

postérieure du pharynx; elles se distinguent des sécrétions banales par les caractères classiques de la gomme ulcérée.

CHAPITRE III

EXAMEN PAR LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

L'examen du pharynx buccal doit toujours être complété par celui du rhino-pharynx, examen plus difficile qui exige l'emploi d'instruments spéciaux et la mise en œuvre d'une technique particulière.

§ 1. — Instrumentation.

Elle peut se réduire à fort peu de chose : un bon éclairage, un abaisse-langue, un miroir frontal et un miroir rhino-pharyngien.

Pour l'examen de l'oro-pharynx, la *lumière du jour* peut suffire. Les diverses *lumières artificielles* conviennent toutes également; même la bougie, la « queue de rat » sont à la rigueur utilisables, en cas de dénûment absolu, à la condition de placer la source lumineuse en face de la concavité d'une cuillère qui à la fois réfléchit la lumière vers la cavité à éclairer et permet au regard de l'observateur de se glisser latéralement. Mais pour l'examen du rhino-pharynx, une *très bonne lumière* est indispensable: il faut recourir à l'une des lumières artificielles indiquées à propos de la rhinoscopie antérieure (p. 314).

MIROIRS. — Les *miroirs frontaux* étudiés plus haut (p. 315) sont ceux qui conviennent pour l'éclairage du pharynx. Il faut, en outre, un autre miroir spécial, le *miroir rhino-pharyngien*, qui est plan, de forme circulaire, dont le diamètre varie de 14 à 17 mm., toujours assez petit pour se mouvoir dans le pharynx sans en toucher les parois. L'angle formé par le plan du miroir avec la tige qui le supporte est d'ordinaire de 110°.

La désinfection est aisée pour la tige, qui peut être flambée; elle est plus délicate pour le miroir. Après immersion dans une solution carbonatée à 1/10, suivie d'un premier essuyage, le miroir est déposé

dans un récipient assez large ou assez haut pour qu'il y plonge complètement; ce récipient contient une solution phéniquée à 5 p. 100 ou de phéno-salyl à 4 p. 100 et le miroir doit y séjourner de 15 à 30 minutes. Schmidt insiste sur l'importance du nettoyage mécanique.

Les miroirs à surface réfléchissante entièrement métallique, les miroirs à glace démontables, les miroirs articulés sont tous trop compliqués pour être vraiment pratiques.

ABAISSE-LANGUE. — C'est un instrument fort utile pour l'exploration du pharynx buccal. Il est indispensable pour l'examen du naso-pharynx. Que l'abaisse-langue soit en forme de boucle ellipsoïde ou de plaque élargie en spatule, sa portion linguale doit avoir moins de 10 cm. pour éviter la région du V lingual qui est la plus sensible, la « région nauséuse ».

SONDE. — La sonde destinée à l'exploration du voile et des amygdales pourrait n'être qu'un simple stylet boutonné. Pour le rhino-pharynx, il faut une sonde à courbures multiples permettant de diriger vers la voûte du cavum, en haut et en arrière, le bouton terminal.

ECARTEURS DU VOILE. — Sous ce nom on peut comprendre un groupe d'instruments assez nombreux, nécessaires seulement dans les cas difficiles; leur but est de ramener en avant et d'appliquer contre la voûte palatine la partie mobilisable du voile du palais. Certains de ces instruments sont à main (crochets palatins de Voltolini, Froenkel, Czermak) et exigent le concours d'un aide, à qui il faut confier l'abaisse langue, l'opérateur tenant d'une main le crochet et de l'autre le miroir. D'autres sont à fixation facile, latéro-nasale (relevateurs de Krause, Schmidt, Hopmann). Un dernier modèle enfin (Mahu) a été construit sur le principe de la sonde de Belloc.

OUVRE-BOUCHE. — L'abaisse-langue suffit généralement comme ouvre-bouche. C'est donc exceptionnellement que l'on aura recours aux appareils spéciaux, très nombreux, destinés à obtenir ce résultat; tous provoquent et exagèrent les réflexes.

§ 2. — Technique de la rhinoscopie postérieure.

La rhinoscopie postérieure est une méthode d'exploration dont on a beaucoup exagéré les difficultés. Elle ne demande pour réussir qu'un peu de patience, d'adresse et d'expérience pratique. D'après Schmidt, sur la grande majorité des malades

et plus de la moitié des enfants, on pourrait voir le pharynx au premier examen et 90 fois sur 100 sans cocaïne. Sur nos soldats, encore trop jeunes pour être très-nerveux ou très-alcooliques, la rhinoscopie postérieure est presque toujours possible dès le premier ou le second examen et sans recourir à la cocaïnisation.

I. — TEMPS PRÉLIMINAIRES. — Le sujet est assis en face du médecin, les genoux rapprochés et placés entre ceux de l'observateur ou en dehors, le dos appuyé, la tête légèrement fléchie, le corps souple. Le siège du malade est toujours plus élevé. La source d'éclairage, aussi puissante que possible, est disposée latéralement, sur la table à laquelle le sujet appuie un côté de son corps, et à hauteur de sa joue, aussi près que possible. L'œil de l'observateur doit se trouver distant de 15 à 20 cent. de la bouche du sujet pour profiter des conditions de visibilité les plus favorables. Le placement correct du miroir frontal, l'orientation à donner au faisceau lumineux sont soumis aux règles énoncées à propos de la rhinoscopie antérieure (p. 316).

Il faut alors procéder au *dressage du malade*, ou s'assurer qu'il est dressé : 1^o à respirer par le nez, la bouche étant ouverte ; 2^o à supporter sans rébellion et sans nausée le contact de l'abaisse-langue. Il va de soi qu'au préalable le malade aura été mis en confiance, qu'on l'aura prévenu que l'exploration n'est ni pénible, ni douloureuse. Au besoin, on lui fait fermer les paupières pour éviter le réflexe instinctif causé par l'approche des instruments. Les enfants raisonnables se laissent très bien examiner, car ils ont peu de réflexes. Il suffit qu'ils veuillent montrer leur gorge et supporter l'abaisse-langue. On obtiendrait aisément ce dernier résultat chez les enfants (Schmidt) en leur donnant systématiquement cette habitude par des examens répétés, en dehors de tout état de maladie.

Dès que le malade sait respirer par le nez, tranquillement et régulièrement, la tête légèrement penchée en avant, le voile du palais pendant presque vertical, la langue couchée sans raideur sur le plancher buccal, il faut essayer l'abaisse-langue. D'une main douce mais ferme, le médecin refoule la langue en bas et en avant, en pressant surtout sur la partie proche du V lingual,

qui répond au segment le plus épais, le plus musclé et le plus gênant. Il faut éviter : 1^o d'atteindre la région du V, dont le contact provoque presque fatalement la nausée ; 2^o d'exagérer la pression de l'abaisse-langue qui aboutirait au même résultat. L'impossibilité de respirer dans cette attitude, invoquée par certains sujets, est purement psychique en général et un dressage méthodique, que le médecin peut confier à un aide ou au malade lui-même, en vient le plus souvent à bout. L'apparition immédiate du réflexe nauséux au moindre contact, ou quelquefois même avant le contact, tient presque toujours à un état pathologique du pharynx ou à un nervosisme exagéré : l'anesthésie locale à la cocaïne en solution forte, 1/5 d'après Chiari, ou à l'état solide en pulvérisation à 1/2, atténuerait cette hyperesthésie : le procédé n'est ni infaillible, ni inoffensif. L'ataxie de la langue, c'est-à-dire sa rébellion, qui la fait se débarrasser de l'abaisse-langue « comme le cheval de son cavalier » (Schech), par un écart ou par une cabrade, oblige le médecin à développer sur l'abaisse-langue un effort considérable, souvent sans succès du reste. La rhinoscopie proprement dite ne doit être tentée qu'après avoir été préparée par ces temps préliminaires. C'est en grande partie de la bonne exécution et de la réussite de ceux-ci que dépend le succès de l'exploration du naso-pharynx.

Il faut de plus que l'observateur s'assure de la correction de l'éclairage. La lumière, projetée par le miroir frontal sur la luette, doit être concentrée sur celle-ci ou mieux un peu en arrière pour obtenir l'éclairage dans les meilleures conditions possibles. Avec un pharynx large, un voile court, des amygdales petites et une langue docile, la rhinoscopie postérieure est facile, même pour un débutant. Avec un pharynx étroit ou malade, un voile long, des amygdales grosses et une langue irritable ou rebelle au contact, cette exploration est difficile même pour le praticien exercé.

II. EXPLORATION PROPREMENT DITE. — Tout étant bien disposé, le médecin procède à l'introduction du miroir rhino-pharyngien. Pour éviter que la buée le ternisse, il faut le chauffer, du côté verre et non du côté métal, en l'agitant au-dessus d'une source de chaleur, lampe d'éclairage ou lampe à alcool : le chauffage

est suffisant dès que le côté métallique du miroir appliqué sur le dos de la main de l'observateur ou de l'observé y détermine une sensation légère de chaleur. Celle-ci est généralement suffisante pour empêcher le dépôt de buée pendant le temps très court que doit durer l'exploration. On a reproché au chauffage d'altérer les miroirs (ce qui est vrai surtout pour le chauffage mal fait) et on a cherché à le remplacer soit par l'application d'une mince couche de savon mou de potasse (Kirstein) étalée par frottement prolongé, soit par le dégraissage parfait du miroir au carbonate de soude à 10/0, suivi de l'immersion dans une solution antiseptique qui alors s'étale en couche mince sur le verre et y adhère (Vacher). Ces procédés ne se sont pas vulgarisés.

Le miroir chauffé, tenu en plume en écriture de la main droite, tandis que la main gauche abaisse la langue, est introduit d'un mouvement rapide jusqu'au bord libre du voile. Pour franchir ce dernier, l'on peut passer sous la luette, si le voile est court et la langue bien abaissée; il vaut mieux passer latéralement entre la luette et les piliers. De toute façon, il faut éviter le contact de la muqueuse qui réveillerait des réflexes: le miroir est donc orienté de telle façon qu'il se présente de champ, par sa tranche, pour franchir les espaces étroits. Aux opérateurs qui ne peuvent conduire le miroir à main levée, c'est-à-dire sans appui, il est permis de faire glisser le miroir sur l'abaisse-langue qui le guide jusqu'au voile, et d'appuyer légèrement sur la commissure labiale gauche du malade l'extrémité de la tige du miroir proche du manche. Enfin le petit doigt de la main droite, appuyé dans le sillon labio-mentonnier de l'examiné, assure la fixité de la main du médecin. Au début l'on se sert d'un petit miroir, plus facile à manier. Plus tard on s'exerce à employer le miroir le plus grand possible (Massei) qui donne des images plus éclairées et plus étendues en surface.

Le point que doit atteindre le miroir est le voisinage immédiat de la paroi pharyngienne postérieure, mais sans arriver au contact. Si le pharynx est anesthésié spontanément ou simplement tolérant, ou si, en cas d'intolérance rebelle, il a été fait avec succès une insufflation de cocaïne, l'examen en est notablement facilité. Parvenu en ce point, le miroir est tourné, de telle sorte que sa

face réfléchissante regarde en haut et en avant; la tige et le manche sont maintenus abaissés c'est-à-dire au contact de l'abaisse-langue ou à son voisinage immédiat. Cependant le miroir reste placé aussi bas que possible dans le pharynx pour que le voile ne fasse pas écran pour les rayons lumineux.

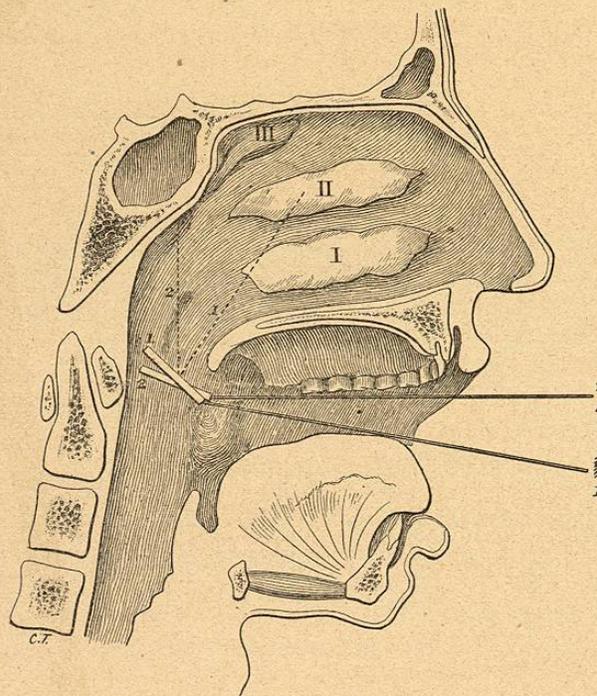


Fig. 63. — Examen du pharynx nasal par la rhinoscopie postérieure.

1 et 2 les deux positions successives du miroir pour examiner: 1° les choanes; 2° la voûte. (En déprimant la langue, on permettrait au manche du miroir de s'abaisser et de mieux se placer.) I, II, III: les trois cornets.

Souvent à ce moment, un mouvement de défense s'esquisse: le voile se contracte et remonte. Il faut retirer lestement le miroir, attendre un peu et recommencer. Il importe avant tout d'éviter le réflexe nauséux, car le pharynx ne tarderait pas alors à devenir intolérant. Le retour du voile à l'état de repos est obtenu, soit en recommandant au sujet de respirer tranquillement et régulièrement par le nez, soit en lui demandant d'inspirer en « flairant ».

ou en « ronflant » (Mygind), soit enfin en lui faisant émettre un son nasal, ON, AN ; de ces moyens, le premier est le meilleur ; le dernier est le plus défectueux, car nombre de malades s'obstinent à prononcer O ou A, ce qui porte le voile en haut et en arrière et non en bas et en avant.

III. POSITIONS SUCCESSIVES DU MIROIR. — Très rapidement, avec quatre arrêts très courts, le temps de jeter un coup d'œil sur chacune des quatre images, le miroir rhino-pharyngien doit exécuter quatre mouvements presque sur place, autour de son point d'union avec la tige comme pivot. Chacun de ces mouvements doit être précis : son but est de mettre la surface réfléchissante aussi « en face » que possible du point à examiner.

1° La glace du miroir est aussi rapprochée qu'elle le peut de la *verticale*, ce que l'observateur obtient en *abaissant* sa main droite. On voit alors, réfléchies dans le miroir plan, les *choanes* (fig. 63-1).

2° La glace du miroir est dirigée en haut, tendant à se rapprocher de l'*horizontale*, mais restant à 45° en général, ce que l'on obtient en *relevant* la main droite. On voit alors la *voûte* du naso-pharynx (fig. 63-2).

Jusqu'ici le médecin a fait exécuter au manche du miroir les mouvements nécessaires dans un plan vertical antéro-postérieur ou sagittal. Pour voir les parties latérales du naso-pharynx, il faut maintenant faire mouvoir le miroir dans un plan vertical encore, mais transversal ou frontal.

3° Le miroir est donc ramené à sa position primitive, celle qui permet de voir les choanes qui vont servir de point de repère. Puis le manche est porté vers la commissure labiale *gauche* de l'observé, ce qui amène la surface réfléchissante du miroir en face de la *paroi latérale gauche* du cavum.

4° Un mouvement analogue vers la commissure labiale *droite* fait voir la *paroi latérale droite* du naso-pharynx.

IV. MODES D'EXPLORATION EXCEPTIONNELS. — Ils consistent soit à faire prendre au sujet des positions spéciales, soit à employer des instruments spéciaux.

1° *Positions spéciales.* — Dohrn a conseillé la position employée en chirurgie générale sous le nom de position de Rose, la tête « pendante »

hors du lit en extension forcée. Ce procédé oblige à regarder la région « à l'envers » ; de plus en raison de la stase veineuse la couleur des parties examinées est fortement modifiée ; enfin le voile du palais est gênant. Pour toutes ces raisons la position de Rose n'est guère utilisable.

Vohsen a proposé la rotation de la tête qui élargit d'un côté l'espace séparant le voile du pharynx et permet l'usage de plus grands miroirs. Ce moyen fait bien voir les régions latérales du naso-pharynx par la rotation alternative à droite et à gauche ; mais il laisse échapper la voûte et l'arc choanal, qui sont les régions les plus importantes.

Avellis recommande d'employer pour l'examen de la voûte l'attitude en flexion forcée, le menton contre le sternum, que Killian conseille pour la laryngoscopie ; le malade est debout et le médecin assis en face sur une chaise. Cette position fait tomber en avant le voile et élargit l'espace utilisable ; elle permet de regarder presque en face et non en raccourci la voûte du pharynx.

2° *Instruments spéciaux.* — Le crochet à main, peu utilisé du reste, est insinué derrière le voile, qui est ensuite ramené en avant d'un mouvement continu, énergique, sans brusquerie, le petit doigt de l'opérateur prenant appui sur le maxillaire. L'exploration ne doit pas durer au delà de 5 à 10 secondes.

Le releveur de Schmidt est introduit le crochet de champ derrière le voile, puis redressé de façon à saisir celui-ci et à le ramener d'arrière en avant, jusqu'à sensation d'une résistance qu'il faut savoir ne pas dépasser ; la tige verticale est alors fixée par des vis de pression. L'application du releveur est indolore et bien tolérée, si elle est précédée de l'anesthésie de la face supérieure du voile, à l'aide de la cocaïne à 1/2 insufflée en un fin mélange pulvérulent. La nausée cesse dès que le malade respire tranquillement ; l'appareil peut rester en place pendant deux minutes.

V. EXPLORATION PAR LE TOUCHER DIGITAL. — C'est un procédé d'exception, de nécessité ; il est seul utilisable chez le tout jeune enfant et chez certains adultes ; il ne peut donner de renseignements que sur l'existence et les rapports des tumeurs de l'espace naso-pharyngé. Même pratiqué avec douceur, cet examen paraît brutal : il provoque toujours des reflexes pénibles, nausées, spasmes respiratoires, assez souvent un peu d'hémorragie et d'endolorissement, quelquefois une syncope grave, très excep-

tionnellement mortelle. Il convient d'en faire la dernière épreuve de l'examen du rhino-pharynx.

On utilise chez l'enfant le petit doigt, chez l'adulte l'index, le droit en général. De son bras gauche, le médecin, placé debout derrière le malade, applique la tête de ce dernier, contre son propre corps; sa main du même côté refoule entre les arcades dentaires la joue correspondante du sujet; si alors celui-ci cherche à mordre, ce qui est fréquent, il atteint d'abord sa joue et s'arrête avant d'avoir blessé le doigt. Les mains du patient sont immobilisées par un aide.

L'index explorateur a été soigneusement nettoyé; d'un mouvement rapide mais non brutal, il traverse la bouche jusqu'à la paroi pharyngienne postérieure. Là il faut quelquefois attendre quelques secondes que la contracture du voile cède. Une fois dans le naso-pharynx, la pulpe de l'index tournée en avant doit aller chercher comme repère la cloison des fosses nasales et sentir au-dessus le bord net de l'arc choanal, puis au-dessus et en arrière le toit du naso-pharynx. Latéralement, on perçoit aisément le bourrelet cartilagineux de la trompe, que la contraction des parois du pharynx rapproche beaucoup du doigt. En retirant l'index, l'on tournera enfin la pulpe vers la paroi pharyngienne postérieure pour l'explorer.

§. 3. — Pharynx normal. — Pharynx pathologique.

Il y a dans le rhino-pharynx trois régions à étudier :

- 1° La région antérieure (choanes et voile du palais).
- 2° La région supérieure (voûte du naso-pharynx).
- 3° Les régions latérales (région tubaire).

I. Région antérieure. — Le miroir rhinopharyngien étant placé près de la paroi postérieure du pharynx, le manche plutôt abaissé, la glace presque verticale, l'observateur voit l'image d'une partie seulement de la région des choanes.

Pour s'orienter il doit chercher le premier repère : c'est le *bord postérieur du vomer*. Il apparaît comme une bande rouge pâle ou jaunâtre, rectiligne, car les déviations si fréquentes de la partie

antérieure de la cloison n'atteignent pour ainsi dire jamais sa partie postérieure. Si le miroir reflète l'image des dernières molaires (que certains débutants ont prises quelquefois pour des queues de cornets), de l'amygdale ou de la luette, cela tient à ce qu'il n'est pas assez près de la paroi postérieure.

De part et d'autre de la cloison apparaissent deux ouvertures, les *choanes*, sur le fond sombre desquelles se détache de chaque côté une saillie rose gris, en forme de poire, de sphère, quelquefois de feuille, qui est l'extrémité postérieure ou *queue du cornet moyen*. Cette partie moyenne des choanes est la plus facile à voir.

Pour continuer l'examen vers la partie supérieure, il faut, le miroir restant en place, relever doucement la main qui tient le manche vers l'arcade dentaire supérieure. On voit alors l'extrémité supérieure de la cloison et l'*arc choanal* formé de deux arceaux juxtaposés. Chez l'adulte normal, cet arc doit être net; chez l'enfant et chez nombre d'adultes, il est masqué en partie par l'amygdale pharyngée. Sous l'arc est une surface sombre, la partie supérieure de la choane, dans l'aire de laquelle on distingue souvent confusément une surface gris rosé, cachée dans la pénombre, qui est l'extrémité postérieure ou *queue du cornet supérieur* toujours petite.

Reste à examiner la partie la plus basse de la région choanale; il est difficile d'y bien réussir à cause de la contraction du voile qui « fait gros dos » et s'interpose. Mais si le voile est bien relâché ou s'il est rétracté par un releveur ou un écarteur, et si le manche du miroir est abaissé vers l'arcade dentaire inférieure, l'extrémité inférieure de l'ovale choanal apparaît nettement de part et d'autre de la cloison, occupée par l'extrémité postérieure ou *queue du cornet inférieur*, saillante en une boucle qui masque une partie de la queue du cornet moyen et est elle-même partiellement masquée par le voile.

Enfin, en poussant au maximum l'abaissement du manche du miroir et en portant sa face réfléchissante aussi haut que possible dans le pharynx nasal, de façon à la faire regarder en bas, l'observateur verra la *face supérieure du voile*, surface convexe gris rosé, plus rouge que les queues des cornets.