

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<sup>er</sup>. — 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



formées. Si les incisives médianes supérieures sont larges, les autres dents restent plutôt atrophiées : nous avons vu une fois les incisives réduites à trois, une médiane et deux latérales. Faute de place pour se disposer de champ, les dents se placent souvent de biais, s'imbriquant légèrement les unes par rapport aux autres, parfois même une dent, la canine fréquemment, est placée hors rang, véritablement luxée, ectopiée vers la voûte palatine ou vers la face jugale du maxillaire. Enfin la carie dentaire concomitante est assez fréquente.

### § 2. — Voile du palais.

L'examen du voile du palais doit être fait à plusieurs points de vue.

I. COULEUR. — Elle varie naturellement selon que l'examen est fait à la lumière du jour, à la lumière artificielle blanche ou à la lumière jaune. La couleur type est d'un rose clair ; la lumière jaune y ajoute une teinte rougeâtre. A l'état sain, la muqueuse du voile et celle du palais osseux ont la même teinte ou ne se différencient que par des nuances.

A l'état pathologique, on trouve cette muqueuse, surtout celle du voile, tantôt pâlie, tantôt hyperhémisée. La *pâleur*, qui peut atteindre un degré tel qu'elle rappelle celle du visage des chlorotiques, a été regardée comme pathognomonique de la tuberculose laryngée ou pulmonaire ; en vérité, la pâleur du voile est concomitante de l'anémie générale, aussi la trouve-t-on parfois chez des syphilitiques ou des paludéens par exemple, alors qu'elle peut manquer chez des tuberculeux qui ont encore peu souffert dans leur nutrition générale (Schmidt). L'*hyperhémie* du voile est caractérisée par une rougeur diffuse, et par des points plus foncés sur ce fond : circulaires, ces points répondent aux orifices glandulaires d'où émergent, sous forme de grains réfringents, des gouttelettes de mucus visqueux ; arborescentes ou en plaques, les surfaces plus foncées sont dues surtout à la réplétion des plexus vasculaires sous-muqueux. L'hyperhémie peut être soit essentielle, soit symptomatique. L'hyperhémie essentielle se rencontrerait, de préférence, d'après Schmidt, chez les sujets habitués à boire ou à manger très chaud. L'hyperhémie symptomatique, plus fréquente, s'observe

dans les états aigus et surtout chroniques du pharynx, dans les fièvres éruptives à exanthèmes (rougeole et scarlatine).

II. FORME, DIMENSIONS. — Elles sont très variables, même à l'état physiologique. La largeur du voile est en rapport avec la largeur du palais osseux dont il est le prolongement. Sa longueur varie également. D'ordinaire le bord postérieur est juste assez long pour atteindre en se relevant les parois postérieure et latérales du pharynx ; assez souvent le voile est exubérant dans le sens antéro-postérieur ; quelquefois enfin il est insuffisant, c'est-à-dire incapable d'arriver au contact du pharynx. Cette insuffisance serait relative et non absolue, c'est-à-dire qu'elle proviendrait d'un défaut de longueur du palais osseux, le voile ayant des dimensions normales (Lermoyez). Cet état se traduit cliniquement par les troubles vocaux décrits plus haut (rhinolalie ouverte, p. 359).

III. MOBILITÉ. — Elle s'explore en faisant prononcer la voyelle A ou en provoquant le réflexe pharyngé ; dans les deux cas le voile du palais doit se relever, se porter à la rencontre du pharynx et l'atteindre, de façon à séparer l'étage buccal de l'étage nasal. Le voile insuffisant par défaut de longueur se relève, mais ne ferme pas ; le voile parésié ou paralysé se relève peu ou pas. A l'état de repos, le voile doit pendre, à peu près vertical, quand le sujet a la tête légèrement penchée en avant : c'est l'attitude de choix pour la rhinoscopie postérieure, car elle agrandit au maximum le pharynx nasal. Elle s'obtient aisément chez les sujets non hyperesthésiques, à voile court et à respiration nasale libre. Dans les conditions contraires, la tonicité ou la contracture musculaires sont telles que la communication entre le pharynx buccal et le pharynx nasal est minime ou nulle.

Pathologiquement, on observe soit des contractures, soit des paralysies du voile du palais, celles-ci plus fréquentes que celles-là.

1° *Contractures*. — Les contractures s'observent après des lésions primitives ou secondaires du trijumeau, du glosso-pharyngien ou du facial, d'origine périphérique ou centrale, quelquefois au cours d'affections nasales, en particulier de la rhinite hypertrophique (Seifert), lésions qui sont le point de départ de réflexes, ou enfin chez des hypochondriaques, des hystériques ou des neurasthéniques. Dans la rage



ou le tétanos, cette contracture n'est qu'un épiphénomène dominé par les autres symptômes. Cliniquement on trouve, dans la contracture tonique, le voile appliqué contre la paroi postérieure du pharynx, faisant un angle droit avec les piliers qui eux-mêmes sont attirés en haut et entraînent avec eux le larynx et le dos de la langue. Comme la contracture du péristaphylin externe maintient béant l'orifice pharyngien de la trompe, la voix du sujet retentit péniblement dans son oreille : il y a l'autophonie. Les contractures cloniques totales ou partielles (releveur et tenseur du voile, azygos de la luette) durent peu, mais se répètent de 20 à 140 fois à la minute (Schech) avec un bruit spécial dû à l'ouverture et à la fermeture de la trompe, accompagné de sensations particulières tenant à des mouvements rythmiques concomitants de la membrane du tympan.

2° *Paralysies*. — Les paralysies sont relativement fréquentes ; leurs causes habituelles sont les affections cérébrales, bulbaires et médullaires d'une part, les lésions des cordons nerveux ou de leurs expansions terminales par destruction, compression, infection ou intoxication d'autre part ; les états inflammatoires aigus ou chroniques de la muqueuse ne donnent lieu d'ordinaire qu'à des parésies.

Au *point de vue militaire*, les paralysies du voile d'origine infectieuse, généralement curables, n'entraînent pas en principe l'inaptitude ; tout au plus comportent-elles la réforme temporaire.

La paralysie *bilatérale* complète typique du voile se traduit par les troubles de la phonation déjà décrits, par le reflux vers le nez des matières dégluties, par l'impossibilité de souffler ; le voile est inerte, flottant au gré du courant d'air inspiré ou expiré ; le contact de la sonde n'est pas perçu et le réflexe pharyngé ne se produit pas. La paralysie diphtérique revêt généralement ce type de paralysie complète sensitivo-motrice d'origine périphérique. La paralysie *unilatérale* du voile se traduit subjectivement par des troubles fonctionnels analogues à ceux de la paralysie totale, mais moins accentués. A l'examen objectif, on constate l'asymétrie des arcs palatins de part et d'autre de la luette, qui est déviée vers le côté sain. Une gouttière plus ou moins profonde sépare le côté malade du côté sain : elle est également déviée vers ce dernier. C'est surtout dans la phonation (voyelle A) que ces détails s'accroissent. La sensibilité au contact de la sonde est conservée et le réflexe pharyngé se produit. Cette *hémiplégie du voile* serait due en principe à une lésion du tronc du pneumogastrique (Lermoyez) et non du facial, auquel Longet et tous les classiques auraient à tort attribué l'innervation mo-

trice du voile. Elle s'accompagne souvent d'hémiplégie laryngée (syndrome d'Avellis). Quant aux lésions bulbaires ou cérébrales avec paralysies du voile, elles se révèlent par un ensemble d'autres phénomènes concomitants qui seuls permettent un diagnostic exact.

La *paralysie des constricteurs* du pharynx se traduit surtout par des troubles de la déglutition, d'autant plus marqués que non seulement la contraction des muscles, mais encore les réflexes n'existent plus. Les liquides tendent à couler directement dans le larynx ; les solides ne passent dans le pharynx que s'ils y sont refoulés.

IV. *VICES DE DÉVELOPPEMENT*. — Ils relèvent de la chirurgie générale. Suivant leur degré, ils sont compatibles ou non avec le service militaire.

L'*atrophie* de la luette, sa *bifidité* sont de simples curiosités à signaler en passant. L'*hypertrophie de la luette*, mieux nommée luette procidente, accompagne nombre d'états pathologiques du pharynx et du larynx. Son contact avec la base de la langue suffit à déterminer de la toux, des nausées et quelquefois des troubles réflexes à distance qui disparaissent par la suppression de cet appendice. L'hypertrophie de la luette est toujours compatible avec le service militaire.

V. *LÉSIONS INFLAMMATOIRES*. — Banales ou spécifiques, elles évoluent les unes en surface, les autres en profondeur sur le voile du palais.

L'*inflammation aiguë* du voile n'est guère qu'un épisode au cours des amygdalites ou périamygdalites. L'*inflammation chronique* accompagne généralement le catarrhe chronique du pharynx ; elle se traduit par de la rougeur, des arborescences vasculaires, de la saillie des glandes formant piqueté ; les bords des arcs palatins sont épaissis, et la luette est souvent œdématiée, avec de petites ectasies glandulaires d'aspect papillomateux.

VI. *LÉSIONS ULCÉREUSES*. — Sur la face buccale du voile, elles sont dans l'immense majorité des cas soit tuberculeuses, à marche lente, soit syphilitiques, à marche rapide.

1° *Ulcérations tuberculeuses ; lupus*. — Les ulcérations débutent, sur un fond hyperhémé par plaques, par des granulations en piqueté, d'abord grises puis jaunes, coalescentes par endroits et entourées de



granulations « satellites » ; la tendance à l'aggravation est lente, mais progressive ; l'extension se fait généralement en surface, exceptionnellement en profondeur, entraînant alors comme épiphénomène une perforation du voile. Quant au lupus, il se traduit sur le bord du voile et près de la luette, lieux d'élection, par le développement d'une nappe, grisâtre par endroits, blanchâtre en d'autres, quelquefois parsemée de nodules ; des exulcérations ou des ulcérations lui donnent bientôt un aspect framboisé, granuleux, végétant et une couleur violacée tranchant sur le fond gris. La destruction est très lente, elle est extensive, mais parfois la cicatrisation se fait en certains points, au fur et à mesure que la lésion progresse en d'autres.

2<sup>o</sup> *Ulcérations syphilitiques.* — L'affection a une marche plus rapide et un aspect plus « inflammatoire », que dans la forme précédente. L'exanthème et les plaques muqueuses n'atteignent guère la face buccale du voile qu'après les amygdales. Les *plaques*, d'un gris violacé particulier, plus appréciable à la lumière du jour qu'à celle de la lampe, peuvent devenir lie de vin, puis se recouvrir d'exsudats pseudo-membraneux ou de véritables végétations. L'*ulcération serpiginieuse*, manifestation secundo-tertiaire des syphilis malignes, est plus destructive que végétante ; sur un fond presque plat, de couleur rouge pourpre, un ulcère à bords « géographiques » déchiquetés à pic, à fond gris jaunâtre, s'étale et s'étend avec une assez grande rapidité, détruisant surtout en surface. Nous avons observé un sujet chez lequel une ulcération serpiginieuse tertiaire avait détruit une amygdale et la luette.

VII. TUMEURS. — On distingue de fausses tumeurs, ou simples tuméfactions, et de vraies tumeurs.

1<sup>o</sup> *Tuméfactions.* — La *gomme tertiaire*, rarement isolée, bien plus souvent diffuse, atteint volontiers le voile soit isolément, soit en même temps que le reste du pharynx nasal ou buccal. Après une période de gonflement qui rappelle beaucoup l'abcès par son aspect extérieur, la lésion, indolente et insidieuse, évolue vers l'ulcération : l'ouverture, d'abord petite, s'agrandit par évacuation du contenu bourbillonneux classique et surplombe à pic le fond du cratère. L'action destructive est ici plus intense en profondeur qu'en surface. L'*abcès froid* du voile a une marche lente et insidieuse également ; mais il évolue sans réaction de voisinage sur un fond pâle et en cela il se distingue de la gomme.

2<sup>o</sup> *Tumeurs.* — Les tumeurs vraies du voile du palais sont assez rares. La moins exceptionnelle des tumeurs bénignes est l'*adénome*,

encore appelé *tumeur mixte*, qui est unilatéral, circonscrit, gênant plus ou moins selon son volume la déglutition et la phonation par immobilisation partielle du voile. Au toucher, la tumeur est dure, recouverte d'une muqueuse saine et mobile, et n'adhère pas aux plans profonds, ce qui s'explique, car c'est une tumeur encapsulée ; elle peut même prendre l'aspect pédiculé (Noquet). Le *papillome* n'est pas très rare non plus ; son lieu d'élection est le bord libre du voile et l'isthme du gosier ; il succède souvent aux états inflammatoires. Les *tumeurs malignes* du voile, *épithéliome* et quelquefois *sarcome*, ne sont le plus souvent que le prolongement de tumeurs à point de départ amygdalien.

Au *point de vue militaire*, les tumeurs du voile déterminent soit l'exemption ou le classement dans les services auxiliaires, soit la réforme, suivant leur volume, la gêne fonctionnelle occasionnée, et suivant leur nature.

VIII. CICATRICES. — Celles qui sont consécutives aux lésions ulcéreuses du voile sont généralement peu étendues et assez discrètes. Celles qui succèdent à la syphilis ont une tendance toute particulière à la rétractilité et aux synéchies ; il en résulte des déformations tantôt simples (perforation, échancrure, division du voile), tantôt compliquées de rétrécissements multiples qui ne permettent entre le naso-pharynx et l'oro-pharynx qu'une communication tubuliforme ou même filiforme, quelquefois nulle. Lorsqu'elles sont étendues, elles motivent l'exemption et la réforme.

### § 3. — Région amygdalienne.

Rien n'est plus variable que son aspect à l'état sain et l'on peut dire qu'il n'existe pas un type que l'on puisse qualifier de normal. En hauteur, la loge amygdalienne varie beaucoup, en raison des différences individuelles dans la longueur des piliers ; d'avant en arrière, mêmes variations dues à la variabilité de la distance qui sépare la dernière molaire de la paroi postérieure du pharynx. D'ordinaire le pilier antérieur est plus développé que le postérieur. La conformation de l'amygdale est encore plus variable que celle de sa loge. Au point de vue du volume, tous les intermédiaires sont possibles entre la tonsille atrophiée à peine visible