

si bien, qu'il serait contraire à l'esprit clinique de ne pas pratiquer dans tous les cas ces diverses explorations successivement. C'est pourquoi le tableau de la page 303 indique la méthode d'examen applicable simultanément aux fosses nasales et au pharynx.

L'interrogatoire du sujet permet de relever un assez grand nombre de symptômes, et en particulier tous ceux qui sont dus à des troubles fonctionnels.

I. TROUBLES FONCTIONNELS SPÉCIAUX. — Ils portent sur les fonctions physiologiques déjà signalées.

1° La *gêne respiratoire* d'origine pharyngienne présente des caractères comparables à ceux de la gêne respiratoire d'origine endo-nasale décrite plus haut (p. 304). Même sensation pénible d'insuffisance d'accès de l'air, mêmes exacerbations sous l'influence de l'effort, mêmes accès d'essoufflement diurne et de suffocation nocturne, même ronflement pendant le sommeil, même sécheresse de la gorge au réveil. Cette gêne respiratoire résulte de l'occlusion partielle ou totale des choanes, le plus souvent par des végétations adénoïdes volumineuses, quelquefois par des queues de cornets hypertrophiés, rarement par des tumeurs du rhino-pharynx.

Une variété particulière de gêne respiratoire d'origine bucco-pharyngée est due à l'immobilisation du voile du palais, souvent lui-même enflammé d'ailleurs, ou envahi secondairement par une tuméfaction venue de la région amygdalienne. Il pourrait enfin se produire des accès réflexes de spasme laryngien dus uniquement à l'hypertrophie amygdalienne.

2° La *toux* s'observe aussi bien à la suite des affections amygdaliennes ou pharyngées qu'à la suite des affections nasales. Sèche, quinteuse, coqueluchoïde, elle est accompagnée de picotement ou chatouillement pharyngés ou amygdaliens; elle peut être provoquée par l'exploration du pharynx, alors qu'elle ne l'est pas par la pression du larynx.

3° Les *troubles de la phonation* sont de plusieurs sortes. Tantôt le pharynx nasal obstrué ne joue pas son rôle de caisse de résonance; de là, rhinolalie fermée (Kussmaul) ou stomatolalie (Raugé); de là, transformation de l'M en B et de l'N en D, impos-

sibilité d'articuler ON et AN ou EN, prononciation défectueuse du G, de l'R, de l'S, de l'L, parfois balbutiement et bégaiement. A un degré d'occlusion moins avancé, c'est une simple altération du timbre vocal: la voix manque de sonorité; elle est éteinte, morte, sans métal. Tantôt au contraire le pharynx nasal ne s'isole pas alors qu'il le devrait (rhinolalie ouverte): le sujet nasonne, c'est-à-dire prononce AN, EN, ON au lieu de A, E, O, n'articule pas bien K, Q ou G dur. La paralysie du voile du palais, sa brièveté réelle ou relative (insuffisance vélo-palatine), la division congénitale ou acquise du palais mou ou osseux sont les causes de ce trouble de phonation. Un nasonnement spécial enfin accompagne l'immobilisation du voile enflammé (voix amygdalienne). Les lésions amygdaliennes peuvent parfois, quoique minimes, modifier sensiblement la phonation et produire la tendance à la fatigue rapide, la facilité d'enrouement et surtout un abaissement de la hauteur de la voix. Ce sont principalement les lésions amygdaliennes postérieures ou supérieures qui déterminent ces troubles, car ce sont celles qui gênent le plus le jeu du voile du palais (Boulay et Martin).

4° Les *troubles de la déglutition* sont de plusieurs sortes. C'est souvent un simple *état douloureux*, lié généralement à l'inflammation des régions que la déglutition mobilise (angines aiguës circonscrites ou diffuses): la déglutition, à la fois pénible, difficile et douloureuse, est instinctivement rendue aussi rare que possible par le sujet, qui s'alimente à peine et rejette sans cesse la salive, en bavant ou en crachant, au lieu de la déglutir. La *dysphagie douloureuse prolongée* est un symptôme fréquent, tenace et souvent unique de la syphilis secondaire. Parfois le sujet éprouve un véritable *ténesme pharyngé* (Lennox Browne); on l'observe surtout à la suite d'états irritatifs chroniques, compliqués d'états névropathiques du pharynx (hyperesthésie). Chez les nerveux, les neurasthéniques, on peut rencontrer une *dysphagie psychique* (Betcherew), sorte de peur instinctive précédant et accompagnant l'acte de la déglutition. La *nausée* et le *vomissement* peuvent être l'aboutissant des efforts faits par le sujet atteint de paresthésie pour débarrasser son pharynx. Enfin les *déglutitions vicieuses* avec reflux par le nez s'observent

rarement dans les cas d'insuffisance vélo-palatine congénitale, mais souvent dans les cas de division, de paralysie ou de parésie du voile du palais, celles-ci pouvant d'ailleurs être d'origine soit neuro-motrice, soit inflammatoire (angines), soit mécanique (hypertrophie amygdalienne).

5° L'état *nauséux* s'observe parfois, généralement intermettent du reste, au cours des affections du pharynx qui entretiennent un état d'irritation permanente et en particulier dans une variété d'amygdalite caractérisée par la présence dans les cryptes de bouchons adhérents et fétides.

6° Les *troubles du goût* se rencontrent surtout dans les affections du naso-pharynx entraînant l'obstruction nasale ; ils consistent dans la diminution ou la suppression de certains saveurs qui exigent le concours de l'odorat pour leur perception exacte.

7° Les *troubles de l'audition*, qui accompagnent et aggravent nombre d'états pathologiques du naso-pharynx, se caractérisent par un ensemble de symptômes dont l'étude appartient à l'examen clinique de la fonction auditive.

8° Enfin l'*insuffisance fonctionnelle du tissu lymphoïde* du pharynx se traduit par un état particulier d'anémie qui caractérise le tempérament lymphatique et par une réceptivité exagérée à l'égard des infections locales ou générales à porte d'entrée naso ou bucco-pharyngienne. Son hypertrophie serait concomitante de celle du thymus et rendrait les sujets en puissance de diathèse lymphoïde plus sensibles à l'action toxique du chloroforme (Laqueur).

II. MODIFICATIONS DE LA SÉCRÉTION NASO-BUCCO-PHARYNGÉE. — Normalement, la sécrétion muqueuse de ces régions est minime, si bien qu'elle passe inaperçue. Si le besoin de se moucher est normal (à la condition que la sécrétion ne salisse pas plus d'un mouchoir par jour, d'après Moldenhauer), le besoin de cracher ne l'est nullement.

1° Pathologiquement, la sécrétion peut être considérablement réduite et cet état se traduit par une sensation particulière de *sécheresse de la gorge* que l'on rencontre surtout dans les pharyngites chroniques anciennes ; elle est quelquefois un signe prémonitoire du diabète ou de l'albuminurie.

2° Le plus souvent les sécrétions du pharynx sont, dans les cas pathologiques, modifiées et dans leur quantité et surtout dans leur qualité. Quelquefois, c'est du *mucus filant et collant* comme du blanc d'œuf cru que le malade rejette, avec quelque difficulté du reste ; plus souvent, c'est du *muco-pus* rappelant par sa viscosité, sa couleur et son odeur fade les mucosités nasales. D'autres fois enfin, il s'agit de *sécrétions* moins fluides, *presque concrètes* : les unes ressemblent à des pelotons gélatineux gris ou à de l'amidon cuit ; les autres sont de véritables croûtes, demi-molles ou dures, à odeur fade non fétide. Toutes ces sécrétions accompagnent les pharyngites chroniques. Il existe également des *sécrétions fétides* constituées soit par les croûtes vertes, épaisses, pathognomoniques de l'ozène, soit par des grains caséux jaunes, qui proviennent des cryptes amygdaliennes atteintes par le catarrhe chronique.

3° L'*expulsion des sécrétions* ne se fait guère que par deux mécanismes. C'est exceptionnellement, sauf chez l'enfant, qu'elles sont dégluties, plus exceptionnellement encore qu'elles sont rejetées par le nez. Habituellement le malade a recours au « *hemmage* » et au « *raclement* » pour s'en débarrasser. Le hémage se définit de lui-même : le « *hem* » caractéristique est une brève expiration sonore qui a pour but et quelquefois pour résultat de mobiliser une sécrétion adhérente. Le raclement pharyngien comporte deux temps : d'abord un reniflement presque silencieux, puis une expiration par la bouche, brusque et bruyante, qui rapproche d'un coup les parois pharyngiennes et refoule l'air à frottement dur, de façon à détacher les mucosités collées sur le pharynx buccal ou sur le voile. C'est surtout le matin, au réveil, que le malade « *hemme et racle* » pour se débarrasser, souvent avec peine et avec un succès relatif. Mais ces efforts peuvent se répéter ; parfois même, hémage, reniflement et raclement deviennent le point de départ d'habitudes, de tics véritables.

C'est chez les buveurs, les fumeurs et les professionnels exposés à l'action des poussières que s'observent surtout ces symptômes tout à fait spéciaux à la pathologie naso-bucco-pharyngée.

4° Il n'est pas rare que, dans les efforts faits par ces malades, il se produise de *petites hémorragies* qui sont dues à la rup-

24
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

ture de petits vaisseaux souvent variqueux, et sont généralement minimales ; mais par leur répétition elles peuvent inquiéter le malade et quelquefois les médecins qui ont pu les confondre avec de petites hémoptysies (Botey).

III. TROUBLES GÉNÉRAUX. — On peut englober sous ce nom des troubles, la plupart d'ordre nerveux, qui se distinguent des troubles déjà décrits en ce qu'ils ne présentent rien de spécial à la fonction des organes qui en sont le siège.

1° Le symptôme *douleur*, qui peut faire défaut dans nombre d'états pathologiques du pharynx, acquiert dans certaines affections une intensité ou une ténacité remarquables.

Dans les inflammations aiguës du pharynx nasal (adénoïdite aiguë) ou de la région des amygdales palatines, la *douleur locale* est très vive, persistante, avec des exacerbations provoquées par les mouvements imprimés aux parties malades ; elle est réveillée par le palper des régions latérales et supérieure du cou. La douleur spontanée est localisée par le malade soit en arrière des fosses nasales, entre elles et la gorge (adénoïdite), soit à l'isthme du gosier (amygdalite). Toute tentative d'exploration exagère la douleur.

Cette douleur s'irradie autour de son siège primitif : la plus fréquente de ces *irradiations* se fait vers l'oreille et l'*otalgie* qui en résulte est parfois si intense qu'elle a pu faire croire à une otite aiguë en évolution.

La *céphalée* d'origine pharyngienne est généralement localisée au vertex ou à l'occiput ; elle est particulièrement pénible et tenace dans la syphilis du pharynx ; quand elle est frontale, elle se rattache plutôt à une lésion intranasale concomitante.

Il existe enfin un groupe particulier de symptômes caractérisés par un *état douloureux diffus*, véritable pharyngodynie. Chatouillement, impression pénible d'égratignure, de piquûre, de froid, de chaud, de sécheresse, tels sont les principaux symptômes accusés par les malades et localisés par eux, assez vaguement d'ailleurs, « dans la gorge ». La sensation de corps étranger est une variété de *paresthésie* souvent signalée. Ce sont une mucosité, un débris osseux, une arête, un cheveu, une soie de brosse, une peau, un débris de verre, une aiguille, une croûte de pain, un

morceau d'ouate, une barbe de plume, des grains de sable ou de poussière que le malade croit arrêtés dans sa gorge. La sensation de constriction rendant la parole douloureuse par moments, l'impression d'un objet montant et descendant dans le pharynx (boule hystérique) sont encore des troubles subjectifs fréquemment signalés. Ils peuvent exister en dehors de toute affection des muqueuses naso-pharyngiennes, dans la chlorose, l'anémie, l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie, la nosophobie (peur de la diphtérie, de la tuberculose laryngée, du cancer ou d'un réveil de syphilis). On les observe aussi au cours des affections utérines ou ovariennes. Mais la *paresthésie* est la « compagne constante » (Schech) du catarrhe chronique du pharynx sous toutes ses formes, des tumeurs, des cicatrices, ainsi que de l'amygdalite cryptique avec concrétions. Des lésions du nez, des dents, du larynx peuvent également provoquer ces symptômes par action de voisinage.

2° L'*anesthésie* du pharynx et du voile est assez fréquente, et n'a pas toujours une signification pathologique. Elle est quelquefois essentielle ; elle peut être provoquée par l'emploi de certains médicaments internes (bromures, chloral, morphine) ou externes (cocaïne, acide phénique, menthol). Enfin elle existe dans l'hystérie, l'épilepsie et les affections médullaires, bulbaires et cérébrales.

3° L'*hyperesthésie* se traduit tantôt par de la douleur, tantôt par des phénomènes réflexes tels que la toux, la sensation d'étranglement, le vomissement, les éructations. Le spécialiste l'observe souvent au cours de ses explorations laryngoscopiques ou rhinoscopiques. Parfois le contact n'est même pas nécessaire pour réveiller cette hyperesthésie : l'approche de l'instrument, l'ouverture de la bouche, la traction de la langue produisent de violents réflexes. Cette sensibilité excessive peut se rencontrer chez le sujet sain : elle est fréquente surtout chez les obèses, les buveurs, les fumeurs, les nerveux, les « bons vivants » (Schech), chez les sujets atteints de catarrhes pharyngiens aigus ou chroniques, enfin chez les tuberculeux pulmonaires.

4° Les *états de dépression* signalés à propos des affections nasales existent aussi dans les affections du pharynx. Il y aurait

une *neurasthénie* d'origine pharyngée, comme il y en a une d'origine nasale. Ici les phobies prennent parfois une tournure particulière. Le malade s'examine tous les jours, toutes les heures, s'hypnotise sur les sensations anormales étudiées plus haut, prend pour des lésions des aspects normaux, tel par exemple celui des papilles du V lingual, croit à de la tuberculose, à du cancer ou à de la syphilis.

De même que les lésions intra-nasales et même à un degré plus marqué, les végétations adénoïdes déterminent l'*aprosexie*, surtout chez l'enfant prédisposé à la paresse, chez qui l'attention finit par ne plus pouvoir être éveillée et retenue. Les caractères de l'*aprosexie* ont été décrits plus haut (p. 309). Il n'y a pas lieu d'y revenir.

5° La *fièvre*, qui est rare au cours des affections nasales non compliquées, est au contraire d'une fréquence extrême dans les infections du pharynx nasal et buccal, souvent excessive même et hors de proportion avec les phénomènes subjectifs apparents.

CHAPITRE II

EXAMEN DU PHARYNX BUCCAL

Le pharynx buccal s'examine d'ordinaire directement, sans autre instrument qu'un simple abaisse-langue.

Il est préférable néanmoins, toutes les fois qu'on le peut, même au lit du malade, d'examiner l'oro-pharynx en s'aidant du miroir frontal (ou du réflecteur improvisé à l'aide d'une cuillère métallique placée derrière une bougie), de l'abaisse-langue et du stylet boutonné.

Le facies d'insuffisance nasale déjà décrit (p. 310) se retrouve sous le nom de *facies adénoïdien* dans la pathologie du pharynx nasal. Nez petit, à lobule relevé, lèvre supérieure en accent circonflexe, lèvre inférieure tombante, joues aplaties, aspect hébété,

regard vague, tels sont les signes caractéristiques de ce type qui s'observe chez nombre de sujets porteurs de végétations adénoïdes, mais qui d'une part peut manquer malgré la présence de végétations énormes (les plus grosses que nous ayons opérées existaient chez un vigoureux artilleur ne présentant nullement le type adénoïdien) et d'autre part peut se rencontrer en l'absence de végétations adénoïdes, coexistant alors quelquefois avec de l'obstruction intranasale. Le facies adénoïdien peut être confondu avec le facies rachitique; de même, certains dégénérés ont l'aspect extérieur des adénoïdiens, sans être fatalement porteurs de végétations.

L'*examen de la bouche* doit être la première étape dans l'exploration du pharynx.

§ 1^{er}. — Maxillaires.

Le *maxillaire inférieur* n'est généralement que très peu déformé; son prognathisme peut n'être qu'apparent. Cependant l'irrégularité d'implantation des dents, que l'on rencontre surtout au maxillaire supérieur, s'y observe assez souvent.

Le *maxillaire supérieur* est déformé autant, sinon plus, par sa face buccale que par sa face jugale. D'une part, les apophyses palatines des deux maxillaires, droit et gauche, au lieu de décrire dans leur ensemble une voûte en arc régulier rappelant les courbes du style roman, se rencontrent à angle aigu, formant une véritable ogive de style gothique; nous avons même vu plusieurs fois la voûte palatine transformée en une sorte de gouttière antéro-postérieure. D'autre part, la ligne d'implantation des dents supérieures n'est pas non plus un arc de cercle, mais bien encore une ogive. La voûte palatine est donc à la fois allongée d'avant en arrière, rétrécie dans le sens transversal et refoulée vers les fosses nasales sur la ligne médiane. Cet état du maxillaire supérieur coexiste en principe avec des végétations adénoïdes. Pour la plupart des auteurs, celles-ci seraient la cause de la déformation; pour certains, elles en seraient l'effet; pour d'autres enfin, il y aurait simplement coexistence.

Les *dents* sont souvent, dans ces cas, mal implantées et mal