

DE LA

PHARYNGITE CHRONIQUE

EN GÉNÉRAL

ET DE LA

PHARYNGITE LATÉRALE EN PARTICULIER

Par le Dr Th. HERING

*Médecin des Hôpitaux et membre de la Société Médicale
à Varsovie (Pologne).*

—•••••—

Extrait de la *Revue Mensuelle de Laryngologie
et d'Otologie.*

—•••••—

PARIS

A. DELAHAYE & LECROSNIER, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1882.



DE LA

PHARYNGITE CHRONIQUE

EN GÉNÉRAL

ET DE LA

PHARYNGITE LATÉRALE EN PARTICULIER

Par le Dr Th. HERING

*Médecin des Hôpitaux et membre de la Société Médicale
à Varsovie (Pologne).*

—••••—

Extrait de la *Revue Mensuelle de Laryngologie
et d'Otologie.*

—••••—

PARIS

A DELAHAYE & LECROSNIER, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1882.

139892 3240

WVB H581d 1882

Z-139525

Akc. zI. 2024 nr. 54

DE LA
PHARYNGITE CHRONIQUE

EN GÉNÉRAL ET DE LA

Pharyngite latérale en particulier

Malgré l'extrême fréquence des pharyngites chroniques causées et entretenues par l'abus du tabac, de l'alcool, ainsi que par la poussière, et, en général, par l'air vicié des grandes villes, l'anatomie pathologique de cette affection n'est que fort imparfaitement connue et son traitement ne présente nullement la précision désirable. La faute en est, non-seulement aux spécialistes, qui se bornent à un traitement purement local, mais aussi aux praticiens en général, qui tombent dans l'excès opposé. Négligeant toute action topique, ils prescrivent des eaux minérales ou des inhalations de liquides pulvérisés, quand l'application du galvano-cautère pourrait seule constituer un traitement efficace.

Il me sera facile de prouver combien ces deux méthodes, prises séparément, offrent peu de chance de réussite.

L'identité et la continuité de la muqueuse du pharynx avec celle qui tapisse la cavité naso-pharyngienne ont été jusqu'à présent trop peu prises en considération, et cette négligence est souvent la cause des résultats négatifs du traitement.

Quant à moi, une observation de plusieurs années, basée sur des recherches relativement nombreuses, m'autorise à établir qu'aucune maladie chronique de la gorge ne saurait être soignée, sans une explorations imul-

tanée du nez et du larynx, exploration avec laquelle on se familiarise facilement.

Avant de commencer la description des deux formes de pharyngites que je désire étudier dans ce travail, c'est-à-dire la *pharyngite granuleuse ou glanduleuse*, et la *pharyngite latérale hypertrophique*, j'essayerai de rappeler au lecteur certaines particularités histologiques de la muqueuse de l'arrière-bouche, dont la connaissance nous est indispensable.

La muqueuse du pharynx présente, suivant l'endroit où nous l'étudions, des différences de structure. Dans la cavité naso-pharyngienne, c'est-à-dire jusqu'au voile du palais, elle est tapissée d'un épithélium cylindrique recouvert de cils vibratils; cette partie est plus riche en vaisseaux et en glandes, et par conséquent plus épaisse que la muqueuse de la partie orale du pharynx qui est recouverte d'épithélium pavimenteux, lequel se transforme soit graduellement, soit d'emblée, en cellules ciliaires. La muqueuse du pharynx est moins riche en tissus adénoïdes qui tapissent surtout la partie supérieure de la voûte, les replis de Rosenmüller, l'orifice de la trompe d'Eustache, et la tonsille pharyngienne. Ce tissu adénoïde est formé de petits corpuscules arrondis et bien limités, qui constituent les follicules muqueux du pharynx, occupant les parties latérales de ce dernier. Souvent ils sont oblongs et placés à la suite les uns des autres; d'autres fois, ils affectent la forme ovale ou présentent des agglomérations en bourrelets ou en chapelets. Nous trouvons en outre, dans les parties latérales, un grand nombre de glandes muqueuses siégeant dans le tissu sous-muqueux, ou le voisinage du muscle constricteur supérieur du pharynx. Dans d'autres points de la muqueuse, c'est-à-dire vers la paroi postérieure, le nombre et la distribution des glandes à mucus, ainsi que des follicules, présentent de nombreuses variétés.

Ceci posé, nous comprendrons plus facilement l'intensité et la localisation des pharyngites chroniques.

Mackensie donne la définition suivante du catarrhe chronique du pharynx :

« Le catarrhe chronique du pharynx constitue une inflammation chronique des follicules, présentant deux variétés : la forme *hypertrophique* et la forme *exsudative*. La première, c'est-à-dire la forme hypertrophique, s'attaque surtout aux glandes ou aux tissus épithéliaux, qui viennent faire saillie sur la muqueuse en forme de granule ou d'excroissance. Dans la forme exsudative, les glandes sécrètent une liqueur blanchâtre et épaisse qui adhère à son lieu d'origine, ou s'épanche sur la muqueuse, en y formant de petits îlots blanchâtres et adhérents. Nous ne savons jusqu'à présent quels sont les rapports entre les deux formes nosologiques ; il est même possible qu'il n'en existe pas. »

Ces paroles de Mackensie prouvent combien l'anatomie pathologique de la pharyngite chronique est peu connue. La forme hypertrophique, c'est-à-dire la pharyngite granuleuse, a été plus étudiée. Quant à l'autre, pharyngite exsudative ou sèche, elle n'est que très imparfaitement décrite.

En 1880, M. Saalfeld, dans une étude de cette maladie, formula les conclusions suivantes :

Les granules et les rugosités qui dépassent le niveau de la muqueuse et atteignent quelquefois la grosseur d'un pois, présentent un aspect gélatiniforme, et sont habituellement entourés d'un réseau de vaisseaux sanguins congestionnés. La muqueuse qu'on voit poindre entre eux n'est que rarement hypertrophiée et quelquefois même atrophiée. En examinant ces excroissances sur le cadavre, nous pouvons facilement distinguer au sommet de chaque granule, une petite fente longitudinale, visible surtout sur les pièces préparées à l'alcool, Saalfeld prétend avoir été le premier à découvrir ce détail.

L'exploration microscopique prouve que l'orifice du canal excréteur des glandes muqueuses est entouré par une couche épaisse de tissu adénoïde boursoufflé ; cette couche s'infiltré quelquefois d'une façon homogène dans les tissus de la muqueuse, sans former des follicules ronds

ou oblongs ; d'autrefois, on trouve à côté de cette couche diffuse, des follicules engorgés, où le stroma du tissu réticulaire est plus condensé. Les orifices des glandules hypertrophiées constituent en même temps les ouvertures des glandes muqueuses. L'épithélium qui couvre ces excroissances s'atrophie plus ou moins, de manière à ne laisser quelquefois qu'une ou deux couches de cellules. Il arrive même qu'il disparaît complètement, et alors la granulation présente à sa superficie une perte de substance. Le fait a été d'ailleurs entrevu par Stoerk, qui y rattachait l'irritabilité de la muqueuse dépourvue de l'épithélium protecteur. Il est vrai que, d'autre part, la description de Stoerk ne s'accorde guère avec les détails que nous venons de donner ; il prétend que les granulations ou granules ne sont constitués que par des cellules épithéliales engorgées. Saalfeld explique cette différence de vues, en admettant que Stoerk avait examiné les granulations blanchâtres et plates qu'on voit souvent dans les parties saines du pharynx et de l'œsophage, et qui se composent surtout de cellules épithéliales.

Quant à la muqueuse, Saalfeld l'a trouvée peu altérée ainsi que les tissus sous-muqueux. Quelquefois cependant, elle était hypertrophiée et présentait cette analogie avec les altérations de la conjonctivite, que la quantité normale des follicules était augmentée. Il en est de même des corpuscules lymphatiques agglomérés autour des follicules ou dans le parenchyme de la muqueuse.

J'ai déjà indiqué que dans la pharyngite chronique les follicules boursoufflés apparaissent surtout dans les parties latérales du pharynx, c'est-à-dire derrière le pilier postérieur ; ils forment à ce niveau un bourrelet inégal ou des excroissances en crête de coq, ou bien encore affectent la forme d'un pli boursoufflé faisant saillie derrière les piliers du palais. Cette forme nosologique a attiré mon attention depuis assez longtemps, et les symptômes distincts qu'elle présente, sa fréquence, et le traite-

ment spécial qu'elle réclame, m'ont engagé à en faire une forme séparée, et à l'inscrire depuis 1878 dans mon journal, sous le nom de *pharyngite hypertrophique latérale*. Je dois cependant ajouter que, n'ayant pas eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique de cette maladie, j'hésitais à en publier la description; je m'aperçois que j'ai trop tardé sous ce rapport, m'étant laissé devancer par Schmidt, qui en a fait l'objet d'un travail spécial (*Pharyngite latérale*). Si donc je retrace encore une fois le portrait nosologique de cette maladie, ce n'est nullement dans le but d'une réclamation de priorité, mais pour compléter les recherches de Schmidt par, quelques détails anatomo-pathologiques et cliniques qu'il m'a été donné d'observer. Schmidt appelle cette maladie *Pharyngite latérale*, ou plutôt, inflammation des cordes latérales du pharynx; il croit qu'elle est une variété de la pharyngite granuleuse, et constate qu'elle est mentionnée pour la première fois, dans l'ouvrage de Stoerk, qui la considère également comme une espèce de pharyngite granuleuse, en ajoutant, qu'elle cause souvent une hypéresthésie des parties affectées.

Si M. Schmidt avait accordé plus d'attention à la littérature de notre sujet, y il aurait vu que déjà Czermak avait connu cette maladie, ainsi que le prouve la description et le dessin qu'il en donne dans la seconde partie de son ouvrage sur le laryngoscope. Michel constate que déjà, en 1873, il avait décrit la pharyngite latérale en en indiquant le traitement. Bruns mentionne le boursoufflement latéral du pharynx sous forme de bourrelet comme réclamant l'emploi du galvano-cautère.

Ces indications suffisent pour constater que la pharyngite latérale, bien que soupçonnée par les praticiens, n'a pas été suffisamment décrite, et c'est le mérite de Schmidt de lui avoir assigné une place séparée parmi les maladies du pharynx. *L'apparition d'un bourrelet oblong occupant les parties latérales du pharynx en constitue le symptôme dominant. L'épaisseur de ce bourrelet, varie entre celle d'un crayon, et celle du petit doigt, il est très rouge*

et se compose souvent de follicules infiltrés. Quelquefois, le bourrelet descend jusqu'à l'épiglotte ou même s'élève jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache et à la suite de sa compression par le constricteur supérieur du pharynx, cause une sensation douloureuse dont les malades se plaignent au médecin. En effet, ce muscle, par sa contraction, forme une proéminence qui comprime le bourrelet placé entre lui et le pilier postérieur du palais. Schmidt dit qu'en accordant à ce mal une attention plus sérieuse qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, nous verrions diminuer les névralgies et l'hypéresthésie de la muqueuse pharyngée, dont le traitement serait plus facile et plus efficace.

Sans vouloir nullement contester le mérite de Schmidt, je crois que la description de la pharyngite latérale donnée par cet auteur demande à être complétée, surtout en ce qui concerne le diagnostic différentiel, avec la pharyngite granuleuse. On sait, en effet, que beaucoup de personnes ont souvent sans aucun inconvénient, à la paroi postérieure du pharynx, un nombre relativement considérable de glandes hypertrophiées; de même chez les fumeurs et chez les buveurs, la sensibilité du pharynx s'émousse graduellement. J'ai eu cependant occasion de voir des malades devenus hypochondriaques à la suite d'une affection chronique du pharynx; ce qui était d'autant plus étonnant, que ce dernier ne présentait que quelques boutons pâles, disséminés sur la muqueuse, et insensibles au toucher. J'ai, en particulier, constaté cette hypéresthésie sur des femmes chez lesquelles le mal de gorge se compliquait de symptômes hystériques très prononcés. Ces malades craignent toujours de mourir d'une phtisie laryngée, perdent la tranquillité et le sommeil, et courent d'un médecin à un autre. Nulle opération ne leur paraît trop douloureuse, ils se soumettent avec une véritable résignation à tout examen par le laryngoscope ou au moyen de la sonde, pleins de confiance qu'une exploration attentive saura enfin découvrir l'origine de leurs souffrances. Toute

cautérisation au nitrate d'argent ou à l'aide du galvanocautére les soulage, et dès le lendemain ils annoncent une amélioration. Malheureusement, quand la douleur causée par la cautérisation est passée, les malades reviennent avec les mêmes symptômes. Ils se plaignent d'avoir la gorge comme brûlée ou desséchée, d'y sentir des picotements, la présence d'un poil, ou tout autre corps étranger; leur arrière-gorge leur paraît glacée ou ils y sentent une chaleur persistante. Un refus absolu de répéter la cautérisation, de même qu'une assurance sérieuse qu'ils ne sont menacés d'aucun danger, est le meilleur remède qu'on puisse leur prescrire, et qui les tranquillise quelquefois; j'ajoute qu'il n'est pas rare d'entendre des chanteurs malheureux formuler les mêmes plaintes et attribuer à des maux de gorge la non réussite de leur carrière.

La pharyngite granuleuse s'observe particulièrement chez les personnes que leur genre de vie force à élever souvent la voix, tels que chanteurs, acteurs, prédicateurs, etc.; cette disposition s'accroît davantage chez les rhumatisants, chez les goutteux et chez les scrofuleux, où elle constitue un des nombreux symptômes des scrofules de l'enfance. On voit, en effet, que les enfants prédisposés à cette diathèse présentent vers l'âge de six à douze ans une hypertrophie graduelle, quoique peu considérable, des amygdales; ces dernières sont d'un rose pâle, leur tissu est spongieux, flasque; les orifices faciles à voir sont parfois obstrués par une sécrétion blanchâtre. La paroi postérieure du pharynx est parsemée de bourgeons charnus peu nombreux, mais d'un volume considérable, d'un rose pâle et qui des parties latérales convergent soit vers les amygdales en formant des bourrelets allongés, soit vers le repli de la muqueuse qui est également pâle, molle, et tout à fait insensible au toucher.

Cette variété de pharyngite granuleuse ne se distingue par aucun symptôme particulier; la déglutition est indolore, le toucher des parties latérales ne cause aucune

live que les malades accusent une certaine difficulté. Les enfants atteints d'hypertrophie des tonsilles ronflent très bruyamment durant leur sommeil; à leur réveil, ils expectorent une grande quantité de salive muqueuse grislâtre. Le froid ou tout autre cause aggravant la maladie, engage le patient à consulter le médecin, qui à l'exploration constate facilement des amygdales hypertrophiées et l'existence simultanée d'une pharyngite de la paroi postérieure, dont le seul symptôme désagréable est une sensation de sécheresse prolongée du gosier. Je crois être dans le vrai en désignant cette forme sous le nom de *pharyngite scrofuleuse folliculaire*.

Chez les adultes, cette affection occupe principalement les parties latérales du pharynx où la structure de la muqueuse lui est favorable.

Tout catarrhe aigu du pharynx présente (en dehors de la muqueuse congestionnée et boursoufflée) un engorgement des follicules lymphatiques. Le nombre de ces derniers varie suivant l'intensité du mal, la structure de la muqueuse et la constitution générale du malade. Il en résulte que la quantité des follicules et leur volume varient suivant ces causes prédisposantes. Les follicules, d'ailleurs, apparaissent toujours sous la forme de petites aspérités blanchâtres, entourées d'un réseau de vaisseaux congestionnés. Les parties latérales du pharynx sont également gonflées et congestionnées; il arrive même quelquefois que la muqueuse faisant saillie entre les piliers postérieurs présente quelques boutons disséminés; ceci infirme l'assertion de Schmidt qui considère l'apparition des plis latéraux dans le catarrhe aigu du pharynx, comme le signe distinctif de la pharyngite latérale. La maladie touchant à sa fin, les bourrelets diminuent, et avec eux disparaissent aussi les boutons.

Il arrive cependant qu'à la suite d'un concours défavorable de circonstances, la maladie devient chronique, et alors nous voyons apparaître une affection *sui generis*, caractérisée par de nombreux et gros boutons, mais sensation désagréable, et ce n'est qu'en avalant leur sa-

sans altération prononcée de la muqueuse. Ceci constitue la forme typique de la pharyngite granuleuse.

Si toutefois l'affection n'occupe que les parties latérales du pharynx, dont les plis congestionnés et boursoufflés sont parsemés de boutons ovales ou allongés qui siègent autour ou sous le pli salpingo-pharyngien, la maladie doit être appelée *pharyngite granuleuse latérale*.

On désigne également par ce nom une variété de la pharyngite où l'inflammation et le boursoufflement de la muqueuse ne s'étendent qu'aux parties latérales de la paroi postérieure du pharynx, *voisine des piliers postérieurs*. Les observations suivantes confirmées par l'exploration microscopique des plis muqueux latéraux du pharynx justifieront, je l'espère, le nom que je donne à cette affection, et les signes distinctifs qui la caractérisent.

Observation. — M. S..., vingt-deux ans, lymphatique, est depuis longtemps sujet aux pharyngites, aux bronchites et aux rhumes de cerveau ; le père et la mère sont morts phthisiques, et lui-même a, dans son adolescence, eu une pneumonie catarrhale ; plus tard, c'est-à-dire il y a un an, il a commencé à cracher le sang. Il tousse beaucoup, et se plaint surtout d'une difficulté d'avaler et d'une sécheresse fréquente dans la gorge. L'exploration des poumons constate, en dehors d'une bronchite diffuse, une condensation du sommet gauche, de petits râles accompagnés de bruissements métalliques ; la paroi postérieure du pharynx est d'un rose pâle, recouverte d'un petit nombre d'aspérités.

Des deux côtés du pharynx, même sans soulever le voile du palais, on aperçoit derrière les piliers postérieurs, deux bourrelets de l'épaisseur d'un crayon rose pâle, composés de boutons de la grosseur d'une lentille, accumulés les uns auprès des autres, douloureux au contact de la sonde et ne touchant pas aux bourrelets de la trompe d'Eustache. Ceci est prouvé par le toucher digital, et par l'examen laryngoscopique

Au moyen d'une anse en fil d'acier très fin, j'ai réussi à exciser une partie du bourrelet de droite. Il formait un

repli de près d'un centimètre de longueur et de cinq millimètres de largeur, consistant en aspérités blanchâtres juxtaposées. L'exploration microscopique, faite par le docteur Przewoski, professeur à la Faculté de médecine de Varsovie, a montré ce qui suit : épithélium de la muqueuse sensiblement grossi ; les interstices des cellules épithéliales contiennent quelques cellules lymphoïdes ; la muqueuse sous-épithéliale fortement infiltrée par des corpuscules ambulants, au milieu desquels on a de la peine à distinguer quelques rares cellules lymphatiques. L'infiltration de la muqueuse est surtout visible au pourtour des vaisseaux et des orifices des glandes muqueuses. Le volume et l'hypertrophie des follicules lymphatiques sont augmentés, et ce sont ces derniers qui forment les aspérités granuleuses déjà mentionnées.

L'infiltration de la muqueuse s'étend au tissu sous-muqueux, où cependant, elle est moins prononcée, et occupe également le voisinage des vaisseaux sanguins.

Les glandes muqueuses qui se trouvent dans le tissu sous-muqueux sont également grossies. Leur tissu intersticiel est fortement infiltré de corpuscules ambulants ; le protoplasme des cellules épithéliales est normal ; les lunules des vésicules glandulaires sont grossies.

En comparant cette description aux détails donnés par Saalfeld, nous pouvons conclure que l'affection qui nous occupe justifie par son siège et par sa nature le nom de *pharyngite granuleuse latérale*.

Une autre variété de pharyngite latérale présente comme caractère distinctif des bourrelets épais, lisses, rougeâtres, qu'on aperçoit quelquefois après avoir repoussé les piliers, et qui apparaissent soit seulement d'un côté du pharynx, soit simultanément des deux cotés. *Ces bourrelets constituent une hypertrophie de la muqueuse qui sert de prolongement au pli salpingo-pharyngien, ce qu'on peut constater par l'exploration digitale et laryngoscopique.*

Ce bourrelet rouge entrave la déglutition, et il est beaucoup plus douloureux au toucher que dans la forme

précédente. Quelquefois il s'étend jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache, ainsi que le constatent le dessin et la description de Czermack. Je propose d'appeler cette variété : *pharyngite latérale hypertrophique*. D'un développement spontané, elle est souvent accompagnée d'une légère modification de la muqueuse de la paroi postérieure, et *le rôle des follicules lymphatiques n'y est que secondaire*.

La maladie débute souvent *par une inflammation du pilier postérieur du palais*; ce dernier grossit au point de ne former qu'une seule épaisseur avec le pli salpingopharyngien. Quelquefois, il émerge à côté de ce dernier, en affectant de le dépasser par sa longueur.

On voit donc que Schmidt avait confondu deux affections distinctes dont j'ai tâché de spécialiser le diagnostic.

J'ajoute que les malades affectés de pharyngite hypertrophique latérale se plaignent souvent de picotements ou de douleurs dans l'oreille, d'une surdité passagère, et éprouvent de la difficulté à avaler leur salive; ce qui n'a jamais lieu dans la pharyngite granuleuse.

Je dois encore signaler, à titre complémentaire, une variété de pharyngite, désignée habituellement sous le nom de *pharyngite sèche* (*pharyngitis sicca*), mais dont l'anatomie pathologique n'est pas suffisamment élucidée.

Il nous est par conséquent impossible de préciser si cette maladie provient d'une altération de la sécrétion ou des modifications des follicules lymphatiques ou bien encore d'une altération de la muqueuse elle-même. Elle se confond d'ailleurs habituellement avec un catarrhe de la cavité naso-pharyngée, ou seulement de la cavité nasale. On l'observe à tout âge, et particulièrement chez des individus épuisés, mal nourris, et vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène. La muqueuse du pharynx amincie, d'un jaune pâle, se couvre d'une couche légère de mucus adhérent comme du vernis et fort difficile à enlever, même à l'aide d'un pinceau. La luette est pâle,

pointue, en forme de lance ; la couche des tissus adénoïdes fait défaut dans la cavité pharyngienne, de même que dans la cavité naso-pharyngienne.

Wendt note comme symptôme particulier une atrophie des follicules lymphatiques et le petit nombre des glandes muqueuses ; l'épithélium n'avait subi aucune altération. Michel explique la sécheresse de la muqueuse par la sécrétion diminuée du mucus, qui se dessèche à la surface, ce qui prouve que l'action des glandes mucipares est altérée.

On y observe quelquefois des croûtes dures, jaunâtres, verdâtres, adhérentes à la muqueuse au point que, pour les enlever, il faut avoir recours au râclage. Leur odeur indique quelquefois la présence simultanée d'un *Ozène*, elle est fort désagréable pour le malade à cause de la sécheresse continue, de là des difficultés d'expulser les croûtes durcies, donnant quelquefois lieu à des quintes et à des vomissements.

Traitement. Le traitement des affections de la gorge varie suivant le caractère, la localisation, et la gravité des symptômes, de même que selon la constitution et l'âge du malade. — Je me bornerai à signaler la thérapeutique de la pharyngite latérale *granuleuse* et de la pharyngite latérale *hypertrophique*, sujet de cette étude.

Je considère comme première indication et base de tout traitement à instituer, que, dans les cas récents, accompagnés d'une forte congestion et de gonflements de la muqueuse, ainsi que de douleurs à la déglutition, il faut éviter toute cautérisation par le nitrate d'argent en substance. Employé d'une manière intempestive, ce remède ne ferait qu'accentuer la maladie, rendant la déglutition plus douloureuse et pouvant même occasionner des abcès péritonsillaires. Ici, les purgatifs et parfois les vomitifs se montrent très efficaces. En outre, et pour diminuer la forte congestion de la muqueuse, on applique six à huit sangsues des deux côtés de la gorge. L'administration de la glace soit à l'extérieur, soit absor-

bée par petits morceaux, soulage les malades presque instantanément.

En cas d'emploi de vomitifs, on aura surtout recours à une infusion d'ipeca, l'émétique irritant trop la muqueuse du pharynx,

Le malade évitera avec soin tous les mets trop chauds ou trop épicés, de même que toute émission prolongée de la voix et l'usage du tabac.

La sensation de sécheresse et de douleur dans la gorge diminue par l'emploi des gargarismes d'une eau légèrement alcaline, ou additionnée d'une petite quantité de bromure de sodium (8 : 400). Si le mal se propage au larynx, on se louera de l'effet des inhalations de vapeur d'eau tiède, soit pure, soit mélangée d'une petite quantité de chlorhydrate d'ammoniaque (4 : 800).

Les pharyngites chroniques à forme sèche réclament l'emploi continu des gargarismes d'eau tiède salée, associés à l'usage des eaux d'Ems ou de Vichy. De temps en temps, et pour activer l'inertie de la muqueuse, on aura recours au badigeonnage à la teinture d'iode pur ou coupé de glycérine.

Je n'ai pas eu à me louer de l'emploi de faibles solutions de nitrate d'argent, de tannin et de sulfate de zinc, en badigeonnages; mais par contre, et dans des cas rebelles, je me suis bien trouvé de l'usage interne de l'iode de potassium et de sirop d'iodure de fer, suivant la constitution du malade.

Le traitement local habituel se compose de gargarismes, de badigeonnages et d'inhalations.

A mon avis, les gargarismes ne sauraient produire beaucoup d'effet, vu leur action nécessairement limitée à une très petite partie de la muqueuse du palais et de la paroi postérieure, et presque nulle sur les parties latérales affectées.

Le badigeonnage de toute la surface de la paroi postérieure du pharynx ne saurait être utile dans la pharyngite granuleuse, les malades essayant d'atténuer la

douleur causée par le caustique, par l'absorption de grandes quantités d'eau en boisson. Or, la muqueuse intermédiaire n'étant nullement atteinte, rien ne saurait justifier le badigeonnage de toute la surface.

La solution de tannin, ainsi que la liqueur de Mandl et les inhalations, n'apportent qu'un soulagement passager. Le chlorate de potasse n'est nullement à la hauteur de la réputation qu'on lui a faite; il n'est réellement indiqué qu'en cas d'ulcérations simples ou diphthéritiques; il en est de même de la solution de permanganate de potasse dont l'action est presque nulle.

L'eau salée, le bicarbonate de soude, servent à disjoindre et à ramollir les croûtes qui gênent le malade.

Il me reste à parler de l'emploi des caustiques pour détruire les follicules hypertrophiés. Ce traitement, que je crois le seul rationnel, n'est indiqué qu'après la conviction faite et dûment justifiée, que la maladie est *réellement causée* et entretenue par les granulations de la paroi postérieure ou des parties latérales du pharynx; car il serait inutile de cautériser tout bouton ou repli inoffensif.

Je me suis toujours bien trouvé de l'emploi de nitrate d'argent *in substantia*, ou de l'acide chronique, qu'il faut cependant employer avec une prudence extrême, en touchant chaque excroissance séparément. Le nitrate d'argent agit d'une façon sûre et certaine dans la pharyngite granuleuse, quitte à l'employer plusieurs fois, mais jamais avant la chute de l'eschare provoquée par la cautérisation précédente. Pour faciliter la manipulation du remède, je l'adapte à une sonde en argent à angle variable et flexible selon le besoin. La douleur disparaît au bout de quelques heures.

L'emploi du galvano-cautère dans la pharyngite granuleuse, ainsi que dans la pharyngite latérale, est beaucoup plus efficace et moins douloureux.

Après avoir appliqué le cautère en T à froid sur la grosseur à détruire, on le chauffe à blanc; la douleur est presque nulle, et cesse en enlevant l'appareil. Elle est d'ailleurs

calmée par l'emploi prolongé de gargarismes à l'eau glacée. La croûte tombe au bout de trois à huit jours, et la réaction est moindre qu'à la suite de l'emploi du nitrate d'argent.

En outre, je n'ai jamais constaté de complications désagréables, telles qu'engorgements inflammatoires prolongés, abcès profonds. La méthode galvano-caustique jouit, dans la pharyngite granuleuse et dans la forme hypertrophique latérale, d'une supériorité incontestable sur l'emploi de tous les anciens procédés. Introduite par Michel, préconisée par Bruns, Voltolini, Schmidt, Lœwenberg, le succès ne s'en est jamais démenti et son emploi fréquent m'a permis d'abrégé considérablement un traitement qui, autrefois, demandait des mois entiers.

D^r TH. HERING.

BIBLIOGRAPHIE

- CHOMEL. — *Gazette médicale*, 1846.
- MACKENZIE. — *Die Krankheiten des Halses und der Nase*”, traduction allemande par Semon, 1880.
- VIRCHOW'S. — *Archiv Band 82. Heft 1* (1880) (Saalfeld).
- STOERKH. — *Krankheiten des Kehlkopfes*.
- M. SCHMIDT. — *Deutsch. Archiv für klin. Medicin.*
XXVI. — *Heft 3 und 4*, 1880.
- VOLTOLINI. — *Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie*, p. 151.
- CZERMAK. — *Der Kehlkopfspiegel*, p. 128.
- MICHEL. — *Zur Behandlung der Krankheiten der Mundra-
chenhöhle und des Kehlkopfes*, 1880, p. 23.
- BRUNS. — *Die galvanokaustischen Apparate*, p. 448 (1878).
- WENDT. — *Krankheiten der Nasenrachenhöhle und des Ra-
chens.* (Ziemssens Handbuch F. 7.)
- HERING. — *Gazeta lekarska*, 1881 (polonais).
-