

## QUATRIÈME SECTION

ÉTUDE D'ENSEMBLE DES MALADIES  
DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES.

Les fosses nasales, le pharynx et le larynx constituant les diverses parties d'un tout qui est représenté par l'ensemble des voies aériennes supérieures, leur étude analytique doit être suivie d'une étude synthétique.

CHAPITRE I<sup>er</sup>RÉSUMÉ DE L'EXAMEN MÉTHODIQUE.  
RELATIONS DES MALADIES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES  
ENTRE ELLES ET AVEC LES AUTRES MALADIES.

Il est nécessaire de résumer d'abord les points principaux que doit viser le diagnostic de la lésion elle-même. Il faut ensuite chercher les éléments d'un diagnostic étiologique dans les liens pathologiques qui unissent ces organes entre eux et dans les rapports de leurs affections avec les lésions des autres organes et les maladies générales.

## § 1. — Résumé de l'examen méthodique.

On peut poser en principe que l'examen clinique doit toujours porter sur les trois segments des voies aériennes supérieures (fosses nasales, pharynx et larynx), alors même que les symptômes accusés par le malade semblent devoir appeler l'attention du médecin sur un seul de ces segments.

I. MARCHE GÉNÉRALE DE L'EXAMEN MÉTHODIQUE. — L'ordre de

succession indiqué par Schmidt paraît à la fois le plus simple et le plus logique.

On commence par l'examen de la *bouche* et du *pharynx buccal*. C'est une épreuve que le malade a déjà subie et il s'y soumet sans appréhension en général. On lui enseigne à respirer par le nez, la bouche ouverte, la langue maintenue par l'abaisse-langue. C'est alors le moment d'essayer la *rhinoscopie postérieure*. Elle réussira dans un grand nombre de cas à la première séance, le plus souvent à la deuxième, si le sujet est bien en confiance. Puis, pour lui laisser un peu de repos, on passe à la *rhinoscopie antérieure*, peu pénible. Le pharynx étant redevenu calme, le malade s'étant tranquilisé, la *laryngoscopie* est tentée: elle est généralement facile.

II. POINTS IMPORTANTS DE CHAQUE EXAMEN. — On a intérêt à scinder l'examen de chacune des régions explorées. Un premier coup d'œil, général et rapide, sert à révéler le point malade: une seconde et au besoin une troisième inspection ont pour but unique de scruter l'endroit ainsi découvert.

L'*examen direct de la bouche et du pharynx buccal* à l'aide de l'abaisse-langue, en montrant l'état de la voûte palatine, du voile du palais, des amygdales, de la paroi pharyngienne postérieure, permet déjà de préjuger de l'état du naso-pharynx et désigne en quelque sorte à l'avance le point de cette dernière région où vraisemblablement existent des lésions.

La *rhinoscopie postérieure* indique d'emblée s'il s'agit d'un catarrhe naso-pharyngien, de végétations adénoïdes ou de queues de cornet. Chacun de ces états est assez aisément reconnaissable d'après l'aspect objectif longuement décrit plus haut. Un ou deux « coups de miroir » supplémentaires suffisent pour préciser le détail de la lésion trouvée au premier examen.

La *rhinoscopie antérieure* fait voir au premier coup d'œil s'il s'agit d'une rhinite hypertrophique ou atrophique, avec ou sans sécrétions ou croûtes ou foyers hémorragiques, ou bien s'il n'existe qu'une déformation de la cloison, ou enfin s'il n'est question que de polypes: ce sont là en effet les lésions courantes. Des examens détaillés ultérieurs chercheront à mieux localiser, à préciser les rapports, à chercher les relations pouvant exister

entre les états pathologiques du naso-pharynx et ceux des fosses nasales ou encore entre ces derniers et ceux des sinus.

Dans le *larynx*, la région à explorer doit être examinée au moins en deux fois. Il suffit de chercher d'abord à voir la région glosso-épiglottique, l'orifice supérieur du larynx, la région aryténoïdienne et interaryténoïdienne : puis, le malade ayant « soufflé », le médecin regarde les bandes ventriculaires, les cordes vocales et au besoin la région sous-glottique. Une ou plusieurs reprises sont faites ensuite, l'attention se portant alors exclusivement sur le ou les points pathologiques. Le tableau de la page 464 résume les principaux éléments de diagnostic.

§ 2. — Influence des affections des voies aériennes supérieures (fosses nasales, pharynx, larynx) les unes sur les autres.

Si l'on étudiait cette influence au point de vue de la physiologie pathologique, c'est au naso-pharynx qu'il conviendrait d'attribuer le rôle principal, car il est évident que ce carrefour est le trait d'union obligatoire entre les fosses nasales et le larynx et il paraît en outre démontré que, dans certains cas, c'est encore de l'état du pharynx que dépend celui des fosses nasales.

Mais au point de vue clinique, il vaut mieux classer ces influences en trois groupes assez naturels : 1° les actions mécaniques ; 2° les infections banales ; 3° les infections spécifiques, plus explicitement la syphilis, la tuberculose, la diphtérie.

I. ACTIONS MÉCANIQUES. — La plus importante, la seule à retenir et à étudier, est l'*obstruction*.

L'obstruction peut porter sur les parois des fosses nasales elles-mêmes : uni ou bilatérale, elle est due alors à des épaissements et des déviations de la cloison, combinés souvent à de la rhinite hypertrophique ou encore à des synéchies. L'obstacle peut être rétro-nasal : végétations adénoïdes à développement choanal, queues de cornets hypertrophiées.

Localement, l'obstruction détermine un état permanent ou presque permanent de *stase sanguine* qui prédispose les muqueuses à l'*inflammation*, si elles sont saines, ou aggrave et entretient celle-ci, s'il y a déjà des lésions. De plus l'*accumulation des sécrétions*, fournies

souvent en quantité anormale d'ailleurs, est encore favorisée par l'obstacle qui empêche leur expulsion, d'autant mieux que l'hyperhémie permanente de la membrane pituitaire a généralement pour conséquence la diminution de sa sensibilité et la disparition des réflexes de défense habituels. La *rhino-pharyngite* chronique est donc une des conséquences possibles et même fréquentes de l'obstruction nasale. Mais inversement la rhinite chronique peut être l'effet d'une pharyngite entretenue par exemple par des végétations adénoïdes, dont l'action nocive porte aussi bien sur les fosses nasales que sur le pharynx.

L'obstruction nasale ou naso-pharyngée exerce son influence jusque sur le larynx. Il est aisé de comprendre que l'air qui arrive au larynx en passant par la bouche et non par les fosses nasales n'y parvient pas dans les conditions d'humidité, de température et de pureté que lui assurerait sa traversée intranasale. Aussi la *laryngite catarrhale aiguë à répétition*, la *laryngite striduleuse*, et surtout la *laryngite chronique*, dans sa forme simple ou dans sa forme hypertrophique, sont fréquentes chez les sujets à respiration presque exclusivement buccale.

II. INFECTIONS BANALES. — Ce sont celles dues à des microbes variés, qui sont décrites en bloc sous les noms de *catarrhe aigu* et *catarrhe chronique*.

1° Le *coryza aigu* gagne d'ordinaire le naso-pharynx et de là le larynx et la trachée, mais il est possible également que la localisation primitive soit naso-pharyngée, chez les sujets porteurs d'adénoïdes par exemple, et que le catarrhe passe ensuite en avant vers les fosses nasales, en bas vers le larynx.

2° Le *catarrhe du naso-pharynx* et celui des fosses nasales coexistent en général et il est le plus souvent difficile de préciser quelle est des deux localisations celle qui a précédé l'autre. On peut toutefois admettre comme vraisemblable que la lésion prédominante est la plus ancienne. Ainsi le catarrhe naso-pharyngien coexistant avec une suppuration sinusale lui est probablement consécutif ; la rhinite hypertrophique accompagnant de volumineuses végétations adénoïdes est sans doute la conséquence de celles-ci.

3° Le *catarrhe chronique du larynx* peut succéder à des affections nasales ou pharyngées dans deux conditions différentes. Ou bien c'est l'obstruction nasale ou naso-pharyngienne qui a favorisé l'apparition et la persistance du catarrhe laryngien par le mécanisme décrit plus haut ; ou bien c'est de proche en proche, par continuité de tissu ou par progression des sécrétions, que le catarrhe naso-pharyngien est devenu catarrhe laryngien.

La période atrophique du catarrhe, qui succède parfois, mais non fatalement, à la période hypertrophique, s'observe plus souvent dans le pharynx que dans les fosses nasales ou dans le larynx : il s'en faut donc de beaucoup que l'évolution du catarrhe se fasse parallèlement dans les trois segments des voies aériennes supérieures qu'il a atteints simultanément.

Quant aux lésions pathognomoniques de l'ozène, elles restent généralement localisées aux fosses nasales. L'ozène pharyngien et surtout l'ozène laryngien et trachéal sont des formes consécutives plutôt rares.

III. INFECTIONS SPÉCIFIQUES. — 1<sup>o</sup> *Syphilis*. A sa période secondaire, c'est une affection à prédominance bucco-pharyngée; de l'isthme du gosier, les lésions spécifiques s'étendent en haut vers le voile, en bas vers le larynx. La syphilis paraît suivre généralement une marche descendante dans les voies aériennes supérieures, du moins chez l'adulte; chez le *nouveau-né*, en effet, le coryza est souvent une manifestation isolée de l'affection. Quant aux *gommes*, leur distribution sur les divers segments des voies aériennes n'a rien de régulier.

2<sup>o</sup> *Tuberculose*. Elle peut être *primitive*, c'est-à-dire naître sur place, en certains lieux d'élection qui sont la paroi postérieure du larynx, certaines parties du pharynx et l'entrée des fosses nasales. Généralement elle est plutôt *secondaire*, c'est-à-dire qu'elle ne se développe dans les voies aériennes supérieures qu'après avoir débuté ailleurs. Dans sa *forme lupique*, la tuberculose a une marche nettement descendante: le lupus du nez succède à celui de la face, celui du pharynx profond à celui du voile, celui du larynx a été précédé d'un lupus facial ou vélo-palatin. Dans sa *forme banale classique, ulcéreuse*, la tuberculose serait plutôt ascendante. S'il y a quelques rares cas bien nets de tuberculose vraiment primitive et solitaire des voies aériennes supérieures, la très grande majorité des cas sont consécutifs à une tuberculose pulmonaire: l'infection se fait ici de l'intérieur vers l'extérieur. Quant à la présence de bacilles sur l'amygdale pharyngée ou les amygdales palatines ou l'amygdale linguale, elle peut s'expliquer aussi bien par l'apport du dehors (voie bucco-nasale) que par l'expulsion du dedans (voie pulmonaire).

3<sup>o</sup> *Diphthérie*. Dans les voies aériennes supérieures, elle suit classiquement une marche descendante. Le croup d'emblée est d'autant plus rarement constaté que l'examen bucco-naso-pharyngien est mieux fait. C'est quelquefois le nez, c'est généralement le pharynx buccal,

qui est le siège primitif de l'infection: l'atteinte laryngée est consécutive.

### § 3. — Influence des affections des voies aériennes supérieures sur les autres affections locales et sur les maladies générales.

Les divers appareils ont une vulnérabilité variable à cet égard.

1<sup>o</sup> APPAREIL RESPIRATOIRE. — La *gêne respiratoire* n'est pas toujours apparente. Mais il suffit du moindre effort pour faire apparaître de l'essoufflement, de la dyspnée, quelquefois compliquée de cyanose. Une sténose intra-nasale, l'hypertrophie amygdalienne, surtout celle de l'amygdale pharyngée (végétations adénoïdes), l'atrésie pathologique du larynx sont les principales causes à rechercher dans ces cas par l'exploration méthodique des voies aériennes supérieures dans toute leur étendue.

L'*obscurité respiratoire* est révélée par l'auscultation. Elle est manifeste surtout dans les points où à l'état normal le poumon respire moins bien, aux sommets par exemple. Maintes fois des sujets mis en observation, comme suspects de tuberculose, d'après ce seul signe stéthoscopique, ont été trouvés porteurs de végétations adénoïdes entraînant une insuffisance respiratoire susceptible d'expliquer à elle seule l'obscurité du murmure vésiculaire constatée au sommet.

Parfois l'insuffisance respiratoire, quand elle tient à des lésions peu marquées, ne peut être révélée objectivement que par la spirométrie (Joal) ou par l'étude des graphiques phonétiques ou respiratoires (Natier et Rousselot). Cette insuffisance peut persister alors que la cause provocatrice a disparu spontanément ou par une intervention.

Le rôle que jouent dans certaines *crises d'asthme* ou de *dyspnée atypique* ou de *toux sèche* les lésions les plus variées des fosses nasales et du pharynx s'explique par la production de phénomènes à distance ou par la chute de mucosités naso-pharyngées dans le larynx, à l'occasion du décubitus dorsal par exemple. Souvent du reste la lésion en question n'agit de la sorte que parce qu'elle trouve un terrain préparé par un état antérieur, névropathique ou arthritique.

Quand l'insuffisance respiratoire se produit chez un sujet jeune, dont le squelette est en voie de développement, elle a pour conséquence des *déformations thoraciques*. Cliniquement, on connaît depuis longtemps le thorax en carène ou thorax de pigeon et le thorax cerclé en anneau à l'union du tiers supérieur avec les 2/3 inférieurs: on sait, depuis qu'on connaît mieux la pathologie naso-pharyngée, que l'obstruction nasale joue dans cette déformation, indépendante du rachitisme, un

plus grand rôle que l'hypertrophie amygdalienne incriminée autrefois.

Consécutivement à ces déformations thoraciques, on pourrait observer des *déformations vertébrales*. Redard a étudié des cyphoses et scolioses auxquelles il attribue cette pathogénie, car elles étaient indépendantes du rachitisme et s'atténuaient ou disparaissaient chez les malades jeunes après la guérison de l'obstruction nasale.

Enfin on connaît bien l'*exagération de la vulnérabilité pulmonaire* chez ces sujets, qui contractent à l'occasion de la moindre cause accidentelle des *laryngo-trachéites* ou des *bronchites* susceptibles de se compliquer de lésions pulmonaires : dans les agglomérations d'enfants ou d'adultes (lycées, casernes), il est aisé de vérifier ces faits. L'insuffisance respiratoire agit en diminuant la résistance du poumon, en favorisant l'hyperhémie passive qui prépare l'inflammation, en gênant la filtration de l'air avant son arrivée au larynx.

II. APPAREIL CIRCULATOIRE. — En raison des relations intimes qui existent entre l'appareil respiratoire et l'appareil circulatoire, il y avait lieu de penser que les lésions entraînant l'obstruction des voies aériennes supérieures et en particulier du naso-pharynx devaient favoriser la *dilatation* ou l'*hypertrophie du cœur*. Jusqu'ici il n'existe pas un nombre de faits précis suffisant pour appuyer cette hypothèse. Expérimentalement, Köhler sur des lapins et Frankenberger sur des chiens n'ont pas trouvé de modifications cardiaques, malgré la dyspnée, à la suite de l'occlusion expérimentale des voies aériennes supérieures. L'examen systématique d'un grand nombre d'adénoïdiens avérés, chez qui la mensuration de l'aire cardiaque a été scrupuleusement faite par notre collègue Vincent, qui ignorait dans quel but elle était pratiquée, a montré que l'hypertrophie cardiaque était exceptionnelle. Quant aux faits positifs relatés (Gallois) et dont plusieurs se rapportent à des *endocardites*, ils ne sont pas tous à l'abri de la critique ; plusieurs des malades examinés étaient porteurs de lésions concomitantes des végétations adénoïdes, suffisantes pour expliquer à elles seules l'état du cœur. En vérité c'est plutôt l'appareil circulatoire périphérique, surtout le système veineux qui souffre dans les cas de sténose nasale. La *stase veineuse* est la règle sur les voies aériennes supérieures, en amont de l'obstacle à la circulation. Les cauchemars, l'agitation nocturne et autres phénomènes analogues tiennent peut-être à de la stase veineuse encéphalique concomitante.

Les lésions atteignant soit les vaisseaux, soit les nerfs sympathiques du nez et du pharynx pourraient déterminer (Hamon du Fougeray) des

goîtres, simples ou compliqués d'exophtalmie, curables ou améliorables par un traitement rhino-pharyngien.

La *composition du sang* est modifiée chez les sujets en état d'insuffisance respiratoire par lésion des voies aériennes supérieures. Cliniquement, l'état d'anémie se reconnaît chez un certain nombre de sujets à leur pâleur, à leur faiblesse, à leur défaut d'énergie et d'endurance, etc. Mais on a pu préciser davantage : Lichtwitz et Sabrazès ont démontré par l'examen du sang que les adénoïdiens ont une formule hématologique analogue à celle de l'anémie dite essentielle (lymphocytose et éosinophilie).

III. APPAREIL DIGESTIF. — Ouvert à son origine dans un carrefour qui lui est commun avec les voies aériennes, l'appareil digestif subit le contre-coup des affections de celles-ci. Ce sont surtout les états d'infection qui produisent ces résultats : ainsi les rhinites, les pharyngites, les sinusites déversent des produits septiques qui sont déglutis inconsciemment et peuvent entretenir ou aggraver un état gastrique plus ou moins accentué (anorexie, dyspepsie, etc.)

IV. APPAREIL RÉNAL. — C'est encore par une infection venue d'un foyer constitué par le naso-pharynx que l'on a cherché à expliquer les néphrites observées chez les adénoïdiens. La relation de cause à effet n'est pas évidente : il peut n'y avoir qu'une simple coïncidence.

V. SYSTÈME NERVEUX. — Il s'agit plutôt d'*états névropathiques* que de lésions organiques du système nerveux. Celles-ci sont des complications encéphaliques consécutives aux infections nasales : elles ont déjà été étudiées. Les états névropathiques dans l'étiologie desquels les affections des voies aériennes supérieures ont été incriminées sont nombreux. L'aproxie, l'inaptitude au travail ont été étudiées à l'occasion des végétations adénoïdes. La neurasthénie est fréquemment provoquée ou entretenue par les lésions naso-pharyngées, surtout par les lésions suppurées ; l'hystérie est plutôt en relation avec des lésions irritatives créant des sortes de zones hystérogènes, qu'on peut rencontrer sur la muqueuse nasale, pharyngienne ou laryngienne ; enfin, on a même cité des épilepsies d'origine nasale. Ziem, d'après son auto-observation, croit les sinusites capables d'engendrer des troubles cérébraux simulant l'aliénation mentale. Le plus souvent ce sont des névralgies, des céphalées, des migraines qui traduisent la réaction du système nerveux. Elles ont été passées en revue avec la séméiologie des affections naso-pharyngées.

VI. ORGANES DES SENS. — Les modifications du *goût* et de l'*odorat*, qui font partie de la symptomatologie des affections naso-pharyngées