

de la quinine; de la *céphalée urémique*, chez les goutteux surtout (rein goutteux); des céphalées attribuables au *tabac*, à l'*alcool* (apaisées par le régime); de la *céphalée syphilitique* (périodicité moins régulière, rémissions moins franches, commémoratifs); de la *céphalée des tumeurs cérébrales* (vomissements sans nausées; troubles moteurs, sensoriels ou psychiques.)

Il n'est pas moins indispensable de différencier la migraine ophthalmique vraie des syndromes similaires symptomatiques (lésion oculaire, épilepsie, hystérie, paralysie générale.)

DEUXIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DES VOIES RESPIRATOIRES

CHAPITRE PREMIER

SÉMIOLOGIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

I. — EXAMEN DU NEZ ET DU LARYNX

L'outillage suivant suffit à un examen sommaire : une source lumineuse, un miroir frontal, deux ou trois stylets, quelques spéculums et quelques miroirs laryngoscopiques. Tous ces instruments doivent être, avant usage, rigoureusement stérilisés.

L'examen du nez comprend celui des fosses nasales, de leur arrière-cavité et des sinus de la face.

Examen anatomique des fosses nasales. — Technique. — La rhinoscopie antérieure se pratique avec le spéculum nasal et un miroir frontal projetant les rayons d'une bonne source lumineuse. Le *spéculum bivalve de Duplay*, le plus usité, rappelle le spéculum vaginal de Cusco. Le *miroir frontal* concave, destiné à condenser la lumière sur le point à examiner, est large de 8 à 10 centimètres et présente 15 à 20 centimètres de foyer; percé d'une ouverture à son centre, il peut être fixé devant l'œil gauche soit par un bandeau ceignant horizontalement le crâne, soit par un ressort l'embrassant verticalement. Une bonne lampe à gaz ou à pétrole, sans abat-jour, fournit la lumière. Elle est placée à droite du malade, la

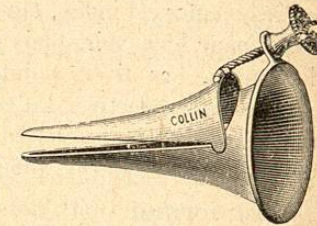


FIG. 112. — Spéculum bivalve de Duplay.

flamme à 20 ou 25 centimètres de sa joue, à hauteur du nez. Le sujet est assis (sur un tabouret de piano) en face de l'opérateur. Les choses étant ainsi disposées, le médecin incline le miroir de façon à projeter le faisceau lumineux sur la narine à examiner; l'œil gauche explore seul, l'autre reste indifféremment ouvert ou fermé. Le miroir doit être à 50 centimètres du nez pour bien l'éclairer. Les médecins myopes, presbytes ou hypermétropes, peuvent faire adapter à l'orifice du miroir un verre approprié à leur vue.

Le médecin pose alors sur le dos du nez les trois derniers doigts de la main gauche, le pouce et l'index prêts à saisir le pavillon du spéculum. Un premier coup d'œil peut inspecter les parois de la narine, après soulèvement du lobule du nez. Le spéculum fermé et tenu d'abord de la main droite est introduit de bas en haut suivant l'axe du vestibule, la valve fixe vers la cloison, la vis latérale en dehors; il est poussé de façon à remplir la cavité sans la distendre, puis, un mouvement de bascule en relève le pavillon, lui donnant une direction hori-

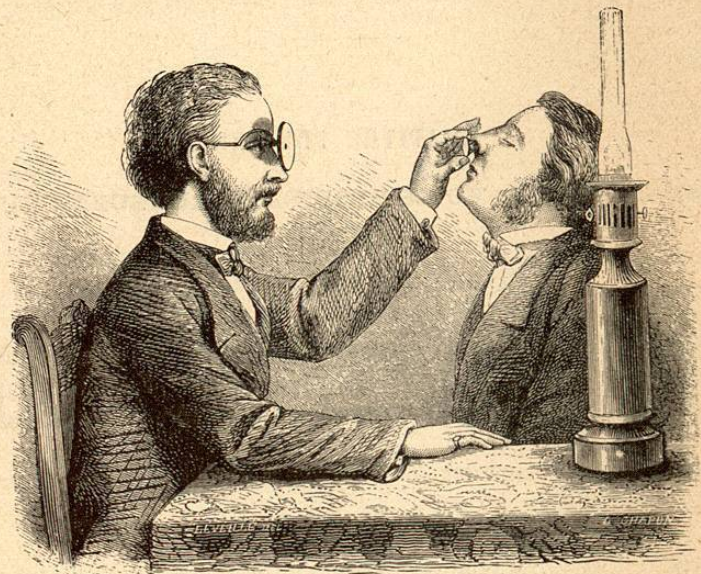


FIG. 115. — Exploration des fosses nasales.

zontale parallèle à celle des fosses nasales. La main gauche maintient le pavillon entre le pouce et l'index, tandis que la droite tourne la vis, écartant les valves, assez pour bien voir, mais jamais de manière à comprimer douloureusement les parois. Les divers points de la cavité, surtout les plus profonds, ne sont vus qu'en perspective. Un examen méthodique amène sous le regard, grâce à des inclinaisons successives de la tête du sujet, les différents plans de chaque paroi (interne, externe, supérieure ou voûte, inférieure ou plancher).

État normal. — 1° *Tête directe.* — Cette posture donne la vue d'ensemble la plus étendue et montre la *tête du cornet inférieur*, repère important, sous forme d'une saillie rose, lisse, arrondie, sur le prolongement de la valve externe du spéculum. En face est la cloison, verticale et plane, en bas le plancher, en haut le spéculum lui-même. Une surface convexe, bosselée, continue en arrière le cornet dont le bord inférieur tombe plus ou moins bas selon les sujets; le volume du cornet est, du reste, sujet à de grandes variations suivant l'état de la circulation (contact du stylet, émotion). Un espace de 4 à 6 millimètres sépare le cornet inférieur de la cloison; avec un peu d'habitude on y distingue la paroi postérieure du pharynx, qu'on doit toujours chercher à reconnaître. Si, tandis qu'on la fixe du regard, le sujet fait un mouvement de

déglutition ou émet les voyelles *a* ou *i*, on voit le voile du palais se soulever sous forme d'un bourrelet rosé transversal.

2° *Tête fléchie.* — Le plancher des fosses nasales apparaît, de la narine au bord postérieur de la voûte palatine; il est horizontal d'avant en arrière et un peu concave transversalement. On n'aperçoit le méat inférieur que sur une très petite étendue.

3° *Tête étendue.* — L'extension progressive de la tête en arrière met en lumière la partie postéro-supérieure, puis antéro-supérieure des parois latérales des fosses nasales.

La *paroi interne* est normalement lisse et plane, souvent un peu bombée d'un côté, surtout à gauche. Sa partie antéro-supérieure porte, en face de la tête du cornet moyen, le *tubercule de la cloison*, saillie rouge rosé, molle, dépressible, formée par un anas glandulaire.

La *paroi externe* porte les *cornets* qui limitent les *méats*.

Au-dessus du cornet inférieur, apparaît le bord inférieur du *cornet moyen*: horizontal dans ses $\frac{3}{4}$ postérieurs, il offre en avant, après un coude brusque (tête du cornet moyen peu saillant lisse), une partie verticale de 1 centimètre. Sa face convexe n'est séparée de la cloison que par une fente large de 2 millimètres (*fente olfactive*). Son extrémité postérieure est généralement invisible; on distingue parfois, profondément et à sa hauteur, un arc concave en bas, le *bord supérieur de l'orifice postérieur de la fosse nasale*, et plus en arrière, la paroi postérieure du pharynx.

La ligne d'insertion du cornet moyen est séparée de celle du cornet inférieur par le *méat moyen* où s'ouvrent la plupart des cavités annexes des fosses nasales (sinus maxillaire et frontal, cellules ethmoïdales antérieures et moyennes) dont les orifices se dissimulent au fond de l'*hiatus semilunaire* au-dessus et en arrière duquel la paroi du méat est soulevée par la *bulle ethmoïdale*. Les cellules ethmoïdales sont parfois assez développées pour combler en partie le méat moyen.

Le cornet et le méat supérieur sont normalement invisibles.

État pathologique. — L'examen peut constater des modifications de calibre, des pertes de substance plus ou moins larges (de l'érosion à la perforation).

Perméabilité accrue. — Le regard plonge dans une large cavité béante, au fond de laquelle, apparaît d'emblée la paroi postérieure du pharynx. L'élargis-

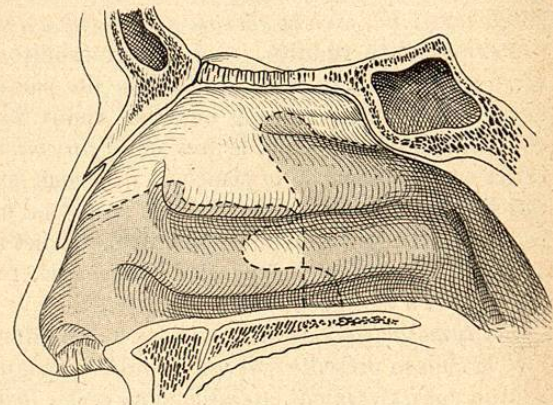


FIG. 114. — Paroi externe des fosses nasales. — Zones ombrées en avant et en arrière, représentant respectivement les territoires de la rhinoscopie antérieure et postérieure.