

## B. — Inspection des fosses nasales.

Les fosses nasales ne sont accessibles à l'inspection directe que du dehors; et l'inspection non armée est restreinte aux portions les plus périphériques de la muqueuse.

L'inspection de la partie postérieure des fosses nasales constitue le domaine de la *rhinoscopie* proprement dite.

Lorsqu'on veut pratiquer l'inspection à travers l'orifice externe sans avoir recours à des auxiliaires, le malade s'assied sur une chaise, le dos appliqué contre le dossier et la tête fortement renversée en arrière, afin que les rayons lumineux puissent pénétrer dans le nez. En général, l'œil voit à une profondeur un peu plus grande si l'on a soin de relever le lobule légèrement en haut et en arrière. Il faut éviter cependant une trop grande pression qui produirait l'affaissement latéral et l'inflexion des ailes du nez et la diminution du champ visuel.

Ce mode d'exploration est facilité par l'usage d'instruments spéciaux. Ces instruments, connus sous le nom de *speculums nasi*, sont de formes diverses et dus à des auteurs non moins divers. Ils sont de deux genres : les uns sont analogues aux *speculums auris* et consistent en des tubes en caoutchouc durci, en corne ou en métal; les autres sont des instruments à branches mobiles qui agissent à la façon d'un dilateur. La préférence pour tel ou tel appareil est une question de pure habitude.

Récemment, Zaufal a proposé l'emploi d'un spéculum nasi de 9 à 11,5  $\text{cm}$ . de longueur et de 4 à 8 millim. de diamètre. On commence par nettoyer les fosses nasales à l'aide d'irrigations; puis on relève le lobule du nez et l'on procède à l'intromission de l'instrument, lentement et par un mouvement de rotation. Les tumeurs de la cloison, les forts gonflements de la muqueuse, les brides néomembraneuses allant de la cloison aux cornets, enfin l'hyperesthésie de la muqueuse sont, il est vrai, des obstacles à l'introduction; mais on les surmonte le plus souvent en ayant soin de tenir toujours l'extrémité de l'instrument dirigée en dehors. Enfin on sent que le bout antérieur du spéculum est mobile et se trouve dans l'arrière-cavité des fosses nasales; malgré l'exiguïté du champ visuel, on réussit quand même, dans ce cas, à apercevoir du dehors la paroi postérieure du pharynx, l'embouchure de la trompe d'Eustache, avec les bourrelets muqueux voisins et la face supérieure du voile du palais. On voit que cette méthode d'exploration est un excellent complément de la rhinoscopie proprement dite.

Le plus ancien des spéculums nasaux à branches mobiles est celui de

permet de faire le diagnostic de la plupart des affections du pharynx nasal, et notamment d'affirmer la présence des végétations adénoïdes.

Ces tumeurs dues à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, sont situées à la voûte du pharynx et peuvent par leur volume être une cause d'obstruction de l'orifice postérieur des fosses nasales ou de l'orifice tubaire, et amener des troubles dont nous ne pouvons aborder l'histoire ici.

Markusovsky. C'est un spéculum d'oreille à deux valves; ces valves sont planes et larges, et permettent de dilater facilement et de redresser les narines. L'utilité de cet instrument manié par des mains habiles ressort du fait que Czermak réussit à voir avec lui et sans le secours d'aucun autre appareil, la paroi postérieure de la cavité naso-pharyngienne. Parmi les appareils les plus récents, nous donnerons une courte description de celui de Fränkel. Il consiste en deux branches faites de fortes tiges d'aluminium qui peuvent être écartées à volonté au moyen d'une vis (fig. 145). On introduit l'instrument ou dans les deux narines à la fois ou dans une seule; dans ce dernier cas l'une des branches vient s'appliquer contre la cloison. Lorsqu'on écarte les branches à l'aide de la vis, l'œil arrive souvent à une grande profondeur. On aperçoit la partie antérieure de la fosse nasale, le segment antérieur du cornet moyen, les surfaces antérieure et interne du cornet inférieur, la face interne de la cloison et la plus grande partie du méat inférieur. Quelquefois même, on réussit à voir la paroi postérieure du pharynx. Il est évident que pour toutes ces explorations, on a recours à la lumière solaire ou artificielle, soit directe, soit réfléchie.

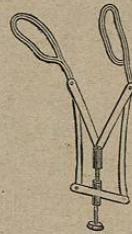


FIG. 145.— Spéculum nasal de FRAENKEL.

L'importance pratique de la *rhinoscopie* a été démontrée en premier lieu par Czermak; aussi peut-on le regarder à bon droit comme l'inventeur de la méthode. Avant lui, on avait fait quelques tentatives dans cette voie; mais elles échouèrent toutes devant les difficultés de la pratique. Il en fut ainsi des essais presque entièrement théoriques de Bozzini de Francfort (1807). On a considéré Wilde de Dublin (1855) comme ayant inspecté le premier la cavité naso-pharyngienne avec un miroir; mais Voltolini a prouvé qu'il n'avait pu en réalité arriver à ce résultat chez ses malades.

L'idée d'explorer l'arrière-cavité des fosses nasales et l'espace supérieur du pharynx à l'aide d'instruments analogues à ceux qui servent pour l'examen du larynx, devait évidemment venir après la découverte de la laryngoscopie. Czermak comprit l'analogie et la rhinoscopie vit le jour. Il est vrai toutefois que celle-ci ne jouit pas encore de la vogue que la laryngoscopie a conquise très promptement; cela tient principalement aux difficultés considérables et souvent insurmontables du procédé.

L'instrumentation est des plus simples; éclairage, miroir rhinoscopique, abaisse-langue, instrument pour attirer la luette en avant, voilà tout ce qu'il faut.

On peut répéter au sujet de l'éclairage ce qui a été dit à propos de la laryngoscopie. L'usage de la lumière solaire est ici des plus avantageux, parce que l'accès est moins facile pour les rayons lumineux et qu'il faut souvent choisir un miroir plus petit que celui qui sert à la laryngoscopie, toutes choses qui se trouvent compensées par une intensité de lumière toute spéciale.

Comme *miroir rhinoscopique*, on peut sans inconvénient faire usage d'un laryngoscope ordinaire. Plus on le prend volumineux, plus l'image est claire et nette. Il y a avantage à ce que l'angle du miroir avec la tige soit

de 90° environ. On introduira l'instrument préalablement chauffé dans le pharynx entre la luette et les piliers du voile du palais, dans l'espace compris entre la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx, la surface de réflexion dirigée en haut et en avant. En même temps, on aura soin de rapprocher le bord supérieur du miroir autant que possible de la paroi postérieure du pharynx. Il faut prêter une attention extrême à l'introduction de l'instrument, parce que tout attouchement de la base de la langue et des parties molles du pharynx provoque de la suffocation et des vomiturations qui font échouer la tentative d'exploration. Il faut veiller également à ce que le rhinoscope ne vienne pas se placer dans la direction de la ligne lin-

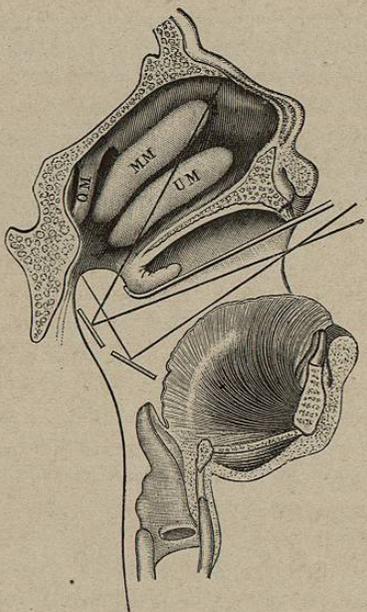


FIG. 146. — Marche des rayons lumineux dans l'examen rhinoscopique.  
OM. Cornet supérieur. — MM. Cornet moyen. — UM. Cornet inférieur.

gule médiane, mais latéralement à elle, car alors la luette intercepterait une partie des rayons lumineux. Pour éclairer l'orifice postérieur des fosses nasales, il faut que la surface du miroir soit presque verticale; on la dirigera plus horizontalement si l'on veut inspecter la paroi supérieure de la cavité naso-pharyngienne; si enfin il s'agit de l'exploration des parties latérales du pharynx, il faut tourner le miroir latéralement sur son axe vertical. Ces choses sont faciles à saisir, si l'on a conscience de la marche des rayons lumineux, telle qu'elle est représentée d'une façon schématique dans la figure 146.

Dans l'exploration rhinoscopique on ne fait pas tirer la langue comme dans l'examen du larynx; elle demeure dans la cavité buccale, de façon à toucher par la pointe le sommet des incisives inférieures. L'introduction

du rhinoscope est plus facile, si l'on a soin de déprimer la langue au moyen d'un abaisse-langue. C'est le médecin qui le place; le malade le maintient pendant l'inspection. Disons en passant que Voltolini a essayé de réunir l'abaisse-langue et le rhinoscope en un appareil unique (fig. 147).



FIG. 147. — Rhinoscope de Voltolini, grandeur naturelle.

On a cru jadis que dans toute exploration rhinoscopique, il fallait attirer en avant et relever la luette pour permettre aux rayons lumineux d'arriver sur le miroir. Tant que la luette est dans le relâchement, il n'est pas besoin d'instruments spéciaux, car les rayons lumineux trouvent sur les côtés un espace suffisant pour éclairer le miroir et par conséquent la cavité naso-pharyngienne. Il est vrai que cette position de la luette est une condition *sine qua non* de l'examen rhinoscopique. Mais chez bon nombre d'individus la luette se contracte aussitôt que l'abaisse-langue vient toucher la base de la langue et qu'on introduit le miroir. Elle va s'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx et ferme l'entrée de la cavité naso-pharyngienne. Czermak avait déjà recommandé de faire prononcer en tel cas, pendant l'examen, des sons à caractère nasal accentué ou de faire respirer par le nez. Malheureusement ces moyens échouent fréquemment. Il est vrai qu'on ne réussit pas toujours non plus en saisissant la luette avec des instruments spéciaux destinés à l'attirer en avant avec plus ou moins de force; il ne reste plus en somme, qu'à émousser progressivement la sensibilité de la luette par des exercices quotidiens.

L'instrument le plus ancien destiné au relèvement de la luette est le *crochet palatin* ou *spatule palatine* de Czermak. Il consiste soit en une tige métallique, terminée par une anse fermée et courbée en haut sur le plat, soit dans une sorte de cuiller que l'on place derrière la luette et avec laquelle on la relève d'arrière en avant (fig. 148). Certains auteurs ont proposé l'em-



FIG. 148. — Crochet palatin de CZERMAK.

ploi de pinces spéciales, destinées à ramener de force la luette en avant.

Türk embrassait la luette dans l'anse d'un fil. D'autres ont cherché à réunir en un seul instrument le crochet palatin et le rhinoscope; c'est Czermak qui en a donné l'idée première; il a été suivi dans cette voie par Störck, Duplay, Fränkel et plus récemment encore par Baxt. Mais tous ces

appareils présentent quelques inconvénients dans leur manipulation et il n'en est guère qui se soit répandu dans la pratique.

En ce qui concerne l'attitude à donner à la tête du malade pendant l'examen rhinoscopique, les opinions des auteurs varient considérablement entre elles. Les uns recommandent le renversement prononcé de la tête en arrière, les autres préfèrent l'attitude opposée; d'autres encore s'en tiennent à la position verticale.

Dans la plupart des cas, on arrivera au but que l'on se propose en plaçant le malade, la tête droite, et au moins à une hauteur telle que sa cavité buccale se trouve au niveau des yeux du médecin. Il ne faut pas oublier toutefois de chercher si l'inspection est plus ou moins facilitée par la flexion de la tête ou son renversement en arrière. Chez certains malades, l'examen est entravé par la présence dans l'arrière-cavité des fosses nasales de grosses bulles de mucus. Il faut donc préalablement faire prendre au sujet des gargarismes détersifs. Si, malgré tout, cet inconvénient persiste, on aura recours à des nettoyages au pinceau de blaireau.

L'image rhinoscopique est soumise aux mêmes règles que l'image laryngoscopique; ce qui est à droite du médecin correspond à la gauche du malade et vice versa.

La présence de la cloison partage l'image rhinoscopique en deux moitiés symétriques (fig. 149). La cloison offre, à sa partie supérieure, une teinte

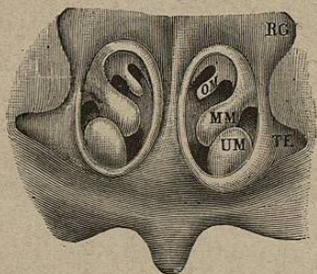


FIG. 149. — Image rhinoscopique (un peu schématisée).

OM. Cornet supérieur. — MM. Cornet moyen. — VM. Cornet inférieur. — RG. Fosse de Rosenmüller. — TE. Trompe d'Eustache.

rougeâtre; dans sa moitié inférieure au contraire une coloration plutôt jaune; elle va s'élargissant de haut en bas. Quelquefois elle présente une légère incurvation latérale, ordinairement en faveur du côté droit et aux dépens du côté gauche. Des deux côtés de la cloison, on aperçoit les orifices postérieurs des fosses nasales. Ces orifices ont une forme ovalaire et laissent entrevoir les trois cornets sous forme de bourrelets gris rougeâtre, couverts de mucosités et faisant saillie dans l'intérieur de la cavité nasale. Le cornet supérieur, qui appartient à l'éthmoïde, est le plus étroit; celui qui occupe le plus d'espace dans l'image rhinoscopique est le cornet moyen; l'inférieur se rapproche assez de celui-ci comme dimensions. Entre les cornets, on voit sous forme de fentes allongées les trois méats supérieur, moyen et inférieur. C'est l'image des cornets supérieur et moyen qui est la plus nette.

En général, la rhinoscopie n'est pas limitée aux fosses nasales; on y a recours également pour l'inspection du pharynx. Elle devient par conséquent *pharyngo-rhinoscopie*. Cette combinaison est nécessitée par la propagation fréquente de processus morbides de l'une de ces régions à l'autre. Il est surtout intéressant d'explorer les parois latérales de la cavité naso-pharyngienne. A peu près à la hauteur du cornet inférieur, on rencontre dans une fossette jaunâtre peu profonde, entouré d'un bourrelet muqueux, l'orifice de la trompe d'Eustache. Un peu sur les côtés et en arrière, existe une seconde dépression, connue sous le nom de fossette de Rosenmüller, et qui a une certaine importance parce qu'elle est fréquemment le point de départ de végétations adénoïdes.

Les *altérations physiques* qui doivent attirer l'attention pendant l'examen pharyngo-rhinoscopique portent principalement sur la *couleur*, la *tuméfaction*, les *pertes de substance* et les *néoplasmes de la muqueuse*. On peut également se trouver en présence de *corps étrangers*, comme le prouve l'observation de Lowndes. Celle-ci a trait à un enfant de 15 mois, auquel ce médecin enleva à travers l'orifice postérieur des fosses nasales un anneau métallique. Il est probable que l'enfant avait essayé d'avaler l'anneau qui, pendant un violent effort de déglutition, s'était introduit dans l'ouverture postérieure des fosses nasales.

De même que pour la laryngoscopie, on arrive à pratiquer l'*autorhinoscopie*.

Ajoutons pour terminer qu'on a fait des tentatives d'*éclaircissement des cavités nasales par transparence*, mais sans obtenir de résultats pratiques. Le procédé est exactement le même que celui qui sert pour la laryngoscopie; à ce sujet, je renvoie au précédent chapitre.

#### 10. — Examen du thymus.

En associant l'examen du thymus à celui de l'appareil respiratoire, il faut nécessairement donner quelques raisons justificatives. Au point de vue fonctionnel, le thymus n'a rien de commun avec les organes de la respiration. Les motifs qui nous ont conduits à cette association sont de nature purement anatomique, c'est surtout le voisinage immédiat de cette glande avec l'appareil de la respiration. Les anciens médecins étaient d'avis que l'hypertrophie du thymus pouvait produire des troubles fonctionnels de la respiration, et A. Burns proposa très sérieusement d'extirper l'organe dans ces conditions. La médecine moderne, affranchie de tout parti pris, a réduit à néant ces hypothèses (1).

(1) L'auteur fait allusion ici au *spasme essentiel de la glotte chez les nouveau-nés*. Cette affection fut décrite en 1829 par Kopp sous le nom d'*asthme thymique*, en raison de la théorie pathogénique qu'il admettait; Kopp croyait en effet que la cause du spasme résidait dans l'hypertrophie du thymus. L'observation a montré que cette théorie était fautive.

Le thymus est un corps bilobé, mais à lobes réunis par du tissu connectif en un corps unique de forme oblongue, situé derrière le sternum, dans le médiastin antérieur. Il recouvre là les gros troncs vasculaires du cœur et une partie de la face antérieure du péricarde ; il est lui-même recouvert sur la plus grande partie de sa face antérieure par les feuillets pleuraux qui, du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> cartilage costal, se rapprochent l'un de l'autre presque à se toucher. En haut, il dépasse la cage thoracique proprement dite parfois jusqu'au niveau de la glande thyroïde ; il se prolonge inférieurement jusqu'à la hauteur du 5<sup>e</sup> cartilage costal. Des deux côtés, il peut dépasser le rebord sternal ; sa position toutefois par rapport à la ligne médiane n'est pas toujours symétrique, de sorte que la portion la plus considérable, constituée environ par les 2/3 de la glande, appartient tantôt au côté droit, tantôt au côté gauche.

Le volume du thymus est soumis à de grandes variations individuelles et surtout d'âge. Après la naissance, il s'accroît jusqu'à la fin de la deuxième année ; demeure tel jusqu'à la fin de la puberté, c'est-à-dire jusque vers quinze ans ; à partir de ce moment il diminue et la constitution même de la glande subit des altérations. Ordinairement elle n'est plus, entre 25 et 35 ans, qu'un mince reliquat de tissu conjonctif infiltré de graisse.

En raison de sa situation, le thymus n'est accessible qu'à la percussion ; et encore faut-il qu'il ait acquis un certain volume. Dans ce cas, on trouve au devant du corps du sternum une zone de matité oblongue de la largeur d'un travers de doigt en moyenne, s'étendant du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> cartilage costal. Il est clair qu'à l'état normal cette matité n'existe que chez les enfants (1).

(1) On ne connaît guère qu'une cause d'hypertrophie du thymus chez l'adulte, c'est la lymphadénie.

## CHAPITRE V

### EXAMEN DE L'APPAREIL DE LA CIRCULATION

#### 1. — Examen du cœur.

La percussion et l'auscultation permettent ordinairement seules d'établir le diagnostic des affections cardiaques ; ce diagnostic est, plus encore que celui des maladies du poumon, sous la dépendance des méthodes physiques d'exploration.

On ne rencontre pas dans la symptomatologie des affections du cœur des signes, tels que les crachats, qui indiquent avec certitude l'existence de certaines lésions des voies respiratoires. Le diagnostic des affections cardiaques est une conquête de la médecine moderne ; les altérations pathologiques de cet organe essentiel constituaient pour les anciens médecins une énigme indéchiffrable.

Auenbrugger, l'inventeur de la percussion, fit quelques tentatives destinées à adapter la nouvelle méthode d'investigation aux maladies cardiaques. Corvisart alla plus loin et fut plus heureux ; mais il était réservé à Laënnec de pénétrer plus avant dans l'étude des lésions cardiaques et d'en scruter les moindres détails. Dans le principe, l'interprétation exacte des phénomènes fit défaut ; Skoda y apporta le premier un peu de lumière.

La découverte des phénomènes cliniques est une découverte essentiellement française ; mais le mérite d'avoir donné l'interprétation physique des phénomènes d'auscultation du cœur revient à l'école allemande.

Cependant bien des problèmes restent encore à résoudre, et de nos jours, la science s'efforce de donner une solution définitive de certaines questions encore en litige. Et, à ce point de vue, nous verrons qu'il faut accorder une importance toute spéciale aux lois qui régissent la circulation des liquides.

Les méthodes d'investigation demeurent les mêmes pour l'appareil circulatoire, et notamment pour le cœur, que pour les organes de la respiration. Ici encore on arrivera au but plus sûrement et plus rapidement, en ayant recours successivement pour l'exploration à l'*inspection*, la *palpation*, la *percussion*, et l'*auscultation*. Tout examen qui néglige l'un de ces moyens, est incomplet ; et toute recherche qui ne suit pas cet ordre est plus longue.