

Quand la luette et le voile sont courts, ils permettent au miroir de se placer sur la ligne médiane et de montrer les deux choanes à la fois. Dans les conditions inverses, il faut placer la tige du miroir successivement sous chacun des arcs palatins et examiner alternativement l'une et l'autre choane.

Dans l'image rhinoscopique totale des choanes (fig. 64), obtenue par la juxtaposition des images partielles fournies par le miroir, les parties vues à droite et figurées à droite sur le dessin qui reproduit et fixe l'image répondent au côté gauche du sujet et inver-

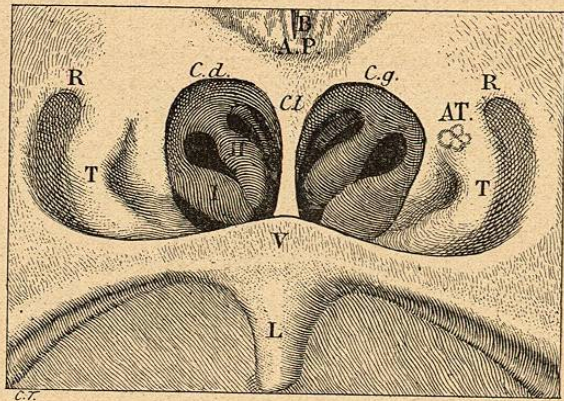


Fig. 64. — Image rhinoscopique postérieure du naso-pharynx normal.

C. d. Choane droite. — C. g. Choane gauche. — Cl. Cloison — A. P. Amygdale pharyngée. — A. T. Amygdale tubaire. — V. Voile du palais. — L. Luette — R. Fosselle de Rosenmuller — T. Orifice tubaire. — I. Queue du cornet inférieur — II. Queue du cornet moyen.

sement : cela s'explique naturellement puisque sujet et observateur sont en face l'un de l'autre. De plus l'image n'est pas égale à l'objet : bien que le miroir rhino-pharyngien soit plan, comme l'image s'y reflète toujours en raccourci, les lois de la physique démontrent que l'image choanale est plus petite que les choanes et que celles-ci sont rapetissées surtout dans le sens de la hauteur.

L'examen des choanes par la vue et le stylet combinés est extrêmement difficile, à moins que le sujet ne soit assez tolérant pour permettre à l'observateur de se passer d'abaisse-langue ou que le releveur du voile n'ait été appliqué. L'observateur devra

diriger « comme si l'on opérait à l'aveugle » (Lermoyez) le bouton du stylet vers la partie à toucher et ne se servir de la vue que pour vérifier et rectifier au besoin.

I. DÉFORMATIONS OU MALFORMATIONS. — Fréquemment constatées à la rhinoscopie antérieure, elles sont très rarement observées à la rhinoscopie postérieure.

Le bord choanal du vomer n'est jamais dévié : il est quelquefois épaissi en son milieu ou à ses extrémités ; mais cet aspect en lentille biconvexe ou biconcave n'a rien de pathologique.

Le *cloisonnement partiel* du naso-pharynx par le prolongement du vomer en arrière s'observe exceptionnellement.

L'*occlusion congénitale des choanes*, plus souvent osseuse que membraneuse, est une affection rare, généralement unilatérale, dont la rhinoscopie postérieure rend le diagnostic facile. L'occlusion acquise, toujours membraneuse, est le plus souvent d'origine syphilitique.

L'égalité des choanes est la règle et l'*inégalité* représente une rarissime exception.

Chez les adénoïdiens et chez les dégénérés les choanes seraient plus petites que normalement et cet état d'*atrophie* coïnciderait assez souvent, dans ce dernier cas, avec l'*atrésie* du naso-pharynx tout entier.

Quelquefois on constate la *bifidité* des extrémités postérieures des cornets inférieurs et moyens, due à l'existence d'un sillon longitudinal.

II. HYPERTROPHIES DE LA MUQUEUSE. — Les hypertrophies localisées à la région choanale sont fréquentes, moins communes cependant que celles de la région antérieure des fosses nasales. Les unes siègent sur la cloison, les autres sur les queues des cornets.

Les hypertrophies de la cloison, qui n'existent presque jamais isolées, s'observent plutôt à la partie supérieure du septum où elles revêtent l'aspect polypoïde ou papillomateux ; elles sont généralement très colorées, car elles occupent la région la plus vasculaire des fosses nasales. Elles seraient, d'après Herzfeld, dont l'opinion est d'ailleurs discutée, pathognomoniques d'une affection du sinus sphénoïdal ou de l'ethmoïde postérieur.

Les hypertrophies de la queue des cornets s'appellent par abréviation *queues de cornets*. Celles du cornet inférieur, généralement les plus volumineuses, apparaissent dans le miroir rhinoscopique comme des tumeurs tantôt rouge sombre ou rouge bleu, tantôt blanchâtres ou

grises qui peuvent obstruer la choane tout entière ou en partie seulement ; les queues de cornet grises sont moins vasculaires et revêtues d'un épithélium plus épais. Suivant leur volume, qui varie de la grosseur d'un pois à celle d'une amande et même plus, elles sont lisses ou irrégulières à la surface (fig. 65). Le toucher les réduit sensiblement ; aussi l'examen rhinoscopique doit-il précéder et non suivre l'exploration digitale. L'épreuve de la cocaïnisation déterminera, par la vasoconstriction qu'elle amène, la part qui revient à l'« érection » du tissu vasculaire du cornet et à l'hypertrophie interstitielle de la muqueuse : la première disparaît sous l'action de la cocaïne ; la seconde lui résiste ou lui cède à peine. Subjectivement, ces queues de cornet se révèlent par de l'obstruction nasale, avec ou sans hypersécrétion, par les troubles nerveux décrits sous le nom de paresthésie du pharynx, quelquefois enfin par des troubles auditifs en raison du voisinage de la trompe d'Eustache.

Les queues du cornet moyen sont plus rares et surtout moins volumineuses que celles de l'inférieur ; elles se présentent, au volume près, sous un aspect analogue. Elles coexistent avec des hypertrophies du cornet moyen tout entier et se révèlent par une symptomatologie où prédominent les troubles nerveux, superposés souvent à ceux de la pharyngite.

III. TUMEURS. — Analogues aux queues de cornet parfois, mais faciles à distinguer d'elles cependant, s'observent dans la région des choanes des tumeurs particulières, variables quant à leur nature ; les unes sont appelées en bloc polypes, les autres sont des kystes.

1° *Polypes*. — Nous décrirons les trois variétés suivantes.

a) Les *polypes muqueux vrais*, classiques, analogues à ceux décrits à propos de la rhinoscopie antérieure sont de beaucoup les plus fréquents. Leur caractéristique est d'avoir un pédicule long et grêle, d'être réductibles dans la fosse nasale et de coexister généralement avec des polypes du méat moyen.

b) Certains *fibromes naso-pharyngiens* œdémateux ressemblent aux polypes muqueux, mais ils sont plus durs et s'observent à la puberté plutôt qu'à l'âge adulte ; le toucher démontre qu'ils sont implantés par une assez large base sur les trousseaux fibreux de la région où le vomer s'articule avec le sphénoïde.

c) Les polypes spéciaux à la région choanale, *polypes choanaux*,

tiennent topographiquement et histologiquement des deux variétés précédentes de tumeurs. On les trouve, implantés par un pédicule rubané, soit sur les queues des cornets, soit sur la cloison, soit même sur le voile, près de son insertion au voisinage de la cloison. Comme leur volume varie de la grosseur d'une amande à celle d'un œuf, c'est plutôt le toucher que le miroir qui permet d'en préciser les rapports ; ils sont rénitents et très mobiles, car ils n'adhèrent généralement que par leur pédicule : ce sont des fibro-myxomes. Ils ne se révèlent que par les symptômes de l'obstruction nasale : on les observe dans les deux sexes, mais plutôt chez la femme, et depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, à l'inverse des fibromes, qui ont une prédilection pour le sexe masculin et l'âge de la puberté.

2° *Kystes*. — Les *kystes choanaux* se rencontrent près de l'arc choanal, descendant le long de la choane, qu'ils cachent en totalité ou en partie, ou encore sur la queue des cornets. Ils sont de volume moyen, oscillant de celui d'un grain de raisin à celui d'une grosse amande : ils ressemblent beaucoup aux polypes fibro-muqueux, avec lesquels ils restent parfois cliniquement confondus, jusqu'à ce que l'extirpation démontre leur contenu liquide.

Seuls, les polypes ou plus exactement les fibromes naso-pharyngiens et les tumeurs malignes sont une cause d'exemption et de réforme.

IV. SÉCRÉTIONS PATHOLOGIQUES. — La région choanale et en particulier les queues des cornets sont un lieu d'élection pour les sécrétions pathologiques, nées sur place ou plus souvent venues de régions voisines.

C'est surtout sur la queue des cornets supérieur et moyen que l'on trouve à la rhinoscopie postérieure soit du pus crêmeux, soit plutôt des croûtes, de couleur variable, généralement foncées, avec un aspect rappelant parfois celui du sang coagulé et desséché. Quand ces croûtes n'existent qu'en ces points, elles constituent un signe de grande valeur en faveur d'une *ethmoïdite postérieure* ou d'une *sphénoïdite* ; mais souvent il existe également des croûtes sur tout le pharynx nasal et le signe perd alors de sa précision. Le pus et les croûtes se rencontrent parfois uniquement sur la face supérieure du voile ; leur présence devient alors un signe de *sinusite frontale* ou *maxillaire* ou d'*ethmoïdite antérieure*, car dans le décubitus dorsal, les sécrétions du méat moyen tendent à gagner le naso-pharynx.

Des masses purulentes fétides, mêlées de sang, de couleur gris sale dans leur ensemble, disséminées dans le naso-pharynx, sont parfois l'indice de *lésions syphilitiques tertiaires* diffuses de cette région.

Dans l'ozène, on peut trouver dans les mêmes points des *croûtes*, que leur aspect et leur odeur, joints à l'ensemble des autres signes, font reconnaître aisément.

Enfin la face supérieure du voile serait un des lieux d'élection de certaines lésions syphilitiques circonscrites secondaires (plaques muqueuses) ou tertiaires (gommés). C'est en portant le miroir très haut dans le pharynx que l'on pourra voir ces lésions, reconnaissables à leur aspect classique, déjà décrit. Leur situation en rend le diagnostic difficile, d'autant plus que les signes qui les traduisent extérieurement (dysphagie douloureuse et rougeur du voile) n'ont rien de caractéristique.

**II. — Région supérieure ou voûte du naso-pharynx.** — Au point de vue de la pratique, l'on peut dire que cette région est celle dont l'examen a le plus d'importance. Oblique en bas et en arrière, la voûte est difficile à voir dans le miroir rhino-pharyngien, qui ne peut, même avec le mouvement d'élévation maximum du manche, se placer qu'à 45° environ en arrière de la verticale passant par le point d'union de la surface réfléchissante et de la tige. L'examen sera donc pratiqué, le miroir placé plutôt bas dans le pharynx et son manche très relevé, le sujet ayant la tête penchée en avant, au besoin jusqu'au contact du sternum (position d'Avellis, page 387).

Le premier repère à rechercher est l'extrémité supérieure du bord choanal de la cloison et l'arc choanal. Il faut explorer ensuite le plus loin possible au-dessus de ces points, en relevant de plus en plus la main qui tient le manche. La limite de visibilité répond d'habitude à l'apophyse basilaire de l'occipital.

La couleur du naso-pharynx à la lumière artificielle est rouge assez vif, même en dehors de tout état inflammatoire. Chez nombre d'adultes, la voûte est absolument lisse, la muqueuse se trouvant en quelque sorte tendue à plat sur l'os sous-jacent. Chez d'autres sujets, on voit au milieu de cette surface lisse une fossette, la *bourse pharyngée* (fig. 64 B), vestige du recessus

médian de l'amygdale pharyngée. Chez un certain nombre d'adultes, surtout d'adultes encore jeunes, la voûte du pharynx est occupée par l'amygdale pharyngée, en voie d'atrophie, mais encore reconnaissable à ses sillons antéro-postérieurs qui convergent en arrière vers le recessus médian, lui-même assez profond. Enfin, chez l'enfant, surtout avant 13 ans, on trouve l'amygdale de Luschka avec sa forme type, c'est-à-dire ses cryptes disposées en tranchées et non en puits comme celles des amygdales palatines, le tout formant une saillie légère qui masque le quart supérieur des choanes environ.

**I. DÉFORMATIONS OU MALFORMATIONS.** — Elles sont aussi rares dans la région de la voûte que dans celle des choanes.

Certains états décrits comme tels ne sont en effet que de simples variations du type considéré comme normal. Telles sont par exemple les formes ogivales ou diverticulaires de la voûte du cavum par rapport à la forme cintrée regardée comme normale. Telle est l'hypertrophie du tubercule pharyngien de l'apophyse basilaire, placé à l'union de la voûte du pharynx et de sa paroi postérieure, se traduisant à la rhinoscopie postérieure par un aspect de « petite colline » surplombant la bourse pharyngée. Enfin l'existence et le développement plus ou moins grand de cette bourse ne répondraient pas à une anomalie de développement, comme on l'avait cru, mais bien à l'exagération souvent pathologique d'une crypte amygdalienne vulgaire. Normal aussi, sinon fréquent, est le pli transversal formé au-dessus des choanes par la partie la plus antérieure de certaines amygdales pharyngées.

**II. HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE OU VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES.** — Cet état est très commun chez l'adulte jeune et surtout chez l'enfant. On peut admettre comme l'expression de la moyenne habituelle les chiffres de Brindel : les adultes fourniraient 10 0/0 et les adolescents 14 0/0 des cas, les 3/4 des cas par conséquent appartenant aux enfants. D'après Garel, les végétations de l'adulte seraient des « exceptions fort rares ». Cette opinion est trop absolue ; chez nos soldats, nous avons vu et opéré maintes fois des végétations adénoïdes variant comme dimensions du volume d'une amande à celui d'une noix.

Facies d'insuffisance nasale, déformations palato-dentaires, troubles de la respiration, de la phonation, de l'audition, troubles nerveux

tels sont les signes étudiés plus haut (p. 358) qui permettent de prévoir l'existence de végétations adénoïdes, mais qui ne donnent pas la moindre notion exacte sur leur topographie et leur volume. Si, en effet, chez certains enfants, on peut faire le diagnostic « dans la rue » (Schech), il s'en faut de beaucoup, surtout chez l'adulte, que le parallélisme soit absolu entre ces signes de présomption et les signes de certitude fournis par l'examen rhino-pharyngien fait par le miroir ou par le toucher.

On est généralement convenu de ne regarder comme hypertrophiées que les amygdales pharyngées qui débordent en bas l'arc choanal; cependant Schech décrit comme « légère hypertrophie » l'état d'une amygdale pharyngée « dont le bord inférieur n'atteint pas le bord choanal supérieur dans l'image réfléchie par le miroir ». Schmidt et la plupart des spécialistes apprécient le volume des végétations d'après la hauteur de la cloison cachée: le quart, la moitié, la totalité.

Il est des *pseudo-hypertrophies* de la glande de Luschka. Les unes sont passagères, dues à une action de la syphilis secondaire sur l'amygdale pharyngienne, analogue à l'hypertrophie syphilitique des

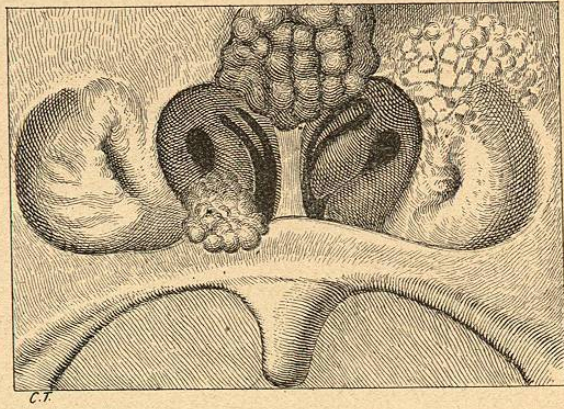


Fig. 65. — Image rhinoscopique postérieure. (Etats pathologiques.)

Au-dessus de la cloison, la glande de Luschka hypertrophiée. Autour de la choane gauche, végétations adénoïdes diffuses. De la choane droite, sort la queue du cornet inférieur droit hypertrophiée en mamelons. Autour de l'orifice tubaire droit, tuméfaction diffuse, surtout sur la lèvres postérieure.

amygdales palatines. Les autres révéleraient la tuberculose de l'amygdale de Luschka; l'examen microscopique et l'inoculation expérimentale après ablation permettent seuls un diagnostic précis.

Quant aux *hypertrophies proprement dites*, il en existe deux types

principaux: l'un *agminé*, que l'on appelle plutôt hypertrophie de l'amygdale pharyngée, et l'autre *diffus*, désigné plutôt sous le nom de végétations adénoïdes (fig. 65). Dans le premier cas, on retrouve les sillons antéro-postérieurs de l'amygdale normale, mais ils sont irréguliers, entrecoupés, bordés de mamelons ou de crêtes: ce sont des stalactites ou des lamelles juxtaposées que l'on voit appendues à la voûte et se profilant sur les choanes de haut en bas. Dans le second cas, l'aspect est plutôt mûriforme ou en chou-fleur; les choanes sont envahies non seulement par le haut, mais encore par les côtés et quelquefois même, quoique rarement, par le bas, tant les végétations adénoïdes sont disséminées, occupant à la fois la voûte, les parois latérales du cavum et exceptionnellement la face dorsale du voile.

La couleur de ces tissus varie du rouge au gris rosé suivant l'état de la muqueuse qui les recouvre; celle-ci est plus grisâtre chez l'adulte parce qu'elle est plus épaisse. Souvent, du reste, l'inflammation concomitante fait apparaître à leur surface des exsudats épais, adhérents, jaunes-verts ou d'aspect hémorragique, parfois desséchés en croûtes. La consistance des hypertrophies adénoïdes ne peut être appréciée que par le toucher. Chez l'enfant, l'index explorateur perçoit, au-dessus du segment de cloison abordable qui sert de repère, une sensation qu'il est classique de comparer à celle que donnerait le contact d'un « paquet de vers»: le tissu adénoïde est si mou qu'il se laisse arracher et saigne à la simple pression du doigt. Chez l'adulte, les sensations sont analogues, mais elles donnent l'impression d'une résistance plus grande des tissus. Enfin la notion exacte du volume des hypertrophies adénoïdes ne peut résulter que de la comparaison des données fournies d'une part par le toucher pharyngien et la rhinoscopie antérieure (p. 329), et d'autre part, par la rhinoscopie postérieure. En effet, les deux premiers moyens d'exploration comportent des causes d'erreur « par excès » et le dernier moyen des causes d'erreur « par défaut », car il présente l'amygdale pharyngienne hypertrophiée vue en raccourci et de bas en haut.

III. — ÉTATS INFLAMMATOIRES DU NASO-PHARYNX. — Ils se présentent cliniquement sous des aspects multiples. Quand l'amygdale pharyngée existe, c'est-à-dire chez l'enfant et quelquefois chez l'adolescent et l'adulte, il s'agit d'*adénoïdites*. Quand l'amygdale pharyngée est rudimentaire ou a disparu, il s'agit de *pharyngites* à proprement parler.