

rant ; la syringomyélie peut déterminer des ulcérations traumatiques consécutives aux hyperesthésies.

Les muqueuses peuvent parfois participer aux **affections des téguments** ; c'est ainsi que dans presque la moitié des cas de lichen plan, on constate de petits nodules blancs, indurés, pouvant atteindre la grosseur d'une lentille dans la bouche et sur le palais, groupés en cercle. Dans le pemphigus bulleux ou végétant, la localisation buccale n'est pas rare et assombrit en général le pronostic. Les éruptions sont toujours bien moins distinctes sur la muqueuse, où les bulles ne persistent jamais longtemps, qu'à la surface des téguments. Il en est ainsi pour les ulcérations buccales de l'érythème exsudatif.

TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES

TROUBLES MOTEURS

a) TROUBLES HYPOKINÉSQUES

On observe parfois des *troubles hypokinésiques d'origine musculaire* au niveau du releveur de l'aile du nez, soit par faiblesse congénitale, soit par atrophie due à l'inactivité du muscle dans la respiration buccale, il ne se contracte plus pendant l'inspiration et par suite rend la respiration très difficile. Le seul moyen de remédier à ce trouble consiste dans l'introduction d'appareils rigides dont le meilleur est celui de Schmithuisen.

Les **paralysies** des muscles bucco-pharyngés reconnaissent comme origine des lésions nerveuses ; on les observe dans la *paralyse bulbaire* où les lèvres, la langue, le voile du palais et les muscles profonds du pharynx sont atteints ; il en résulte une gêne de la parole et de la déglutition ; les aliments n'étant plus portés jusqu'à l'œsophage restent en partie sur la base de la langue. Une partie de ces symptômes bulbaires sont également produits par d'autres affections des noyaux bulbaires ils surviennent en particulier dans les maladies du système nerveux (tabes, sclérose etc.), dans les tumeurs et dans les affections syphilitiques. Dans ce cas, ce sont toujours les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien qui sont atteints, la participation

du facial à l'innervation du pharynx étant encore douteuse, il est probable que ce sont des variations individuelles de ses branches qui permettent d'expliquer la participation de ce nerf à l'innervation du voile dans certains cas et non dans d'autres. On observe parfois la *paralyse périphérique des nerfs* dans les tumeurs et suppurations de la base du crâne ; rarement isolées, elles sont le plus souvent associées à des paralysies d'autres nerfs crâniens ou médullaires. Il est plus fréquent de rencontrer des névrites isolées d'origine infectieuse, en particulier les névrites post-diphthériques au niveau du voile et de la luette, mais on les observe aussi consécutivement à d'autres pharyngites ou à des amygdalites infectieuses ou à la suite de compression.

Dans les formes graves on diagnostique facilement ces paralysies par le reflux des aliments dans les fosses nasales car l'occlusion du voile est insuffisante et par la rhinolalie ouverte. Habituellement les parésies et paralysies du voile sont bilatérales ; la paralysie du spinal seul provoque l'unilatéralité, et dans ce cas elle est compliquée de paralysie récurrentielle. Cette lésion est symptomatique d'une lésion de la base du crâne.

La paralysie totale du pharynx peut nécessiter l'alimentation artificielle, pour prévenir également les pneumonies par déglutition. Lorsque ces paralysies périphériques ont une tendance à la guérison ou à l'amélioration on les traite par le massage local et la faradisation combinés à la strychnine.

b) TROUBLES HYPERKINÉSQUES

Parmi les troubles hyperkinésiques, on observe parfois chez les sujets nerveux, au moment précis où ils veulent parler, des **contractures** des lèvres pouvant s'étendre à d'autres muscles de la parole, et déterminant une forme de bégaiement. On a pu observer une névrose professionnelle, sous forme de crampes de la langue, chez des clarinettes. Des troubles moteurs du voile provoquent chez des paralytiques généraux et chez des hystériques l'ouverture de l'épipharynx au lieu de son occlusion avec toutes ses conséquences.

Des contractures toniques et cloniques de l'orbiculaire des lèvres, des muscles de la langue et des masticateurs (trismus)

se produisent, soit par une cause nerveuse générale soit par une excitation nerveuse centrale ou périphérique, soit enfin par voie réflexe à la suite d'affections douloureuses de la bouche : carie dentaire, etc...

Les contractures toniques du pharynx sont un symptôme caractéristique de la rage, mais peuvent survenir aussi comme symptômes de début des paralysies centrales ; elles se caractérisent par l'impossibilité d'avaler, de parler et à l'examen on voit les parties molles, le voile du palais en particulier, tendu, contracturé et non relâché comme dans les paralysies.

Les contractures hystériques accompagnées de dysphagie avec impossibilité du cathétérisme œsophagien peuvent simuler des rétrécissements et même des diverticules de l'œsophage. Le diagnostic se fera par un examen de l'état général, examen répété à diverses reprises.

Les premiers cas sont incurables, tandis que les seconds sont justiciables d'un traitement psychique.

Des *spasmes cloniques* du voile du palais et de la luette, parfois rythmiques et associés même aux contractions de l'élevateur de la trompe et du tenseur du tympan s'observent soit chez les hystériques soit comme névrose professionnelle chez les chanteurs ou encore dans les affections de la moelle.

TROUBLES SENSITIFS

Les nerfs sensitifs peuvent présenter divers troubles : anesthésie, hyperesthésie ou paresthésie.

L'**anesthésie des fosses nasales** reconnaît soit une origine hystérique, soit une lésion du trijumeau, en particulier la destruction de ce nerf. Elle se traduit par l'abolition du réflexe de l'éternuement et du larmolement, au niveau de la zone lésée. Ce trouble est en général unilatéral.

L'**anesthésie du pharynx** qui relève des mêmes causes que les paralysies peut s'observer à la suite du choléra, du diabète, des entérites, elle est grave surtout lorsqu'elle s'étend à toutes les régions du pharynx. Elle ne comporte pas de gravité sérieuse au niveau de la région supérieure car le mouvement de déglutition se continue automatiquement jusqu'au voile du palais, mais il n'en est pas de même au niveau du pharynx laryngé ; l'occlusion du larynx se produisant par acte réflexe à la suite de l'excitation du pharynx

et du larynx l'anesthésie pourra s'accompagner de troubles graves, la déglutition devra être surveillée et il pourra être nécessaire dans certains cas de recourir à l'alimentation artificielle.

Le traitement causal est le même que celui des paralysies. La diminution de la sensibilité du pharynx produite par l'ingestion habituelle d'aliments et de liquides trop chauds, trop froids ou trop épicés ainsi que l'insensibilité de la muqueuse nasale consécutive à l'abus du tabac à priser ou à d'autres irritations continuelles peuvent déterminer des affections graves. En effet le rôle de la muqueuse disparaît, sa sensibilité émoussée ne peut plus la préserver de l'introduction de corps nuisibles qui exercent une action néfaste sur les voies digestives et pulmonaires. De même dans les fosses nasales les appareils réflexes de défense, tels que l'érection du tissu érectile et l'éternuement n'étant plus mis en jeu permettent la pénétration de corps étrangers plus ou moins volumineux dans les voies aériennes.

L'**hyperesthésie de la muqueuse nasale** explique la douleur éprouvée par certaines personnes à la respiration d'un air froid ou mélangé de vapeurs irritantes, elle explique également l'éternuement ou le larmolement fréquents.

Tous les médecins connaissent bien l'**hyperexcitabilité du pharynx** provoquée par une influence psychique (la phobie des vomissements, par exemple) et qui empêche tout examen. Citons encore les nausées et les vomissements, qui se produisent le matin au réveil après l'abus du tabac et de l'alcool.

On observe enfin chez des sujets nerveux des **paresthésies** se traduisant sous forme de sensation de corps étrangers, de maladies imaginaires de la gorge et du pharynx et surtout de fausses localisations de troubles réels, mais existant en d'autres points. Ces derniers cas sont fréquents, car la faculté de localisation s'exerce d'une façon très défectueuse dans le pharynx : les premiers au contraire sont exceptionnels, quoiqu'on les diagnostique souvent, mais il faut tenir compte que ces sensations peuvent être produites par des affections réelles parfois difficiles à découvrir. On ne peut donc faire le diagnostic de paresthésies d'origine véritablement nerveuse qu'après exclusion de toute lésion objective. Le traitement est également psychique.

Parmi les troubles de la sensibilité il faut encore ranger

les **névralgies** ; on observe en effet des troubles névralgiques dans la sphère du trijumeau qui innerve la muqueuse bucco-pharyngienne, mais surtout la **glossodynie**. Cette affection apparaît à l'âge moyen et est produite par une névrite du glosso-pharyngien ou du trijumeau ; à proprement parler il s'agit d'une douleur continue et non par accès comme dans les névralgies. Il faut toujours en rechercher la cause dans l'hystérie ou dans l'hypocondrie.

TROUBLES SENSORIELS

Les troubles de l'odorat et du goût s'observent simultanément. On les désigne sous le terme d'agueusie et de paragueusie (l'hyperagueusie se rapporte principalement à la partie olfactive du goût).

L'**agueusie** se produit mécaniquement lorsqu'une inflammation catarrhale intense de la bouche ou un enduit saburral épais empêche l'excitation des terminaisons nerveuses (sensation de goût pâteux) ; elle est due aussi à la paralysie des nerfs sensitifs : trijumeau et glosso-pharyngien mais surtout corde du tympan et tronc du facial. Dans les névrites rhumatismales et inflammatoires, par exemple au cours d'otite moyenne, on peut observer de la **paragueusie** c'est-à-dire qu'il y a confusion entre les sensations sucrées et amères. Naturellement les paralysies centrales de ces nerfs ont les mêmes conséquences, mais on devra conclure à une origine névritique lorsque les troubles sont unilatéraux.

L'**anosmie** se produit lorsque des obstacles mécaniques empêchent le courant d'air respiratoire d'arriver à la fente olfactive ou lorsqu'il chemine le long du plancher des fosses nasales anormalement spacieuses. L'anosmie se produit encore lorsque la fonction des cellules olfactives est annihilée soit dans le cas de suppurations nasales, soit à la suite d'irritations violentes (vapeurs caustiques, parfums subtils).

Enfin l'anosmie centrale est due à des traumatismes, à des inflammations ou à des tumeurs des bulbes ou du tronc des nerfs olfactifs ; le diagnostic n'est possible que s'il existe d'autres symptômes de tumeurs de la base, quelquefois il se fait seulement à l'autopsie.

Des anosmies passagères s'observent dans le cours ou après des rhinites aiguës.

Le pronostic de l'anosmie de cause mécanique est lié à la suppression de l'obstacle, de même que les troubles de l'odorat dus à des suppurations dépendent de la guérison de ces rhinites purulentes, mais il faut toujours craindre l'atrophie définitive due à une inactivité prolongée.

Par **parosmie** on désigne la production par certaines odeurs de sensations différentes de celles qui devraient être perçues normalement. On observe ces fausses perceptions, souvent fort désagréables, dans l'hystérie, dans la convalescence de l'influenza, et dans ce cas elles sont liées vraisemblablement à des lésions directes de la membrane olfactive.

On rencontre ces phénomènes dans toutes les affections centrales et psychiques, et alors il ne faut pas les confondre avec les hallucinations de l'odorat qui se produisent spontanément, de même qu'il ne faut admettre le diagnostic de CACOSMIE SUBJECTIVE qu'après avoir examiné les fosses nasales, et éliminé l'existence d'une sinusite.

TROUBLES VASO-MOTEURS ET SÉCRÉTOIRES

L'hyperémie de la muqueuse nasale, d'origine vasomotrice, est le résultat d'une irritation de la muqueuse ; mais on peut aussi l'observer comme phénomène supplémentaire, en particulier de la menstruation. Elle se manifeste par des variations de volume du tissu érectile des fosses nasales, et elle s'accompagne de troubles sécrétoires : sécrétion de mucus nasal aqueux et salivation abondante. Ces phénomènes peuvent aussi dépendre d'excitations périphériques olfactives, thermiques et gustatives ou de simples excitations nerveuses. L'écoulement nasal, lorsqu'il est très abondant est qualifié d'hydrorrhée nasale vasomotrice, qu'il faut différencier d'avec les sinusites catarrhales, L'hydrorrhée nerveuse vraie sera combattue par l'atropine mais surtout par un traitement général.

Lorsqu'il se produit une excitation anormale au niveau de la muqueuse des voies aériennes supérieures les muscles respiratoires réagissent par un mouvement de défense comme dans les cas de pénétration de corps étranger ; le diaphragme se met en position expiratoire ainsi que les muscles du thorax, la glotte se ferme, les muscles des bronches se

contractent. La toux se produit si l'excitation s'est faite au niveau du larynx ou du pharynx inférieur ; il y a éternuement dans le cas d'excitation des fosses nasales ou de la partie antérieure du palais.

TROUBLES RÉFLEXES

Des excitations périphériques ne déterminant chez certains sujets aucune réaction provoquent au contraire chez d'autres une contracture des muscles bronchiques et des autres muscles respiratoires, c'est-à-dire de l'asthme, parfois des accès de toux ou d'éternuement convulsifs. L'excitation peut être produite par des attouchements légers mais fréquemment répétés ; tel est le cas de petits polypes mobiles provoquant un chatouillement en certains points de la pituitaire, d'autres fois à la suite de lésions des terminaisons nerveuses des cornets et de la cloison, le réflexe se produit consécutivement à de légères excitations thermiques. Parmi les causes de l'asthme, une des plus fréquentes et à laquelle on songe peu, est l'écoulement de mucosités dans le pharynx et surtout de sécrétions nasales anormales ; les mouvements d'expectoration pénibles et souvent infructueux du pharynx en même temps que l'irritation provoquée par l'action chimique et mécanique des sécrétions déterminent facilement le réflexe expirateur.

A cette excitation locale et au tempérament du malade il faut ajouter bien souvent une prédisposition créée par les saisons ; les accès ne surviennent en effet qu'à certaines périodes de l'année ou de la journée ainsi qu'à certains endroits ; en général, le froid, la poussière ont une action incontestable sur l'apparition de l'accès. On ne devra donc pas attacher une trop grande importance à l'épreuve de la cocaïne pour constater le rapport qui existe entre le point irrité de la muqueuse et l'asthme. En général, on pourra incriminer les zones réflexes du nez et du pharynx dont l'anesthésie arrête ou calme un accès, mais non avec une certitude absolue.

Le traitement naso-pharyngien de l'asthme est purement empirique. On ne peut espérer la guérison qu'avec la suppression des zones de la muqueuse que la cocaïne a démontrées être le point du départ du réflexe, sans promettre quoi que ce soit au malade, le traitement doit se borner à sup-

primer ou diminuer les hypersécrétions : souvent des lavages réguliers suffisent, quelquefois une légère cautérisation des points suspects de la muqueuse, en particulier le tubercule de la cloison, le bord supérieur du cornet inférieur et les granulations du pharynx. Il faudra supprimer également les polypes, surtout ceux qui sont mobiles, et les autres tumeurs ; enfin, assurer la perméabilité des fosses nasales. On devra complètement rejeter les vastes cautérisations, l'ablation de petites déviations de la cloison dont l'excision n'est indiquée que si elles sont au contact des cornets inférieur ou moyen. A ces soins locaux il faut joindre un traitement psychique et général ainsi que la pneumothérapie, et prescrire l'iodure de potassium à haute dose.

Les réflexes, plus rares, de toux et d'éternuement sont peut-être encore plus désagréables et pour le malade et pour le médecin. En effet lorsque, la suppression des points d'irritation (cloison, cornets, amygdale linguale, granulations, etc.), ne détermine pas la guérison, il faut alors compter avec le terrain neurasthénique ou hystérique, et le traitement est alors des plus aléatoires.

Les réflexes de la muqueuse nasale peuvent se produire également par l'excitation d'autres parties du corps, et en particulier du conduit auditif externe. En dehors des phénomènes respiratoires, les réflexes sont aussi en relation avec l'appareil cardiaque, par l'excitation ou la paralysie du pneumogastrique. Les névroses cardiaques, la tachycardie et la bradycardie ainsi que l'arythmie, peuvent reconnaître comme cause des excitations mécaniques, dont le point de départ siège au niveau de la muqueuse du nez. On a signalé des cas de syndrome de maladie de Basedow disparaissant après le traitement d'affection nasale. Néanmoins on devra se garder d'un optimisme exagéré dans le pronostic.

Le dernier groupe des réflexes comprend les phénomènes vaso-moteurs sécrétoires : érythèmes et œdèmes des téguments de la face dorsale du nez et des joues ; hyperémie persistante des téguments et du tissu érectile des fosses nasales, hyperémie et conjunctivite catarrhale accompagnées d'asthénopie et d'autres troubles fonctionnels de la vue.

Il faut bien distinguer des réflexes, certains troubles éloignés, en particulier les sensations douloureuses siégeant en des points voisins ou très distants des cavités nasale ou bucco-pharyngienne. On peut les expliquer soit par l'irradiation d'une excitation sensitive, se produisant en certains points

d'une sphère nerveuse, ou d'un plexus nerveux voisin, soit par une hypersensibilité générale. Dans la première catégorie il faut ranger les douleurs occipitales au cours des sinusites frontales, la douleur sus-orbitaire dans la sinusite maxillaire, les douleurs d'origine dentaire occupant le maxillaire inférieur et supérieur dans les affections intéressant la région du nerf alvéolaire supérieur, etc. Dans la seconde catégorie, c'est-à-dire parmi les troubles éloignés proprement dits, il faut citer la gastralgie, les troubles dysménorrhéiques et nombre de douleurs analogues qui disparaissent par la cocaïnisation d'un point quelconque du nez ou du pharynx.

Lorsque l'on tentera le traitement de ces troubles éloignés à point de départ probablement nasal, on ne devra rien promettre et en outre tenir compte du « nihil nocere ».

LÉSIONS TRAUMATIQUES, MÉCANIQUES, CHIMIQUES ET THERMIQUES

Les traumatismes des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngienne ne diffèrent pas en général quant à la symptomatologie et au traitement des affections chirurgicales ordinaires. Comme dans tous les traumatismes des muqueuses, la guérison se fait rapidement. Il n'y a de complications que lorsque la plaie provoque des adhérences ou synéchies entre deux surfaces opposées, grâce au tamponnement on les évitera.

TRAUMATISMES

Les **TRAUMATISMES DE LA CLOISON** entraînent des déformations spéciales. Lorsque la lésion frappe le cartilage, elle détermine une hémorragie, uni ou bilatérale, entre le péri-chondre et le cartilage quadrangulaire ; consécutivement à cet hématome, le cartilage cessant d'être vascularisé peut se nécroser rapidement et entraîner la déformation connue sous le nom de nez en lorgnette, surtout dans les cas où l'hématome, infecté à travers la muqueuse contuse ou rompue, a suppuré.

Il peut se produire également dans les traumatismes du nez un **abcès de la cloison**, caractérisé au début par

un peu de gêne respiratoire, une douleur accompagnée de battements, avec sensation de chaleur ; plus tard apparaît dans la région du tubercule de la cloison, d'un ou des deux côtés, une tuméfaction dépressible.

L'**hématome** devra être incisé largement puis après avoir enlevé les caillots, on appliquera la muqueuse sur le cartilage par un tamponnement. Les fragments de cartilage nécrosé et mobile seront enlevés ; les abcès seront largement incisés et drainés par une mèche. On peut aussi observer dans les traumatismes violents qui frappent les cornets (fig. 32), des synéchies, entre eux et la cloison et nécessitent un traitement analogue à celui des adhérences congénitales.

Dans la cavité buccale, les morsures de la langue s'observent surtout chez les épileptiques et constituent un élément précieux de diagnostic. Cependant il faut savoir que cette lésion peut aussi s'observer dans le catarrhe chronique de la cavité buccale, dans les cas d'anesthésie linguale et au cours des paralysies.

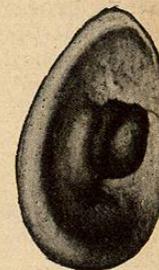


Fig. 33. — Adhérence du cornet moyen droit et de la cloison consécutive à une fracture du nez par coup de pied de cheval. Synéchie congénitale du cornet inférieur avec une épine de la cloison.

LÉSIONS MÉCANIQUES

Les *irritations mécaniques* des muqueuses s'exercent d'une façon tellement continue que souvent l'épithélium ne réagit plus ; c'est ce qui se produit en particulier vis-à-vis toutes les poussières. Quand l'irritation détermine un syndrome morbide, il faut admettre une irritabilité particulière dont l'explication reste encore à trouver. Un exemple typique est fourni par la **rhinique spasmodique** provoquée par la poussière des fleurs, le pollen, le **rhume des foin**. A une période déterminée de l'année, toujours constante, il se produit des troubles paroxystiques, caractérisés par une conjonctivite catarrhale intense, un catarrhe