

§ 4. — Signes des complications orbitaires ou endocrâniennes d'origine nasale.

Ces complications à distance, bien que moins fréquentes qu'en pathologie auriculaire, ne sont cependant pas négligeables et leur séméiologie doit être au moins esquissée.

I. COMPLICATIONS ORBITAIRES. — Elles ont été passées en revue dans la première partie (page 258).

II. COMPLICATIONS ENDOCRANIENNES. — Ce sont, par ordre de fréquence décroissante, la méningite, les abcès, la phlébite des sinus.

1° *Méningite*. — Elle s'observe non seulement après les traumatismes et les infections de voisinage de la lame criblée ou des masses latérales de l'ethmoïde, mais encore après les sinusites frontale, sphénoïdale et même quelquefois maxillaire. Localisée, au début du moins, à la base, elle est insidieuse et peu bruyante : l'affaissement général, la somnolence, la céphalée, l'insomnie, quelques contractures, un état fébrile variable en sont les seuls symptômes, souvent vagues ; quant aux troubles oculo-pupillaires, aux modifications du pouls, ils ont pu être observés dans des sinusites non compliquées, ce qui enlève à ces signes une partie de leur valeur. Le signe de Kernig, la ponction lombaire, qui seront étudiés à propos des complications d'origine otique (III^e partie, chap. V) sont capables de fournir des indications plus précises, mais inconstantes cependant. Parfois la méningite est diagnostiquée, mais son origine est méconnue, en particulier s'il s'agit de sphénoïdites. (Toubert. — Archives générales de médecine, 1900.)

2° *Abcès*. — L'abcès extra ou intra-dural, avec ou sans abcès cérébral concomitant, s'observe surtout après les suppurations du sinus frontal et la faible minceur de la paroi crânienne de ce dernier, souvent assez étendue en surface, donne l'explication anatomique de cette localisation. En raison de leur siège au voisinage des régions neutres de l'écorce cérébrale, ces abcès peuvent être presque muets ou se révéler simplement par des troubles vagues rappelant ceux de la méningite. La céphalée intense, aggravée par la pression exploratrice exercée en certains points du squelette, en est souvent le principal signe de présomption, auquel s'ajoutent dans certains cas, ainsi que nous l'avons observé une fois, des symptômes de compression circonscrite (monoplégie et hémiplegie au cours d'un abcès sous-dural, alors qu'un abcès extra-dural avait déjà été chirurgicalement évacué). D'autre part, des foyers osseux infectés peuvent par irritation méningée cir-

conscrite simuler l'abcès par une symptomatologie bruyante. L'abcès cérébral lui-même n'est souvent diagnostiqué tardivement que par le coma et les troubles respiratoires et circulatoires qui accompagnent cet état. Il est parfois simulé, comme dans notre cas, par un abcès sous-dural comprimant l'écorce du cerveau.

3° *Phlébite intracrânienne*. — Elle est fréquente surtout après les sphénoïdites, dont elle serait en quelque sorte la « lésion intracrânienne spécifique » (Hajek). Quand elle porte sur le sinus caverneux, elle ne se diagnostique guère que par la participation de la veine ophtalmique et alors les signes deviennent vite évidents : exophtalmie, troubles de la motilité de l'œil, chémosis, œdème palpébral diffusé plus ou moins loin, papillite, état local et général grave. Quand elle atteint le sinus longitudinal supérieur, elle est tantôt muette, tantôt révélée par des douleurs et de l'œdème de la région de la nuque, comme nous l'avons observé, ou par la dilatation des veines du cuir chevelu (Lermoyez).

DEUXIÈME SECTION

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU PHARYNX BUCCAL ET NASAL

Le pharynx buccal appartient autant à la chirurgie et à la médecine générales qu'à la chirurgie spéciale, à l'inverse du pharynx nasal qui relève uniquement de la rhinologie. Il y a cependant intérêt à étudier ces deux segments côte à côte.

CHAPITRE I^{er}

NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE EXAMEN PRÉLIMINAIRE

L'exposé succinct des notions d'anatomie et de physiologie d'une part, l'étude séméiologique des symptômes principaux d'autre part seront présentés simultanément pour le pharynx buccal et pour le pharynx nasal.

§ 1. — Notions d'anatomie et de physiologie.

Quelques notions rapides suffiront pour le pharynx buccal ou oro-pharynx. Il faudra des détails plus précis pour le pharynx nasal ou naso-pharynx, plus difficile à explorer et moins connu.

I. ANATOMIE. — Dans son ensemble, le pharynx naso-buccal représente une gouttière suspendue au crâne, dont les parois postérieure et latérales sont molles, fibro-musculaires, mobiles et contractiles, et dont l'ouverture, antérieure, répond en haut à l'ouverture postérieure des fosses nasales, en bas à la bouche. Un plan mobile, fibro-musculaire, très épais, le voile du palais, qui prolonge en arrière la voûte palatine, établit entre le pharynx nasal et le pharynx buccal une cloison de séparation tantôt incomplète (attitude de repos), tantôt complète (mouvements de déglutition). Cette division anatomique en naso-pharynx et oro-pharynx est d'ailleurs conforme à la séparation physiologique, clinique et pathologique de ces deux segments.

L'étage inférieur ou buccal comporte la description anatomique succincte du voile du palais, des loges amygdaliennes et, en passant, du segment buccal de la paroi pharyngienne.

Le voile a une longueur, une largeur et une épaisseur qui varient notablement selon les sujets : ces variations sont intéressantes surtout à propos de l'examen clinique de l'oro-naso-pharynx et c'est plus loin qu'il convient de les étudier en détail. La forme de son bord libre, celle des parties latérales qui forment les piliers antérieur et postérieur, sont bien connues. Derrière les piliers postérieurs se trouvent quelquefois des piliers supplémentaires, faux-piliers généralement d'origine pathologique, dont il sera question plus loin.

La loge amygdalienne, circonscrite par les piliers, est un triangle presque isocèle, dont le sommet, supérieur, fossette sus-amygdalienne, répond à un confluent lymphatique où aboutissent nombre d'infections du voisinage. La base de la loge amygdalienne s'étend de l'épiglotte à la base de la langue et se confond avec les plis glosso-épiglottiques, c'est-à-dire avec une partie de l'orifice supérieur du larynx, voisinage dangereux qui explique la gravité de certaines infections périamygdaliennes.

Dans la loge amygdalienne se trouvent les amygdales ou tonsilles palatines, dont la forme et les dimensions seront décrites en détail à propos de leur examen clinique. Quant à leurs rapports, il convient

de dire que la carotide interne reste toujours à 1 cm. 1/2 de la loge amygdalienne, en dehors et en arrière d'elle (Linhardt, Zuckerkandl), et que seule la carotide externe, généralement distante aussi (2 cm), peut en quelques cas arriver au contact de la loge par la convexité de la courbe qu'elle décrit pour devenir, de profonde et interne qu'elle est à l'origine, externe et superficielle; de la convexité de cette crosse, se détachent des rameaux tonsillaires parfois assez développés.

L'étage supérieur ou nasal du pharynx offre à décrire en avant la face supérieure du voile et les choanes, en haut et en arrière la voûte du naso-pharynx, latéralement des saillies et des fossettes, dont la plus importante répond à l'ouverture de la trompe d'Eustache.

La face supérieure ou nasale du voile est souvent rendue convexe en haut par la tonicité de ses muscles; elle est séparée des choanes et des parties latérales du pharynx par un sillon plus ou moins profond.

Les choanes représentent des orifices situés dans un plan presque vertical chez l'adulte normal, un peu oblique en bas et en avant chez l'enfant, chez la femme et aussi chez l'homme adulte atteint d'obstruction nasale par végétations adénoïdes. Les choanes sont ovalaires et mesurent en moyenne 12 à 15 mm. de large sur 21 à 25 de haut, avec une différence en moins sur la hauteur pour le sexe féminin. Dans l'exploration clinique, les choanes, vues en raccourci, ont des dimensions apparentes toujours moindres. Le bord postérieur ou vomérien de la cloison, qui établit la séparation entre les deux choanes, l'extrémité postérieure des cornets supérieur, moyen et inférieur qui affleure les choanes seront décrits en détail à propos de la rhinoscopie postérieure (V. fig. 64).

La voûte du naso-pharynx est oblique en bas et en arrière. Sa forme est variable : tantôt un cintre régulier, tantôt un arc surbaissé, tantôt une ogive, avec ou sans diverticules (Moure et Lafarelle). L'aire de cette surface a une étendue et une forme variables : elle est beaucoup plus large dans le sens transversal que longue d'avant en arrière sur les crânes brachicéphales; elle est presque aussi large que longue chez les dolichocéphales (Escat). Chez nombre d'adultes, la voûte est couverte d'une muqueuse lisse ou du moins à peine accidentée de quelques élevures et sillons insignifiants. Chez l'enfant et chez certains adultes existe, développée, une véritable amygdale, l'amygdale pharyngienne ou de Luschka, formant une saillie mamelonnée avec des sillons parallèles ou divergents antéro-postérieurs. En son centre, se trouve assez souvent une fossette profonde, véritable trou borgne considéré tantôt comme un organe spécial, bourse pharyngienne ou *recessus*

pharyngien médian, tantôt comme une simple crypte ordinaire.

Sur la *paroi latérale*, c'est autour de l'*orifice de la trompe d'Eustache*, que se groupent les parties à décrire (V. fig. 64). Cet orifice regarde en bas, en dedans et en avant : il est sur le prolongement de la queue du cornet inférieur, à 7 mm. en moyenne de son extrémité. Il est en forme de cercle, de demi-lune, ou de triangle à base inférieure. De même que la loge amygdalienne, il est circonscrit par des piliers, dont le point de convergence est une saillie arrondie, qui répond au *cartilage de la trompe*.

Dans l'aire du triangle ainsi formé, autour de l'orifice de la trompe se voient parfois des sillons séparant des mamelons dus à l'existence d'une amygdale rudimentaire, l'*amygdale tubaire* ou de *Gerlach*, qui peut se prolonger plus ou moins loin dans la trompe.

Enfin, à la partie la plus reculée de la paroi pharyngienne latérale répond la *fossette de Rosenmüller* ou *recessus pharyngien latéral*. Elle commence en avant et au-dessus du bourrelet de la trompe, qu'elle contourne pour devenir verticale. Ses parois antérieure et postérieure sont souvent infiltrées de tissu lymphoïde. Dans la profondeur, la fossette de Rosenmüller répond, à travers la paroi pharyngienne, à la carotide interne, dont elle est distante de 2 à 3 mm. (Gillette).

L'ensemble formé par les deux amygdales palatines, par l'amygdale de Luschka, par le tissu lymphoïde des parties latérales du cavum naso-pharyngien, enfin par celui de la base de la langue (amygdale linguale) forme une sorte d'anneau lymphatique qui a reçu le nom d'*anneau de Waldeyer*.

II. **PHYSIOLOGIE.** — De même que les fosses nasales proprement dites, le naso-pharynx et l'oro-pharynx servent à la *respiration*. Les choanes représentent la voie normale, régulière, de pénétration de l'air ; la bouche et l'isthme du gosier sont une voie d'exception, anormale et généralement insuffisante à suppléer la voie nasale, quand celle-ci n'est que peu ou pas perméable à l'air. Dans la respiration nasale, le voile du palais est en relâchement, qu'il s'agisse de la respiration normale, à peine perceptible, ou de la respiration ou plutôt de l'inspiration nasale volontairement exagérée (action de flairer). Cet état de relâchement du voile, qui élargit l'oro-naso-pharynx, est utilisé pour la rhinoscopie postérieure.

Dans la *phonation*, le pharynx intervient encore par sa partie nasale et sa partie buccale. La partie nasale joue le rôle d'une caisse de résonance analogue aux fosses nasales proprement dites et fonctionne dans les mêmes conditions. Elle donne à la voix parlée le timbre nor-

mal, dans la prononciation des consonances dites nasales, et à la voix chantée le « métal », la pureté du timbre et l'étendue du volume. Quant à la partie buccale, elle intervient surtout par le voile du palais, dont les mouvements sont indispensables pour l'émission des voyelles A, I, U et des consonnes dites gutturales G dur, K, Q, R et pour l'isolement du nez à l'égard de la bouche dans l'émission des consonances non nasales.

Dans la *déglutition*, le pharynx, grâce à l'orientation de sa musculature, se soulève d'abord (muscles élévateurs) et se contracte ensuite (muscles constricteurs). La déglutition s'accompagne de l'occlusion du naso-pharynx qui est séparé de l'oropharynx par l'accolement du voile du palais, des piliers postérieurs et du bourrelet de la paroi postérieure appelé bourrelet de Passavant. Le médecin spécialiste doit connaître également la physiologie du *reflexe nauséux* que produit le contact d'un instrument d'exploration sur la langue, le voile du palais ou le pharynx proprement dit ; dans ce mouvement réflexe, toutes les parois du pharynx se rapprochent les unes des autres, rendant sa cavité presque virtuelle.

La *gustation* n'est pas uniquement dévolue aux papilles linguales. Le pharynx y concourt également, ne serait-ce qu'en permettant l'olfaction *a posteriori* qui entre en jeu dans la dégustation des liquides en particulier.

Les mouvements de déglutition amenant, en même temps que la tension du voile, la dilatation de la trompe d'Eustache (péristaphylin externe), le pharynx intervient également dans la physiologie de l'*audition*.

Enfin, le tissu lymphoïde, si largement réparti dans le pharynx nasobuccal, aurait un rôle physiologique important dans la *phagocytose* et servirait d'organe de protection à l'égard des infections d'origine nasobucco-pharyngée. Malheureusement, il serait souvent insuffisant dans ce rôle et souvent vaincu dans la lutte.

§ 2. — Méthode générale d'examen clinique. Examen préliminaire.

La méthode d'examen applicable au pharynx est la même que celle qui convient aux fosses nasales, tout au moins en tant qu'examen subjectif. Au point de vue objectif, l'exploration des fosses nasales et celle du pharynx nasal et buccal se complètent