

dans le pourtour de l'incision, qui augmente la consistance et la solidité du tissu de la membrane et rend celle-ci plus apte à recevoir et transmettre les ondes sonores. Dans d'autres cas, au contraire, malgré les incisions multiples du tissu de la membrane du tympan, on n'obtient pas d'accroissement notable de la distance de l'audition, ou, s'il y a une amélioration de l'ouïe, elle ne dure que peu de temps. Toutefois l'opération peut être faite dans tous les cas où les symptômes décrits indiquent une diminution anormale de tension de la membrane, car une influence fâcheuse de ces incisions multiples n'a jamais été observée. — Les résultats du procédé opératoire de la section du pli postérieur de la membrane du tympan, proposée par moi le premier, seront exposés en détail dans la deuxième partie de ce chapitre.

J.-M.-G. ITARD : *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, Paris, 1824. — DELEAU : *Traité du cathétérisme de la trompe d'Eustache et de l'emploi de l'air atmosphérique dans les maladies de l'oreille moyenne*, Paris, 1838. — W. KRAMER : *Die Erkenntniss und Heilung der Ohrenkrankheiten*, Berlin, 1849. — RAU : *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1856. — BONNAFONT : *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*, Paris, 1860. — TOYNBEE : *Diseases of the ear*, London, 1860. — V. TRÖLTSCH : *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1877. — MOOS : *Klinik der Ohrenkrankheiten*, 1866. — A. POLITZER : « Diagnose und Therapie der Ansammlung seröser Flüssigkeit in der Trommelhöhle. » (*Wien. med. Wochenschrift*, 1867.) — H. SCHWARTZ : « Studien und Beobachtungen über die künstliche Perforation des Trommelfells. » (*Archiv für Ohrenheilkunde*, vol. II, III, VI). — A. POLITZER : « Ueber bewegliche Exsudate in der Trommelhöhle. » (*Wiener med. Presse*, 1869.) — GOTTSTEIN : « Klinische und kritische Beiträge zur Ohrenheilkunde. » (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. IV.) — A. POLITZER : « Therapie der beweglichen Exsudate in der Trommelhöhle. » (*Wiener med. Wochenschrift*, 1870.) — E. DE ROSSI : *Le malattie dell' orecchio*, Genova, 1871. — LAWRENCE-TURNBULL : *A clinical manual of the diseases of the ear*, Philadelphia, 1872. — S. DUPLAY : *Traité de pathologie externe*, par Follin et Duplay, 1873. — E. POLITZER : « Seltener Fall eines einfachen chron. Mittelohrcatarrhs. » (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. VII). — ST. J. ROOSA : *A practical treatise of the diseases of the ear* New-York, 1873. — ZAUFAL : « Vorkommen seröser Flüssigkeit in der Paukenhöhle. » (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. V.) — SCHURIG : « Die Paracentese des Trommelfells. » (*Jahresb. d. Dresd. Ges. f. natur- und Heilkunde*, 1869-70.) — MOOS : « Ueber seröse Ansammlungen in der Paukenhöhle. » (*Arch. f. Augen- und Ohrenheilkunde*, vol. I.) — FR. E. WEBER : « Ueber secretionen und Ansammlungen von Flüssigkeiten in der Paukenhöhle, deren Wesen, Diagnose und Therapie. » (*Mon. f. Ohr.*, 1869.) — A.-H. BUCK : « Mucus in the cavity of the tympanum. » (*Transactions of the american otological Society*, 6 A. M. 385.) — A. POLITZER : « Ueber luftdichte obturation des äusseren Gehörganges als Heilmittel bei chronischen Mittelohrcatarrhen. » (*Wiener med. Wochenschr.*, 1867.) — LUCAS : « Neuer Zusammenhang zwischen Nasen- und Ohrenkrankheiten. » (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, vol. IV.) — A.-H. BUCK : « A Method of Using medicated Eustachian Bougies. » (*Transactions of the amer. otolog. Society*, 1875) — PAGENSTECHER : « Bemerkungen zur Balneotherapie der Ohrenkrankheiten. » (*Arch. f. Ohrenheilk.*, vol. I.) — A. BING : « Zur Paracentese des Trommelfells. » (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1877). — C. MIOT : *De la myringoectomie ou perforation artificielle du tympan*, Paris, 1877. — E. DE ROSSI : « VI anno di insegnamento della otologia. » (*Cenni statistico-clinici per l'anno scolastico 1876-77*. Roma, 1877.)

MALADIES DE L'ESPACE NASO-PHARYNGIEN ET DE LA CAVITÉ NASALE AU POINT DE VUE DES MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE

Les maladies de l'espace naso-pharyngien et de la cavité nasale forment, comme l'on sait, non seulement le point de départ fréquent des maladies de l'oreille moyenne, mais elles exercent aussi, comme v. TRÖLTSCH l'a fait ressortir d'une façon particulière, une grande influence sur la marche et l'issue de ces affections. Nous avons vu que, par extension d'un catarrhe naso-pharyngien aigu à la trompe d'Eustache, non seulement il peut se développer un engorgement de sa muqueuse avec hypersécrétion, mais que l'inflammation s'étend fréquemment jusque dans la caisse du tympan et les cellules mastoïdiennes.

L'expérience montre bien, qu'assez souvent aussi, avec le départ de l'affection naso-pharyngienne, l'inflammation consécutive de l'oreille moyenne rétrograde; mais dans une série de cas, même après la disparition du catarrhe naso-pharyngien, l'engorgement inflammatoire et la sécrétion de l'oreille moyenne persistent et donnent lieu au développement de toutes les conséquences que j'ai décrites plus haut. D'autre part, dans les affections consécutives ou même primitives de l'oreille moyenne, par l'addition ou la persistance d'une affection naso-pharyngienne, le processus inflammatoire de la caisse et surtout l'infiltration de la trompe d'Eustache, sont entretenus, et le retour à l'état normal empêché. De là ressort l'importance d'une exploration attentive de l'espace naso-pharyngien dans les maladies d'oreille, et du recours à un traitement rationnel pour écarter l'affection qu'on y trouve; c'est une des conditions premières de l'obtention d'un résultat curatif favorable, dans les nombreuses maladies opiniâtres de l'oreille moyenne compliquées d'affections naso-pharyngiennes.

Avant de passer aux méthodes d'exploration du pharynx nasal et du nez, il nous paraît nécessaire d'examiner brièvement les modifications pathologiques qui se produisent dans l'espace naso-pharyngien.

Les processus inflammatoires de la muqueuse naso-pharyngienne sont analogues, d'une manière générale, aux altérations que l'on observe dans le catarrhe d'autres muqueuses.

Le catarrhe naso-pharyngien aigu se caractérise par une forte hyperhémie et infiltration de la muqueuse, accompagnée au début par l'exsudation d'une mucosité séreuse, aqueuse, plus tard vitreuse, épaisse. Dans les circonstances normales, l'évolution de l'infiltration aiguë est de courte durée; au bout de quelques jours, parfois pourtant après des semaines seulement, la muqueuse revient à l'état normal. Mais, dans d'autres cas, par suite d'influences extérieures ou constitutionnelles, l'infiltration et la sécrétion restent en permanence, et il se développe ce qu'on appelle un catarrhe naso-pharyngien chronique, qui peut durer des mois ou des années, soit avec une intensité à peu près uniforme, soit avec des oscillations fréquentes. Il y a même des personnes qui, toute leur vie, sont affectées d'un catarrhe naso-pharyngien chronique et chez qui n'importe quel traitement se montre impuissant.

Les modifications anatomiques, dans l'inflammation chronique de la muqueuse du nez et du pharynx, consistent en un engorgement parenchymateux et un accroissement de volume de la muqueuse, auxquels participent à un degré variable ses diverses parties constitutives. A côté de vaisseaux atteints de dilatation hyperhémique et d'infiltration séreuse du tissu, il y a en général un dépôt de cellules dans la substance connective fondamentale et dans le tissu sous-muqueux. Ces dépôts cellulaires peuvent se transformer en néoplasies connectives et produire l'induration de la muqueuse ou, beaucoup plus rarement, donner lieu à l'infiltration purulente (inflammation phlegmoneuse) et à la production d'abcès. Le tissu adénoïde (HIS) ou cytogène (KÖLLIKER) qui existe dans la trame, en partie à l'état disséminé, en partie réuni en masses séparées (follicules), participe en général fortement à l'infiltration. De la saillie des follicules gonflés sur la surface de la muqueuse résulte le type de l'inflammation folliculaire, granuleuse.

Par croissance excessive de la substance adénoïde, il se forme ce qu'on appelle des végétations adénoïdes, dont les rapports avec les affections de l'oreille moyenne ont été complètement éclaircis pour la première fois par W. MEYER de Copenhague.

Sur la base d'un grand nombre d'observations, il a démontré que, aussi bien sur la paroi supéro-postérieure du pharynx, où se trouve le tissu muqueux décrit par LUSCHKA sous le nom de tonsilles du pharynx, qu'en d'autres places également de l'espace supérieur du pharynx, il se développe, par inflammation chronique, des excroissances qui présentent à l'examen microscopique les particularités du tissu adénoïde décrit par HIS. On trouve en effet dans ces excroissances, à côté de glandes muqueuses dilatées, des follicules clos également dilatés, et le réseau de la couche connective fondamentale traversé par un grand nombre de corpuscules dits lymphoïdes. Ces végétations ont la forme de crêtes ou de langues, ou présentent l'aspect conique ou sphérique et se rencontrent de préférence sur la paroi supérieure du pharynx, d'où elles s'étendent non rarement jusque vers les fosses nasales dont elles obstruent le passage.

A côté de ces modifications de l'espace supérieur du pharynx, il n'est pas rare, dans les catarrhes chroniques, de trouver dans la fosse de ROSENMÜLLER un agrandissement des rides et sillons qui se trouvent là; on y découvre en outre des kystes, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois, remplis d'un liquide colloïde, dont les parois se continuent et forment, après évacuation du contenu, dans le pharynx, des ponts qui donnent à la fosse de ROSENMÜLLER un aspect trabéculaire.

Les affections des cavités nasales sont en relations directes avec les maladies de l'espace naso-pharyngien; les deux parties sont ordinairement affectées simultanément, et la persistance du processus pathologique dans l'une d'elles empêche la guérison dans l'autre. Aussi devons-nous parler des rapports pathologiques de ces deux régions.

Dans les catarrhes aigus et surtout dans les catarrhes chroniques, on trouve

généralement les cornets inférieurs fortement engorgés. C'est le tissu caverneux, décrit par KOHLRAUSCH, qui offre un terrain favorable à la production de fortes infiltrations. Tantôt la surface convexe des cornets est fortement enflée et se laisse facilement déprimer au contact de la sonde, tantôt l'engorgement se porte surtout sur les bords inférieurs qui pendent à l'état de lambeaux, que la sonde peut déplacer de côté et d'autre (HARTMANN). Ces engorgements varient souvent très rapidement, de façon que le cornet d'un côté et celui de l'autre côté sont alternativement plus enflés, et par suite l'une ou l'autre des cavités nasales moins accessible au passage de l'air. L'extrémité antérieure du cornet inférieur peut être si fortement tuméfiée que la muqueuse pende dans la cavité nasale et puisse être prise pour un polype. Mais plus souvent l'extrémité postérieure se gonfle si fortement qu'elle dépasse en arrière la cavité nasale, remplit en partie l'espace supérieur du pharynx et recouvre tellement les embouchures des trompes que la ventilation du tympan peut en être empêchée.

La sécrétion de la muqueuse nasale présente les variations les plus diverses, aussi bien comme quantité que comme qualité de l'exsudat. Dans quelques cas de catarrhe nasal chronique, la muqueuse présente une sécheresse anormale, dans d'autres au contraire on observe fréquemment une sécrétion si abondante qu'il y a écoulement presque continu, par le nez, d'un exsudat tantôt séreux, tantôt muqueux, tantôt purulent (blennorrhagique, STÖRK).

Dans l'ozène, l'exsudat possède les propriétés les plus désagréables, d'une part à cause de l'odeur pénétrante qui exclut de la société les individus atteints, d'autre part à cause de la formation opiniâtre de croûtes, dont l'enlèvement présente des difficultés de diverse nature. On admettait autrefois que, dans l'ozène, il y avait formation d'ulcères étendus avec destruction de la muqueuse et de l'os sous-jacent; mais ZAUFAL et HARTMANN ont démontré, par des recherches anatomiques, qu'il n'y a pas formation d'ulcères, ou seulement par exception. ZAUFAL, s'appuyant sur de nombreuses observations, dit que la grande extension des cavités nasales avec petitesse anormale des cornets n'est pas la suite, mais la cause originelle de l'ozène, que la formation de croûtes et la décomposition par stagnation de l'exsudat sont la conséquence de la faible résistance au passage de l'air dans les larges fosses nasales; cela peut être exact pour certains cas, mais pas pour tous. Les destructions de la muqueuse et de l'os, qui donnent lieu aux phénomènes de l'ozène, ont généralement une base syphilitique, plus rarement scrophuleuse; une fois, j'ai vu une destruction étendue avec exfoliation de fragments d'os, à la suite de la variole. Les affections syphilitiques amènent dans le nez le dépouillement des cornets ou des autres parois osseuses avec nécrose et chute de quelques portions d'os, tandis que, dans l'espace pharyngien, l'ulcération donne lieu à l'atrophie de la muqueuse, à la formation de cicatrices gris-blanchâtres, rayonnantes, à la disparition du cartilage des trompes et, dans des cas rares, à l'ulcération avec fermeture consécutive du canal de la trompe.

Les observations de WENDT (l. c.) et WREDEN (*Monatschr. f. Ohr.*) montrent que des inflammations croupeuses et diphthéritiques de l'espace naso-pharyngien peuvent également se transmettre à l'oreille moyenne. WENDT a trouvé, dans les deux cinquièmes des cas de croup et diphthérie de l'espace naso-pharyngien, l'oreille moyenne également atteinte par le processus pathologique. WREDEN a observé, dans dix-huit cas, l'extension à l'oreille moyenne d'une diphthérie naso-pharyngienne scarlatineuse.

La formation des polypes dans l'espace naso-pharyngien est relativement rare, tandis qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les fosses nasales; les polypes dits muqueux ou charnus se développent généralement sur les cornets moyens du nez. Les excroissances polypeuses rares de l'espace naso-pharyngien se rencontrent le plus fréquemment à la paroi supérieure. Souvent des polypes ayant leur racine dans les cavités nasales pénètrent dans l'espace naso-pharyngien, et peuvent acquérir là une grosseur si considérable qu'ils le remplissent complètement ou même s'étendent en bas dans la cavité inférieure du pharynx.

Enfin il y aurait encore à signaler ici les néoplasies de mauvaise nature qui se

présentent dans l'espace naso-pharyngien, le carcinome épithélial et l'ostéosarcome plus fréquent qui se développe ordinairement dans le corps du sphénoïde et pénètre si avant dans la cavité pharyngienne, que non seulement l'espace supérieur est rempli complètement par l'excroissance, les orifices des cavités nasales et des trompes d'Eustache sont bouchés, mais qu'aussi le voile du palais est poussé en bas et bombé du côté de la cavité buccale.

MÉTHODES D'EXPLORATION

A. — EXPLORATION DU NEZ

L'examen des modifications pathologiques de la muqueuse du nez rencontre divers obstacles, à cause de la structure des fosses nasales compliquée par la conformation des cornets du nez. L'examen des portions moyenne et postérieure du nez est particulièrement difficile, surtout si l'espace libre est tellement rétréci par des déviations congénitales de la cloison, des difformités des cornets ou des modifications pathologiques des fosses nasales, que l'introduction d'un instrument dans un but diagnostique soit impossible.

Dans l'examen de la partie antérieure des fosses nasales (rhinoscopie antérieure de COHEN), la simple inspection faite en relevant la pointe du nez est généralement insuffisante, et nous sommes conduits à nous servir d'instruments pour obtenir une vue plus complète de l'intérieur du nez. Les méthodes d'exploration se distinguent en ce que, ou bien on élargit seulement l'entrée du nez, ou bien l'on introduit les instruments plus profondément pour mieux voir l'intérieur des fosses nasales et de l'espace naso-pharyngien. Pour la simple dilatation de l'entrée du nez, on se sert de spéculum à deux branches et particulièrement des dilatateurs de V. TRÖLTSCH, FRANKEL, CHARRIÈRE, ROTH et SIMROCK, qui ont reçu l'emploi le plus général. Mais on peut se servir aussi, dans certains cas, d'un spéculum d'oreille ordinaire, ou du réflecteur en forme de pince d'ITARD, ou du réflecteur bivalve de BONNAFONT.

Dans la plupart des cas, l'élargissement de l'entrée du nez suffit pour reconnaître l'état de ses parties antérieures; cependant, en présence d'un fort gonflement de la muqueuse, il faut comprimer celle-ci latéralement avec une forte sonde ordinaire, ou avec la spatule nasale de ZAUFAL, pour arriver à voir la région moyenne et postérieure.

Dans l'examen de l'espace naso-pharyngien, il est de la plus grande importance de disposer d'un éclairage intense, soit par la lumière solaire réfléchie, soit par la flamme du gaz ou du pétrole, dont l'effet peut être augmenté encore au moyen de la boule de verre remplie d'eau indiquée par STÖRK

¹ STÖRK (l. c., p. 210) décrit un cas très intéressant de ce genre, où une tumeur de la grosseur d'un œuf, en forme de poire, partait de la paroi supérieure du pharynx et pendait dans l'espace pharyngien inférieur; elle fut enlevée complètement par l'opération avec le lacet.

pour concentrer les rayons lumineux. Avec le miroir frontal ou les appareils d'éclairage plus puissants de construction diverse, on arrive à projeter dans le nez une quantité de lumière suffisante pour éclairer non seulement la partie antérieure, mais aussi la partie postérieure des fosses nasales et même l'espace naso-pharyngien.

Dans l'exploration, on aperçoit d'abord l'extrémité antérieure du cornet inférieur, et l'on peut, dans les circonstances favorables, suivre la surface convexe ainsi que le bord inférieur de ce cornet jusqu'à l'extrémité postérieure. Par l'inclinaison de la tête en avant, on peut voir le plancher nasal et le méat inférieur; par l'inclinaison de la tête en arrière, le cornet moyen, parfois une partie du toit et la surface interne du nez externe. D'ordinaire, entre la cloison et les cornets, il reste une fente étroite, par laquelle on ne peut voir qu'une petite partie de la paroi postérieure du pharynx; mais si les cornets sont très écartés, déviés, comme on l'observe surtout dans l'ozène, une grande partie de l'espace naso-pharyngien devient accessible à nos regards. Outre la paroi postérieure et le toit de l'espace naso-pharyngien, nous pouvons aussi, en pareils cas, apercevoir la région de l'embouchure des trompes et reconnaître des modifications pathologiques dans leur pourtour. Les mouvements de l'ouverture pharyngienne de la trompe, observés par le nez pendant le fonctionnement du voile du palais, ont fait l'objet de communications de MICHEL et de ZAUFAL; ce dernier a fait des recherches étendues à ce sujet. Par un éclairage convenable, on est à même de reconnaître le cartilage de la trompe sous la forme d'un bourrelet de coloration jaunâtre; de son extrémité antérieure, un pli triangulaire se dirige en bas; de l'extrémité postéro-inférieure, un autre pli en forme de bourrelet (ZAUFAL) se rend au voile du palais. Entre le pli triangulaire et le bourrelet de la trompe apparaît l'orifice de celle-ci, sous la forme d'une fente étroite ou d'une ouverture de quelques millimètres. Pendant la phonation et pendant l'acte de déglutition, on voit le pli arrondi saillir en forme de coulisse dans l'espace pharyngien, et la base de l'embouchure de la trompe s'élargir; le releveur du voile du palais pousse la base de la trompe vers le toit et ferme en apparence l'orifice de la trompe.

Mais, à part les cas d'ozène ou de processus destructifs dans le nez et le palais, l'inspection directe de l'espace naso-pharyngien ne fournit que rarement un résultat important. Pour rendre possible, dans les circonstances normales, l'examen de l'espace naso-pharyngien par les fosses nasales, ZAUFAL a proposé l'emploi de tubes cylindriques (spéculum naso-pharyngien) de 3 à 7^m/_m de diamètre et de 40 à 42 cent. de long. L'introduction de ce

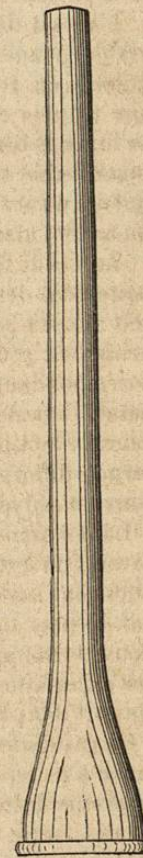


FIG. 103. — Spéculum naso-pharyngien de ZAUFAL.