple, et pour les mêmes raisons, l'angine chronique à laquelle sont surtout sujets les goutteux, puis les rhumatisants et les autres diathésiques à nutrition ralentie, mais dont ils n'ont certes pas le monopole, puisque l'homme le mieux portant, issu des parents les plus sains, peut contracter, à la suite d'abus du tabac, de veilles, d'excès alcooliques, une angine chronique que rien ne différenciera de celle qui aura atteint un diathésique à la suite des mêmes causes.

Anatomie pathologique. — L'étude des lésions de cette variété d'angine

chronique est encore à faire : MM. Cornil et Ranvier⁽¹⁾, cependant, en étudiant des luettes hypertrophiées, ont constaté que cette hypertrophie était due à la sclérose de la muqueuse chroniquement enflammée. Celle-ci atteint une épaisseur considérable; elle est constituée par des faisceaux épais, hyalins, de tissu fibreux, séparés par des lits de cellules plates et de cellules lymphatiques. Les vaisseaux, bien que la structure de leurs parois démontre qu'ils appartiennent aux capillaires et aux plus petites artérioles et veinules, sont très nombreux et volumineux. Les papilles sont plus développées qu'à l'état normal.

Pronostic et traitement. — L'affection est extrêmement rebelle, et la plupart des moyens de traitement qu'on lui a opposés se sont montrés inefficaces. La première chose à faire est de rétablir la perméabilité nasale; mais on devra procéder avec prudence, chez les goutteux surtout, et n'user du galvanocautère qu'avec réserve, sous peine de voir survenir des réactions inflammatoires d'une intensité inattendue. De même pour le pharynx supérieur, où les manœuvres chirurgicales sont heureusement assez rarement indiquées. Les caustiques chimiques, les astringents, les solutions acides, sont mal supportés par la muqueuse de la gorge; et le seul topique qui vaille réellement la peine d'être essayé est l'iode, employé sous forme d'une solution iodo-iodurée aqueuse à 1 pour 15 ou 20 grammes d'eau additionnée de 1 gramme d'iodure de potassium, qu'on applique en simples badigeonnages. Mais il faut que ces pansements soient renouvelés tous les trois ou quatre jours au plus pendant plusieurs mois, un an et plus, presque sans interruption, pour donner des résultats favorables et durables.

Pendant les périodes d'exacerbation, le malade doit être soumis à une hygiène convenable : les inhalations de vapeur d'eau, les insufflations nasales de poudres antiseptiques renfermant une petite proportion de cocaïne, les bains de pieds sinapisés (sauf contre-indication), seront utilisés s'il s'agit de poussées subaiguës de catarrhe naso-pharyngien. Celles d'angine gutturale céderont rapidement à l'administration du benzoate de soude (6 à 8 gr.) ou du salol (4 gr.) à l'intérieur. L'aconit est parfois très utile en pareil cas.

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