

Pendant un violent effort, ce ne sont pas seulement les cordes vocales inférieures, mais encore les supérieures qui se rapprochent; en même temps, l'épiglotte et son tubercule s'abaissent, et, celui-ci s'appliquant sur les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs, il se produit ainsi une triple occlusion de la fente glottique (fig. 132).

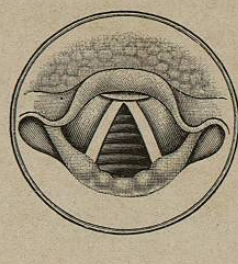


FIG. 130. — Image laryngoscopique d'un larynx sain pendant l'inspiration.

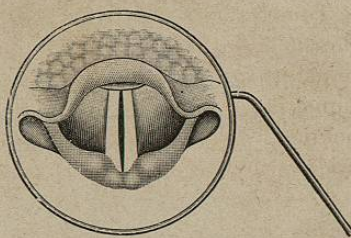


FIG. 131. — Image laryngoscopique d'un larynx sain pendant la phonation.

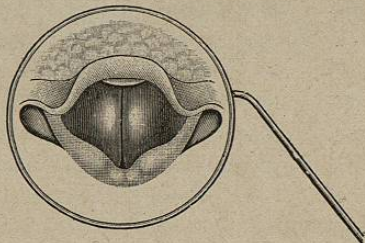


FIG. 132. — Image laryngoscopique d'un larynx sain au moment de l'effort.

Les altérations pathologiques de la motilité frappent principalement la glotte proprement dite. Ce n'est que rarement que l'on observe l'ankylose de l'articulation des cartilages aryténoïdes; le plus souvent il s'agit de paralysie des muscles glottiques.

Un seul de ces muscles est innervé sûrement par le nerf laryngé supérieur (pneumogastrique), c'est le tenseur des cordes vocales ou crico-thyroïdien; quant à la musculature de l'épiglotte (muscles thyro-ary-épiglottiques), on ne sait si elle est animée par le récurrent ou par le laryngé supérieur.

1. — La paralysie du muscle crico-thyroïdien se reconnaît moins facilement au laryngoscope que par les signes fonctionnels suivants: impossibilité d'émettre des sons aigus, et rapprochement incomplet des cartilages thyroïde et cricoïde dans cette tentative. Au laryngoscope on constate la disparition de l'apophyse vocale, la rétraction de la portion moyenne de la corde vocale paralysée pendant l'inspiration, et sa prééminence pendant l'expiration; dans l'émission des sons aigus, la corde paralysée paraît plus courte et plus profonde que celle du côté sain (1).

(1) Les crico-thyroïdiens sont tenseurs des cordes vocales et accessoirement constricteurs de la glotte. Longet a vu que, le nerf laryngé externe qui les anime étant

2. — Le muscle thyro-ary-épiglottique est destiné à attirer en arrière l'épiglotte et à empêcher pendant la déglutition, les aliments de pénétrer dans le larynx. Ce muscle est-il paralysé, les malades sont obligés parfois de se faire nourrir à la sonde œsophagienne. Au laryngoscope, on trouve l'épiglotte toute droite, immédiatement appliquée contre la base de la langue et absolument immobile.

Tous les autres muscles laryngiens obéissent au nerf récurrent. Au point de vue de la forme qu'ils donnent, en fonctionnant, à l'image laryngoscopique, on peut les diviser en dilatateurs et en constricteurs de la fente glottique. Les constricteurs sont les muscles thyro-aryténoïdien interne, aryténoïdien, thyro-aryténoïdien externe, crico-aryténoïdien latéral. Le muscle crico-aryténoïdien postérieur est seul dilatateur.

3. — Dans la paralysie unilatérale complète du récurrent, la corde vocale correspondante demeure immobile pendant l'inspiration et l'expiration, ainsi que dans toute tentative de phonation. Son attitude n'est cependant pas celle de l'inspiration forcée, mais, à peu près, celle que les cordes vocales ont sur le cadavre; aussi Ziemssen l'a-t-il désignée sous le nom de position cadavérique (fig. 133). Dans la phonation, la corde vocale saine

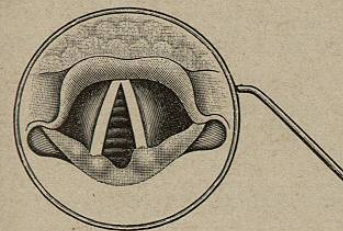


FIG. 133. — Image laryngoscopique dans la paralysie du nerf récurrent gauche, pendant l'inspiration.

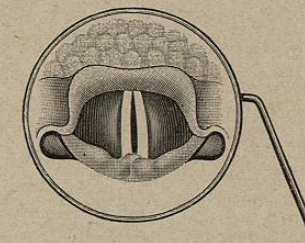


FIG. 134. — Image laryngoscopique dans la paralysie du nerf récurrent gauche pendant la phonation, avec entrecroisement des cartilages aryténoïdes.

non seulement s'avance jusqu'à la ligne médiane du larynx, mais la dépasse et cherche, en se rapprochant de la corde vocale paralysée, à réaliser l'occlusion de la glotte, manœuvre qui implique une activité exagérée du

coupé, les cordes vocales se relâchent, et la voix devient rauque. Si, avec une pince, on porte en avant le thyroïde, on simule l'action du crico-thyroïdien, et la voix redevient normale.

La paralysie isolée de ce muscle est fort rare; elle est le plus souvent combinée avec celle des autres muscles surtout avec celle des muscles thyro-ary-épiglottiques. Isolée ou associée elle s'accompagne d'anesthésie complète de la muqueuse du larynx (filets sensitifs du laryngé supérieur) avec toutes ses conséquences, de gêne de la déglutition de raucité monotone de la voix, et d'impossibilité de produire des sons élevés. Au laryngoscope: épiglotte immobile, penchée en arrière contre la base de la langue; mouvements des cordes vocales normaux; glotte onduleuse quand l'affection est bilatérale; fréquemment légère dépression de la portion centrale des cordes vocales pendant l'inspiration et l'élévation correspondante pendant l'expiration et la phonation.

La diphtérie est la cause principale de cette paralysie.

muscle crico-aryténoïdien latéral. En même temps, il se produit un entrecroisement des cartilages de Santorini et très rarement aussi de ceux de Vrisberg, de telle sorte que le cartilage du côté sain se place devant (rarement derrière) celui du côté malade (fig. 134). Lorsque la paralysie du récurrent se prolonge quelque temps, la corde vocale paralysée s'atrophie et devient plus mince que sa congénère (fig. 135). La voix manque de timbre,

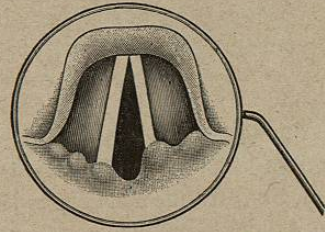


FIG. 135. — Image laryngoscopique dans la paralysie du récurrent gauche avec atrophie de la corde vocale paralysée (ZIESSSEN, *Handb. der Spez. Path.*, t. IV, p. 459).

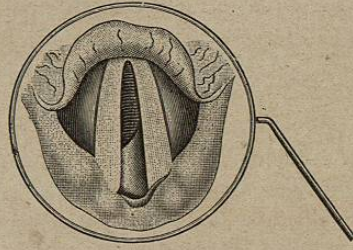


FIG. 136. — Image laryngoscopique dans la paralysie des deux nerfs récurrents. D'après une figure de TURCK.

elle est ronflante, aiguë et passe souvent au fausset. Ces phénomènes s'expliquent par la tension exagérée de la corde vocale saine et par l'irrégularité des vibrations de la corde vocale paralysée.

4. — Dans la paralysie du nerf récurrent des deux côtés, les deux cordes vocales sont dans la position cadavérique, et incapables de tout mouvement (fig. 136). Les malades sont absolument aphones et ne peuvent ni tousser ni expectorer fortement, parce que ces manœuvres nécessitent l'occlusion de la glotte (1).

5. — Le muscle crico-aryténoïdien postérieur est chargé d'attirer en dehors l'apophyse antérieure des cartilages aryténoïdiens et d'élargir ainsi la fente glottique. Il entre donc en jeu à chaque inspiration.

Dans la paralysie unilatérale de ce muscle, la corde vocale paralysée reste, pendant l'inspiration, sur la ligne médiane, pendant que sa congénère

(1) Cette paralysie est très rare. Elle s'observe dans la compression des deux récurrents par un cancer de l'œsophage, par les tumeurs de la glande thyroïde, par un anévrysme de l'aorte et un anévrysme du tronc brachio-céphalique existant simultanément, par l'hypertrophie des ganglions bronchiques ; enfin, elle peut être due à une affection de la moelle.

Le nerf récurrent anime aussi bien les abducteurs que les adducteurs des cordes vocales. Lorsque tout le tronc du nerf est affecté, les cordes vocales restent dans la position cadavérique et il n'y a point de dyspnée, malgré une sorte de trop plein respiratoire. Le malade ne peut ni tousser ni parler. L'expiration est très laborieuse.

Quand la paralysie est incomplète, les symptômes varient suivant le degré de compression du récurrent, et suivant les filaments nerveux comprimés. Si les filets des adducteurs sont atteints, les abducteurs écartent les cordes vocales. Dans le cas contraire, les adducteurs les portent vers la ligne médiane. En règle générale, les abducteurs sont plus souvent paralysés que les adducteurs. La véritable cause de ce fait reste inconnue, et a donné lieu à des discussions nombreuses.

saine se porte en dehors (fig. 137). En même temps l'extrémité de l'apophyse vocale s'abaisse un peu. La voix est rude, surtout lorsque le malade parle haut ; en cas d'inspiration profonde, on perçoit quelquefois du cornage, dû aux vibrations sonores transmises par le courant aérien à la corde vocale paralysée.

Lorsque les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sont paralysés tous deux, les deux cordes vocales demeurent sur la ligne médiane pendant l'inspiration ; lorsque celle-ci est énergique, leurs bords internes sont attirés l'un contre l'autre, et il se produit de la dyspnée inspiratoire (fig. 138).

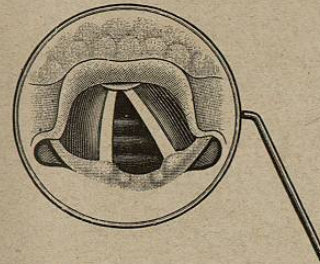


FIG. 137. — Image laryngoscopique dans la paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur du côté droit, pendant l'inspiration.

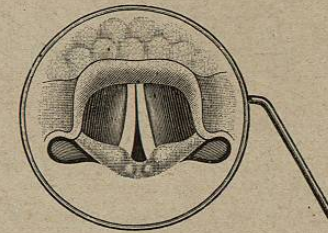


FIG. 138. — Image laryngoscopique dans la paralysie double des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, pendant l'inspiration.

Ce qu'il y a de caractéristique, c'est que la phonation n'en souffre pas, car la tension et les mouvements centrifuges des cordes vocales ne sont troublés que d'une façon peu appréciable (1).

6. — Le muscle thyro-aryténoïdien interne tend les cordes vocales et rétrécit par conséquent la glotte. Dans la paralysie unilatérale de ce muscle, la corde vocale malade présente, au moment de la phonation, un peu de concavité à son bord interne (fig. 139) ; lorsque la paralysie est double, la glotte tout entière est figurée par une échancrure elliptique (fig. 140) (2).

(1) Le muscle crico-aryténoïdien postérieur attire l'apophyse externe ou postérieure en arrière et en dedans, et, par conséquent, l'apophyse antérieure ou interne en dehors ; il dilate ainsi la glotte.

Dans sa paralysie bilatérale, les cordes vocales sont rapprochées ; l'ouverture de la glotte n'est plus qu'une petite fente qui se resserre encore à chaque inspiration. La position des cordes s'explique par la contraction et même la contracture des muscles antagonistes, les adducteurs.

Symptômes fonctionnels : *Dyspnée purement inspiratoire*, d'abord inconstante et liée aux efforts et à la fatigue, puis se développant peu à peu et devenant permanente ; *expiration facile* ; *stridor ou cornage* ; *voix normale* ou presque normale puisque les constricteurs et les tenseurs de la glotte fonctionnent normalement.

Causes principales : froid ; catarrhe du larynx ; fatigue musculaire due à des excès de phonation ; traumatisme (corps étrangers de l'œsophage, aliments trop durs, trop froids ou trop chauds) ; syphilis (gomme du muscle) ; hystérie, etc.

(2) Les deux muscles thyro-aryténoïdiens ne peuvent plus vibrer, d'où *aphonie*. Dans la paralysie unilatérale ou la parésie, il y a *dysphonie*. — La muqueuse est tantôt pâle, tantôt congestionnée. — Cette paralysie est rarement isolée. Elle peut

7. — Le muscle aryténoïdien est préposé à l'occlusion du tiers postérieur de la glotte, de ce que l'on appelle la glotte cartilagineuse. Dans la paralysie isolée de ce muscle, on voit, pendant la phonation, le segment pos-

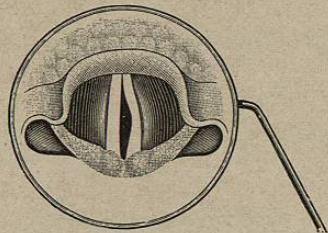


FIG. 139. — Image laryngoscopique dans la paralysie du muscle thyro-aryténoïdien interne gauche.

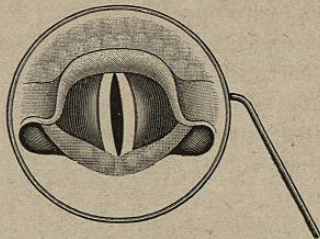


FIG. 140. — Image laryngoscopique dans la paralysie double des thyro-aryténoïdiens internes.

térieur de la fente glottique demeurer béant, et, alors, il se présente sous forme d'un triangle à travers lequel l'air peut circuler en toute liberté (fig. 141) (1).

8. — Il n'est pas rare d'observer en même temps la paralysie des muscles

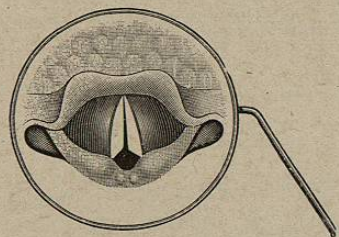


FIG. 141. — Image laryngoscopique, pendant la phonation, de la paralysie double des aryténoïdiens postérieurs.

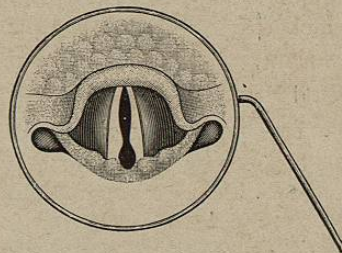


FIG. 142. — Image laryngoscopique dans la paralysie simultanée des muscles thyro-aryténoïdiens internes et des aryténoïdiens.

aryténoïdiens et celle des muscles thyro-aryténoïdiens internes. En ce cas, les deux tiers antérieurs (glotte membraneuse) aussi bien que le tiers

être *intermittente* : la voix peut paraître et disparaître. — Elle est souvent combinée avec celle de l'aryténoïdien.

Causes principales : la fatigue exagérée de la voix ; le catarrhe du larynx ; le rhumatisme ; l'intoxication par le plomb, l'arsenic, etc. ; enfin et surtout l'hystérie, et, dans ce dernier cas, la paralysie qui nous occupe s'accompagne fréquemment d'anesthésie du voile du palais, d'abolition du réflexe pharyngien, etc., toutes choses qui doivent tout d'abord mettre sur la voie du diagnostic.

(1) Dans la phonation, on voit, au laryngoscope, les cordes vocales se rapprocher d'une manière normale dans les trois quarts antérieurs de la glotte ; le quart postérieur, ou portion cartilagineuse, reste ouvert, et forme un triangle isocèle à base correspondant à la paroi postérieure du larynx.

Le symptôme principal est l'enrouement ou même l'aphonie. Cette paralysie accompagne souvent celle des thyro-aryténoïdiens. Elle est due la plupart du temps à un catarrhe aigu et quelquefois à l'hystérie.

postérieur (glotte cartilagineuse) de la fente glottique demeurent béants au moment de la phonation ; ils sont séparés par une protubérance légère provenant de l'apophyse vocale et développée sur le bord interne des cordes vocales (fig. 142).

Les symptômes des paralysies isolées des muscles crico-aryténoïdiens latéraux (1) et thyro-aryténoïdiens externes ne sont pas encore connus avec certitude (2).

Dans la pratique, les méthodes d'exploration du larynx précédemment décrites, suffisent amplement. On a désigné sous le nom d'*autolaryngoscopie* une modification de la laryngoscopie, dans laquelle l'observateur s'introduit le laryngoscope dans la gorge, obtient et examine sa propre image laryngoscopique à l'aide d'un second miroir convenablement placé devant sa bouche. Ce procédé est à la portée des malades intelligents. Il a été introduit dans la pratique par Czermak.

Pour permettre à deux observateurs de regarder en même temps l'image laryngoscopique, Bose a, le premier, fait usage d'un prisme rectangulaire en verre qu'il place entre le laryngoscope et le réflecteur, de telle façon que l'un des observateurs aperçoit l'image en ligne droite, tandis qu'elle parvient à l'autre latéralement suivant les lois de la réflexion totale. A la clinique universitaire de Göttingue, on se sert d'un appareil construit par Winckel, qui est basé sur le même principe, il est vrai, mais qui permet l'inspection à trois observateurs en même temps. Il consiste en un réflecteur ordinaire, mobile en tous sens, fixé sur un support solide, sur lequel

(1) La paralysie isolée du crico-aryténoïdien latéral, c'est-à-dire sans participation du thyro-aryténoïdien et de l'aryténoïdien, est fort rare et très difficile à diagnostiquer. Si elle existe isolée, et si ces deux groupes de muscles sont restés sains et fonctionnent, les cartilages aryténoïdes peuvent encore glisser en dedans, et les cordes vocales se tendre. Aussi la voix est-elle alors peu troublée.

Au laryngoscope, on devrait, pendant la phonation, trouver à l'état béant la portion de la fente glottique voisine de l'apophyse vocale ou antérieure du cartilage aryténoïde.

(2) M. LUBET-BARBON, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1887), étudie les causes des paralysies des muscles du larynx et les divise ainsi :

1^o *Paralysies d'origine centrale* : Hémorrhagie cérébrale, ramollissement cérébral, tumeurs du cerveau (syphilis), paralysie labio-glosso-laryngée, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire progressive, ataxie locomotrice, hystérie.

2^o *Paralysies d'origine périphérique* : section des récurrents ; compression (tumeurs du pharynx, du cou ou de l'œsophage, anévrysmes, adénopathie trachéo-bronchique, tumeurs diverses du médiastin, maladies du cœur et du sommet du poumon) ; névrite primitive (tuberculose, diphtérie) ; fièvres graves ; syphilis ; rhumatisme ; inflammations de la muqueuse ; intoxications ; anémie ; parasites (trichinose).

Chez les tuberculeux, l'aphonie est due à des paralysies ou à des parésies des muscles laryngés attribuées d'ordinaire à des compressions ganglionnaires sans lésions tuberculeuses du larynx. Souvent même, à la dernière période, le larynx est envahi à son tour par la tuberculose. Lubet-Barbon et Dutil ont observé et décrit des paralysies laryngées sans cause apparente. Au microscope, ils ont trouvé une névrite parenchymateuse très nette du récurrent du côté paralysé, et une atrophie simple du muscle de la corde vocale. Aucun ganglion ne comprimant le nerf, il s'agirait là d'une névrite périphérique primitive, due à l'intoxication, à l'infection tuberculeuse.

il glisse à volonté. En son centre, il porte trois trous. Aux deux trous latéraux, est adapté un prisme quadrangulaire, de sorte que l'image arrive par réflexion totale aux observateurs de droite et de gauche, tandis que le troisième l'aperçoit directement à travers le trou central.

Sous le nom de laryngoscopie par transparence, Czermak a décrit une méthode d'investigation, qui consiste à concentrer des rayons solaires au moyen de miroirs concaves ou de lentilles et à les diriger sur la face antérieure de la région laryngée pendant que l'on introduit le laryngoscope dans le pharynx plongé dans l'obscurité. On aperçoit de cette façon les différentes

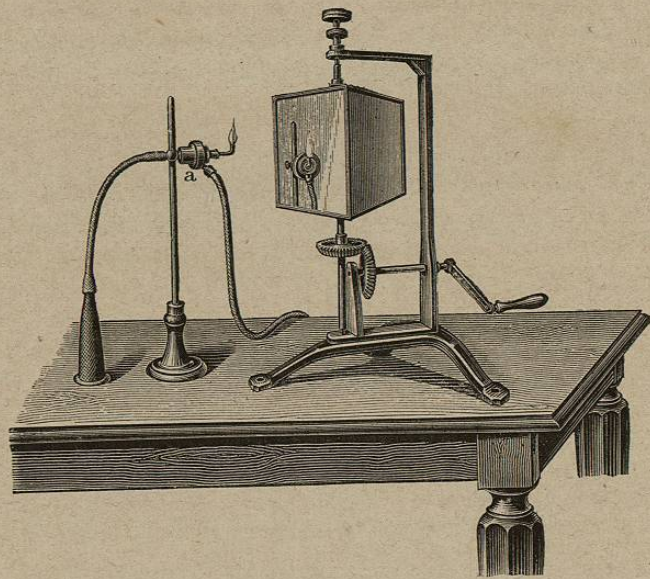


FIG. 143. — Appareil à flamme manométrique de KOENIG.

parties du larynx et de la trachée avec une magnifique coloration rouge vif ; cependant la méthode n'a pas acquis de valeur pratique véritable.

Czermak est également le premier qui ait pratiqué sur l'homme vivant ce qu'avant lui, Neudörfer avait essayé sur le cadavre ; il a introduit le laryngoscope à travers une plaie du larynx pour rendre les parties du larynx visibles par en bas. Il fit pénétrer dans la plaie un petit tube échancré à son extrémité antéro-supérieure, et, à travers ce tube, introduisit son miroir laryngien et envoya ensuite des rayons lumineux sur le miroir au moyen d'un réflecteur. Türk et plus tard Tobold ont fait construire des canules spéciales pour l'introduction du miroir dans les plaies trachéales.

Enfin Klemm a tenté d'utiliser, pour le diagnostic des maladies du larynx, un appareil construit par König de Paris et connu des physiciens sous le nom de *flamme manométrique*. Cet appareil est une petite capsule de bois, divisée en deux moitiés antérieure et postérieure par une mince

membrane. La moitié postérieure est en communication, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, avec un entonnoir dans lequel on parle. La moitié antérieure porte un bec de gaz très fin et offre latéralement une tubulure qui peut être mise en communication avec une conduite de gaz. La flamme du gaz est placée devant un dé garni de quatre miroirs et tournant rapidement sur lui-même au moyen d'un système d'horlogerie. Les vibrations sonores, lancées dans l'entonnoir au moment de la phonation, se transmet-

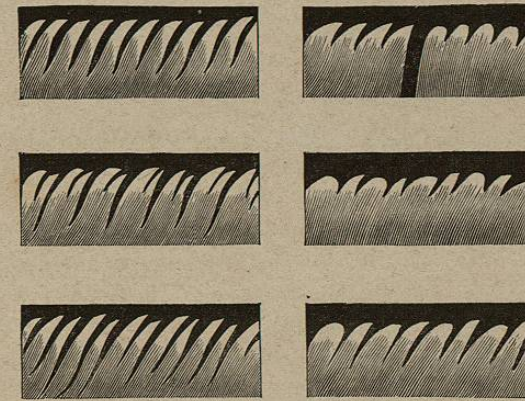


FIG. 144. — A gauche, image de la flamme dans le cas de voix normale. A droite, image de la flamme dans le cas d'enrouement minime et médiocre. D'après KLEMM. (Arch. der Heilkunde, 1886, t. VI.)

tent à la membrane qui divise en deux la capsule en bois, et, de là, à la flamme du gaz ; aussi dans le miroir tournant, on aperçoit une image formée par des dentelures dont l'aspect dépend de la hauteur, de l'intensité et du timbre des sons émis. En cas d'enrouement, l'image devient naturellement irrégulière. Les dentelures sont moins élevées, plus émoussées à la pointe et empâtées, les incisions intercalaires paraissant moins profondes et plus effacées (fig. 144). Il est bien peu probable que cette méthode d'exploration ait de l'avenir et doive être un jour considérée comme le complément de l'examen laryngoscopique.

9. — Examen du nez.

Les méthodes physiques d'exploration que l'on emploie pour le diagnostic des affections du nez ressemblent sous tous les rapports, à celles dont on se sert pour l'examen du larynx ; elles consistent presque exclusivement dans l'inspection et la palpation de l'organe. Cette similitude de moyens d'exploration est devenue encore plus étroite depuis qu'à la découverte de la laryngoscopie est venue s'ajouter celle de la rhinoscopie, dont Czermak est également l'inventeur.

Les cavités nasales constituent un terrain commun aux branches les plus diverses de la médecine pratique. Le chirurgien et l'auriste y trouvent l'origine de processus morbides parfois fort graves. La pathologie interne y rencontre des lésions telles que l'oblitération des fosses nasales qui amène à sa suite des affections d'organes internes, notamment des poumons, et l'eczéma de la muqueuse qui donne lieu souvent à de l'érysipèle de la face. C'est pourquoi il est indispensable que le praticien soit familiarisé, lui aussi, avec l'exploration des fosses nasales (1).

A — Palpation du nez.

On distingue comme pour le larynx une palpation interne et une palpation externe, et, selon qu'on introduit le doigt, lorsqu'on pratique la palpation interne, dans l'orifice antéro-externe ou dans l'orifice postérieur des fosses nasales, la palpation sera antéro-interne ou postéro-interne.

Dans la *palpation externe*, il s'agit le plus souvent de rechercher des points douloureux circonscrits, plus rarement de la fluctuation en cas d'abcès, ou de la crépitation emphysémateuse, qui peut se développer à la suite de plaies du nez. La palpation externe sert à constater la perméabilité des fosses nasales. Pour cela, on ferme l'une des narines doucement mais solidement en pressant sur sa face externe, et on fait pratiquer une forte expiration à travers l'autre, et vice versa.

Le bruit respiratoire doit aussi attirer l'attention car si les fosses nasales ne sont pas entièrement oblitérées, mais simplement rétrécies, l'expiration s'accompagnera d'un bruit de sténose sifflant ou sibilant. D'ailleurs, il convient de noter ici qu'il faut tenir compte, pour le diagnostic général des affections nasales, d'autres phénomènes acoustiques.

La physiologie nous apprend que les cavités nasales jouent un grand rôle, comme caisses de résonance, dans l'articulation et la phonation. Si du fait de la maladie il y a des modifications de cette résonance, la parole prend un caractère nasonné particulier, presque spécifique des états pathologiques du nez.

Signalons enfin l'importance de la palpation externe pour le diagnostic des *épistaxis*. En effet, si l'on veut arrêter une hémorrhagie nasale profuse, il faut d'abord connaître le siège de la lésion. Pour ce, on nettoie avec un mouchoir ou de l'ouate les narines ordinairement couvertes de sang, on ferme

(1) L'exploration des fosses nasales est aujourd'hui plus facile depuis qu'on emploie la cocaïne, et on peut dire que cet agent a produit une révolution dans le diagnostic et le traitement des affections du nez. Il est en effet devenu possible d'examiner une muqueuse insensibilisée et d'y faire les applications thérapeutiques nécessaires. Aussi, avant tout examen de la cavité nasale, conseillons-nous de badigeonner la muqueuse avec une solution de cocaïne au 1/10 ou au 1/20. Cette pratique aura pour résultat non seulement d'anesthésier la muqueuse, mais encore de la faire rétracter et de permettre ainsi une inspection plus approfondie.

d'abord l'une d'elles, puis la seconde ; et de cette façon on arrivera rapidement et sûrement au but désiré (1).

On pratique la *palpation antéro-interne* à l'aide du petit doigt, qui permet de pénétrer plus profondément que les autres dans les fosses nasales (2). Le succès dépend naturellement de la grosseur du doigt et du diamètre des fosses nasales. Avant tout, il faut éviter tout mouvement rapide. Le mieux est d'enfoncer le petit doigt graduellement, avec lenteur, par une sorte de mouvement tournant, et s'arrêtant de temps en temps.

Il arrive très fréquemment que l'*aditus* étroit au début et en apparence infranchissable s'élargit peu à peu et permet au doigt de pénétrer assez loin. Avant l'examen, il faut avoir soin, si c'est nécessaire, de couper et de limer l'ongle du doigt explorateur, afin d'éviter toute lésion de la muqueuse nasale qui saigne avec la plus grande facilité. La méthode que nous venons de décrire est importante surtout pour le diagnostic des corps étrangers, des tumeurs, des tuméfactions de la muqueuse et des processus ulcéreux des fosses nasales.

Dans la *palpation interne à travers l'orifice postérieur des fosses nasales*, on peut opérer exactement comme si l'on voulait palper l'épiglotte et l'entrée du larynx, à cela près qu'il faut recourber le doigt en haut, l'introduire derrière la luette, et le diriger de bas en haut. Il n'est pas nécessaire pour cela que le malade tire la langue. Pour la technique opératoire, nous renvoyons au chapitre précédent. Il est plus commode pour le médecin de se placer derrière le malade et un peu sur le côté, d'embrasser le cou du patient avec le bras gauche afin de maintenir la tête, pendant que l'index de la main droite est introduit vers l'arrière-cavité des fosses nasales en partant de la commissure labiale gauche. Chez la plupart des individus, la luette, aussitôt touchée, se contracte violemment, s'applique contre la paroi postérieure du pharynx et empêche ainsi le libre passage vers la cavité naso-pharyngienne. Elle donne au doigt la sensation d'un corps sphérique presque poli. Il faut que le débutant veille à ne pas confondre la luette contractée avec un néoplasme, d'autant plus que la palpation postéro-interne sert précisément beaucoup à diagnostiquer des tumeurs. Généralement on réussit, en reculant lentement le doigt qui palpe, à ramener la luette en avant et à s'ouvrir la voie désirée (3).

(1) L'inspection rendra ici de bien plus grands services. En effet, il n'est pas suffisant de savoir par quelle narine sort le sang, mais aussi quel est le point de la muqueuse qui saigne. En introduisant un *speculum nasi* et en étanchant autant que possible le sang avec des petits bourdonnets de coton, on ne tarde pas à remarquer que dans la plupart des cas, l'hémorrhagie se fait au niveau d'un des vaisseaux situés à la partie inférieure de la cloison. Dans ces cas, on arrête l'hémorrhagie en cautérisant la petite érosion avec une perle de nitrate d'argent fondu sur un porte-caustique.

(2) Disons que ce mode d'exploration est peu employé et ne peut rendre que des services très modestes en comparaison de ceux que donne l'inspection. On peut d'ailleurs se rendre compte de l'état des parties (induration, corps étrangers) en touchant la muqueuse anesthésiée avec un stylet boutonné.

(3) Il est très utile de bien connaître et de bien pratiquer cette manœuvre, car elle