

DEUXIÈME PARTIE
MALADIES DU PHARYNX ET DE SES ANNEXES

CHAPITRE PREMIER
TROUBLES NERVEUX

I
TROUBLES SENSITIFS

§ 1. — ANESTHÉSIE PHARYNGÉE

Symptômes. — La perte de la sensibilité générale du pharynx et du voile palatin peut être complète ou incomplète, et occuper la moitié seulement de la cavité pharyngienne, ou celle-ci en totalité.

L'anesthésie incomplète, lorsqu'elle est bilatérale, n'est bien souvent qu'une simple disposition individuelle, n'ayant rien de pathologique. Certaines personnes, bien que parfaitement saines, n'ont en effet qu'une sensibilité assez obtuse de cette région, et l'on peut, sans leur faire éprouver de sensations désagréables ni déterminer de mouvements réflexes, introduire facilement dans le fond de leur gorge des instruments d'exploration que la majorité des gens ne supportent que malaisément.

Quant à l'anesthésie véritable, elle ne donne souvent lieu à aucun symptôme pouvant appeler l'attention, lorsqu'elle est d'ancienne date; d'autres fois, lorsqu'elle est récente, elle se traduit par une sensation d'engourdissement et quelques troubles de la déglutition. Ceux-ci sont plus fréquents lorsque l'anesthésie est unilatérale.

Étiologie. — En dehors des lésions circonscrites des centres nerveux pouvant amener l'anesthésie pharyngée, des tumeurs intra-crâniennes comprimant ou lésant les origines du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, et des paralysies bulbaires, on observe encore l'anesthésie du pharynx chez un grand nombre d'aliénés (surtout des paralytiques généraux), chez les épileptiques, qui en sont souvent atteints passagèrement après les attaques, et enfin à la suite de quelques maladies infectieuses : la fièvre typhoïde, la grippe, et surtout la diphtérie. Les anesthésies pharyngées post-diphtéritiques sont très communes, et elles accompagnent le plus souvent les paralysies motrices de la même région.

Mais la cause la plus fréquente de l'anesthésie du pharynx est l'hystérie. Ainsi que l'a fait remarquer Chairou, un très grand nombre d'hystériques ont le pharynx et l'épiglotte insensibles. Je n'ai presque jamais vu manquer ce symptôme chez les malades atteints de mutisme hystérique que j'ai observés, soit

dans ma propre pratique, soit dans les hôpitaux. Je l'ai également retrouvé chez le plus grand nombre des hystériques souffrant de paralysies vocales.

Il ne faudrait cependant pas renverser la proposition, et affirmer l'hystérie lorsqu'on rencontre l'anesthésie pharyngée sans pouvoir lui assigner nettement une cause. Il résulterait en effet de statistiques faites dans des collèges et des hôpitaux d'enfants que l'anesthésie du pharynx serait assez fréquente dans l'enfance en dehors de l'hystérie, qui, à vrai dire, n'y est elle-même pas rare.

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté si l'on veut s'astreindre à l'exploration directe, en se rappelant que normalement la sensibilité de la paroi postérieure du pharynx est moins développée que celle du voile palatin et surtout de l'isthme guttural. Le pronostic varie avec la cause de l'affection. Il en est de même du traitement. Celui-ci est surtout efficace lorsque l'anesthésie est consécutive à la diphtérie : l'électrisation directe, et mieux encore la strychnine à l'intérieur, à doses un peu élevées, sont les moyens les plus utiles à employer.

§ 2. — HYPERESTHÉSIE

Symptômes et étiologie. — L'hyperesthésie gutturale est beaucoup plus fréquente que l'anesthésie; mais, sauf chez certains hystériques, elle est presque toujours associée à un état congestif et catarrhal des parties. Certaines personnes ne peuvent supporter le contact des instruments, et même leur vue (*réflexe psychique* de Traube), sans être prises de nausées et d'autres réflexes. Le moindre contact des instruments est parfois tout à fait douloureux. Dans les cas les plus accentués, les malades ne peuvent respirer par la bouche sans ressentir une sensation douloureuse au moment du passage du courant d'air inspiratoire.

Traitement. — On peut diminuer la sensibilité pharyngienne en administrant le bromure de potassium à l'intérieur, pendant plusieurs jours, à la dose de 2 à 4 grammes et plus. Les badigeonnages avec les solutions de cocaïne n'ont qu'un effet passager; ceux avec les solutions d'antipyrine produiraient une anesthésie moins complète, mais plus durable (Saint-Hilaire). Ces moyens doivent surtout être mis en usage chez les gens qui ne pourraient, sans leur aide, supporter non seulement le traitement local, mais même l'exploration, dans les cas d'affections chroniques de la gorge.

§ 3. — PARESTHÉSIES

Symptômes. — Sous le nom de *paresthésies* du pharynx, on doit comprendre les troubles de la sensibilité générale de la gorge se produisant sous forme de sensations anormales que ne justifie pas l'examen objectif de la région.

Les malades se plaignent le plus souvent d'une sensation de brûlure, de sécheresse, de picotement; ou bien ils éprouvent la sensation d'un corps étranger au fond de la cavité pharyngienne, tantôt à la partie médiane, tantôt latéralement. Ils comparent cette sensation à celle que leur donnerait soit un amas de mucosités, soit un morceau de chair ou une peau, soit un cheveu, ou encore un grain de sable, etc., qui se serait arrêté au fond de la gorge. Souvent ils

éprouvent une sensation de constriction gutturale plus ou moins pénible. Pour se débarrasser de ce prétendu corps étranger, les malades font de fréquents efforts de toux, ils « raclent », ils avalent à vide. Beaucoup introduisent de temps en temps le doigt dans la gorge, s'inquiètent de leur état, craignent la phthisie laryngée et surtout le cancer. D'autres croient avoir avalé quelque chose qui serait resté fixé dans le pharynx.

En général, ces différentes sensations disparaissent quand le malade est distrait, soit par la conversation, soit par une occupation exigeant une attention soutenue. Presque jamais elles n'existent au moment des repas; elles ne reparaissent que quelques instants après. Elles coexistent parfois avec un certain degré d'hyperesthésie pharyngée, et souvent aussi avec de l'anesthésie.

Étiologie. — Cette affection se voit surtout chez les professeurs, les avocats, les prédicateurs, les chanteurs, et en général chez les personnes qui usent beaucoup de leur voix. Elle n'atteint guère d'ailleurs que les sujets névropathes, hystériques ou neurasthéniques, les chlorotiques, les femmes souffrant de troubles utérins, certains dyspeptiques. Elle se montre à la suite d'une angine aiguë survenue chez des sujets de ce genre. Elle est plus commune chez la femme que chez l'homme.

Diagnostic, pronostic et traitement. — On doit s'assurer qu'il n'existe aucune lésion pharyngée, autre que l'anémie, la congestion ou un léger degré de catarrhe chronique, avant de conclure à l'existence d'une paresthésie pharyngée. L'amygdalite lacunaire, l'hypertrophie amygdalienne siégeant à la partie inférieure des amygdales palatines, au niveau des traînées de tissu adénoïde qui vont se rejoindre, en partant de chaque tonsille, au centre de la base de la langue où elles forment l'amygdale linguale, et surtout l'hypertrophie de cette dernière, peuvent en effet donner lieu à des symptômes identiques. Toutefois lorsque les malades se plaignent en même temps de sensations de brûlure à la voûte palatine et de douleurs à la langue (glossodynie), il sera tout au moins prudent de ne pas trop compter sur les résultats du traitement local des lésions de la gorge coexistantes.

Le pronostic est médiocre, car l'affection est d'une ténacité désespérante. Elle finit cependant par guérir avec les années; et il n'est pas rare qu'elle soit interrompue dans son cours par des périodes de rémission assez longues.

Le seul traitement qui m'ait donné des résultats satisfaisants est l'administration prolongée des bromures alcalins, grâce à laquelle on obtient presque constamment une amélioration notable, et souvent même la disparition des symptômes. Les interventions locales (galvano-cautère, caustiques chimiques), en l'absence de lésions objectives, m'ont paru plus nuisibles qu'utiles. Les badigeonnages à la cocaïne n'ont qu'un effet tout à fait passager. L'action du menthol est au moins douteuse, de même que celle des badigeonnages avec des solutions très concentrées d'antipyrine. Je crois que les bromures à l'intérieur ont un effet plus sûr que ces derniers moyens palliatifs, mais on est obligé d'y revenir souvent, car les récurrences sont presque constantes, aussitôt qu'on a suspendu depuis quelque temps l'usage de la médication.

§ 4. — NÉVRALGIES

Symptômes. — Bien qu'assez rares, les névralgies du pharynx méritent toute l'attention du médecin. Elles ont été surtout étudiées par Türk et par Morell-Mackenzie. Plus récemment, M. Saint-Philippe⁽¹⁾ s'en est occupé de nouveau. Mais, malgré les travaux de ces divers auteurs, elles sont souvent encore méconnues.

Les malades se plaignent de ressentir des élancements douloureux partant d'ordinaire de l'une des parties latérales de la face postérieure du pharynx, le plus souvent de la région la plus inférieure, et s'irradiant dans la partie correspondante des piliers du voile palatin, quelquefois dans la langue, plus souvent du côté du pharynx nasal, et de l'oreille (plexus tympanique). Ces douleurs atteignent leur maximum dans la soirée. Elles ne coïncident avec aucune lésion du pharynx dans beaucoup de cas; dans d'autres, on observe de la congestion unilatérale, ou encore de l'anémie généralisée.

Étiologie. — C'est surtout chez les femmes, et particulièrement chez les nerveuses, les chlorotiques, et les personnes mal réglées, qu'on est appelé à constater cette forme de névralgie. Chez quelques-unes, les accès peuvent se reproduire presque à chaque période menstruelle, et alors ils coïncident souvent avec des poussées congestives du pharynx.

Diagnostic et traitement. — Le diagnostic exige un examen objectif très complet, car il faut, avant de s'y arrêter, être tout d'abord certain qu'il n'existe aucune lésion appréciable à laquelle on puisse attribuer les accidents. L'absence de signes objectifs, l'unilatéralité, le caractère paroxystique des élancements douloureux; enfin la constatation, souvent possible, de points douloureux externes, surtout près de la grande corne de l'os hyoïde et au niveau du point d'émergence du nerf laryngé supérieur, feront reconnaître qu'on a affaire à une névralgie. Mais il est souvent difficile de savoir si le point de départ des douleurs est le pharynx ou le larynx.

Le traitement variera suivant la nature probable de la névralgie. Chez les impaludés, et même en dehors du paludisme, d'après M. Saint-Philippe, le sulfate de quinine amènera promptement la guérison. Chez les anémiques, l'opium sera utile; l'aconit conviendra mieux aux névralgies congestives (Gubler), l'antipyrine ou l'exalgine rendront des services dans presque tous les cas. On aura parfois avantage à faire quelques pointes de feu sur la paroi postéro-latérale du pharynx ou la base de la langue avec le galvano-cautère. Enfin on devra instituer un traitement général approprié. Dans un cas, chez une femme nerveuse atteinte d'hypertrophie de la muqueuse du cornet moyen de la fosse nasale du même côté, j'ai vu une névralgie pharyngée rebelle disparaître après la guérison de la lésion nasale.

⁽¹⁾ *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1881.

II

TROUBLES MOTEURS

§ 1. — SPASMES

Symptômes. — Les spasmes du pharynx peuvent atteindre les muscles constricteurs pharyngés, ou se limiter à ceux du voile du palais. Ils sont toniques ou cloniques.

Dans le cas de spasme tonique des muscles constricteurs, la déglutition peut devenir tout à fait impossible, soit qu'elle soit entravée dès son début, ou bien seulement au moment où le bol alimentaire va pénétrer dans l'œsophage. Le spasme de ce conduit accompagne d'ailleurs presque toujours celui du pharynx.

Lorsque le spasme tonique est limité au voile palatin, celui-ci s'applique plus ou moins fortement contre la paroi pharyngée postérieure, en même temps que les piliers se rapprochent de la ligne médiane.

Quand il s'agit au contraire de spasmes cloniques du voile, ce sont surtout les muscles péristaphylins et l'azygos de la luette qui sont atteints. Il se produit alors une série de secousses à chacune desquelles le voile du palais est soulevé et tendu, en même temps que les orifices des trompes d'Eustache s'ouvrent en faisant entendre au malade le claquement qu'on perçoit physiologiquement à chaque mouvement de déglutition. Ces secousses peuvent être fréquentes, et se répéter jusqu'à quatre-vingts et cent fois en une minute.

Etiologie. — En dehors de la rage confirmée, maladie dont les spasmes toniques des constricteurs pharyngés sont un symptôme constant, et du tétanos où ils se voient assez fréquemment, les spasmes du pharynx, surtout ceux qui sont limités au voile du palais, s'observent très rarement.

Ils peuvent apparaître chez des personnes très nerveuses à la suite d'une impression psychique, d'une auto-suggestion; ainsi les a-t-on vus chez des personnes mordues par un chien qu'elles croyaient à tort enragé (Trousseau).

On les voit encore chez des nerveux dyspeptiques ou atteints de pharyngite aiguë ou chronique. Mais c'est chez les hystériques qu'on a le plus souvent l'occasion de les observer: la dysphagie hystérique intermittente est le plus souvent due à des spasmes toniques des constricteurs du pharynx et de l'œsophage.

Les spasmes cloniques du voile du palais peuvent apparaître comme une complication des formes graves de la névralgie du trijumeau, surtout de celles qui sont dues à des lésions du nerf au niveau du ganglion de Gasser.

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic des spasmes cloniques ne présente aucune difficulté. En cas de spasme tonique des constricteurs, il est important d'en rechercher la cause avec soin; et, si celle-ci paraît être locale et que l'âge du malade fasse penser à la possibilité d'une affection maligne, de s'assurer qu'il n'y a pas de lésion de mauvaise nature à l'entrée de l'œsophage. Si une angine antécédente, survenue chez une personne nerveuse, ou hystérique, ou quelque autre cause pouvait faire croire à la possibilité d'une

dysphagie paralytique, on aurait recours au cathétérisme pharyngo-œsophagien pour trancher la question.

Le pronostic varie avec la cause de l'affection. Il est sans gravité chez les hystériques et chez les personnes nerveuses atteintes de pharyngites subaiguës ou chroniques pouvant être convenablement soignées.

Le traitement, dans ce dernier cas, devra consister tout d'abord à améliorer ou à faire disparaître les lésions locales ayant pu provoquer les accidents. En cas de dysphagie hystérique spasmodique, les douches froides, les bromures, et le cathétérisme méthodiquement pratiqué avec la sonde œsophagienne, amèneront plus ou moins rapidement la guérison. Dans tous les autres cas, on aura recours au traitement causal lorsqu'il pourra être institué avec quelque chance de succès. Il sera parfois nécessaire de recourir à l'alimentation artificielle à l'aide d'une sonde œsophagienne en gomme, de petit calibre.

§ 2. — PARALYSIES

Symptômes. — Bien que les paralysies des muscles constricteurs du pharynx et celles des muscles du voile du palais soient souvent associées et sous la dépendance des mêmes causes, on peut cependant aussi les observer isolément, et il y a lieu de déterminer les symptômes dépendant de chacune d'elles.

Dans les cas de paralysie des muscles constricteurs du pharynx, les troubles de la déglutition se produisent dès que les aliments ont dépassé l'isthme du gosier. Le bol alimentaire reste sur la base de la langue et peut même pénétrer en partie dans le larynx, surtout si les muscles abaisseurs de l'épiglotte sont aussi, eux, touchés par la paralysie. De là des accès de toux, des accès de suffocation possibles, une difficulté extrême à avaler les aliments, qui ne peuvent pénétrer dans l'œsophage que s'ils sont liquides ou semi-liquides, sous l'action de la pesanteur. S'ils sont solides et que la paralysie soit incomplète, ils ne peuvent même traverser qu'avec difficulté le conduit œsophagien dont la paralysie est souvent associée à celle des constricteurs pharyngés. Si le muscle constricteur supérieur du pharynx est aussi, lui, frappé de paralysie, les aliments chassés par la toux refluent souvent dans les fosses nasales. Si la paralysie pharyngée est unilatérale ou plus marquée d'un côté, les troubles de la déglutition sont moins accusés.

Lorsque la paralysie frappe le voile du palais en totalité, celui-ci pend comme une membrane inerte, et à chaque mouvement respiratoire la luette est successivement entraînée en arrière par le courant d'air inspiratoire et rejetée en avant à l'expiration, lorsque le malade respire par la bouche, au moment de l'inspection de la gorge avec l'abaisse-langue. A chaque effort de phonation, le voile reste immobile. Il ne réagit pas aux excitations directes; et, d'ordinaire, sa sensibilité est aussi diminuée ou abolie. Cependant sa contractilité électrique peut être conservée, bien que modifiée. Il en est ainsi, par exemple, lorsque la paralysie est d'origine diphtérique.

Les troubles fonctionnels portent sur la phonation, l'audition, la déglutition. La voix est nasonnée, parfois à peine compréhensible; l'audition est compromise parce que les muscles péristaphylins externes n'entr'ouvrent plus les orifices tubaires à chaque mouvement de déglutition; celle-ci, faute d'occlusion du pharynx nasal et surtout lorsque les muscles pharyngés intacts se contractent trop énergiquement quand le malade veut avaler (Lasègue), se fait mal, et les aliments pénètrent dans les cavités pharyngo-nasales. Toutefois ces troubles de la

déglutition sont plus marqués au début de l'affection que plus tard ; les malades, avec un peu d'attention, arrivent assez vite à éviter la pénétration des aliments et des boissons dans la partie supérieure du pharynx.

Lorsque la paralysie du voile palatin est unilatérale, ce qui est plus rare, les troubles fonctionnels sont moins marqués, mais souvent les malades se plaignent davantage des troubles auditifs, qui, n'atteignant qu'une oreille, éveillent davantage leur attention. Quant aux signes objectifs, ils sont en pareil cas tout à fait caractéristiques : la luette paraît rapprochée du côté sain ; l'arc palatin, du côté paralysé, paraît abaissé et plus large que celui de l'autre côté, qui semble au contraire plus élevé et plus étroit. Pendant la phonation, le voile est très nettement attiré vers le côté sain.

Étiologie. — Les paralysies des constricteurs sont le plus souvent d'origine centrale. Elles peuvent reconnaître pour causes diverses lésions et affections cérébrales, mais on les observe surtout dans les paralysies bulbaires. L'intoxication saturnine, la diphtérie, peuvent aussi les déterminer. Cette dernière maladie est aussi la cause la plus fréquente de la paralysie du voile du palais ; mais ce n'est pas la seule à beaucoup près. Indépendamment des maladies bulbaires, la paralysie du voile peut parfois dépendre de l'ataxie locomotrice progressive. En 1886, j'ai observé, avec M. Keller, une dame âgée de cinquante-cinq ans, ataxique depuis longtemps, qui était atteinte d'une paralysie complète du voile du palais évidemment tabétique. Cette paralysie s'était déjà montrée deux ans auparavant ; puis elle avait disparu au bout de quelques mois pour faire place à une paralysie de la troisième paire droite. Cette dernière avait guéri aussi, et la paralysie palatine s'était montrée de nouveau. Tout récemment, M. Schnell a signalé d'autres faits de paralysie du voile d'origine tabétique.

Parmi les causes possibles de paralysie unilatérale du voile palatin, il importe de signaler certaines paralysies faciales, surtout celles qui sont dues à une lésion du nerf siégeant au-dessus du ganglion géniculé.

Enfin, les paralysies incomplètes du voile palatin en entier se rencontrent souvent pendant ou après les différentes variétés d'angines aiguës, et dans le cours des angines chroniques (Lasègue), où elles coïncident alors d'ordinaire avec une hypertrophie plus ou moins marquée de la luette.

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic de la paralysie des muscles constricteurs du pharynx sera fait surtout à l'aide du cathétérisme, qui permettra de la différencier aisément de la dysphagie spasmodique. Celui de la paralysie du voile n'offre généralement aucune difficulté, et l'examen objectif permet de l'établir avec certitude. Il importe cependant de ne pas confondre une paralysie incomplète du voile avec l'immobilité relative de celui-ci, qu'on observe dans certains cas de tumeurs du naso-pharynx. Il faut aussi se rappeler que la brièveté congénitale du voile palatin peut en imposer pour une paralysie.

Lorsqu'on croit avoir affaire à une paralysie palatine limitée, on ne doit pas oublier que chez certains sujets le voile du palais peut être asymétrique et offrir le même aspect que dans la paralysie unilatérale. Mais dans ce dernier cas le voile est attiré du côté sain pendant la phonation, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il s'agit d'un vice de conformation.

Indépendamment du diagnostic de l'affection, il faudra faire celui de la cause. Cette notion permettra seule d'établir le pronostic, très variable suivant les cas,

et d'instituer le traitement. Dans certains cas de paralysie complète des constricteurs, on devra recourir à l'alimentation artificielle, si le malade ne peut rien avaler seul, même les aliments liquides ou semi-liquides. Dans la paralysie diphtérique, on usera avec avantage de l'électricité, et de la strychnine à l'intérieur ; le séjour à la campagne ou au bord de la mer sera souvent utile. Les parésies consécutives aux angines aiguës guérissent seules en quelques jours, lorsque la diphtérie n'est pas en cause. Celles qui sont associées aux angines chroniques disparaissent peu à peu dans la plupart des cas, lorsque l'affection causale est convenablement traitée. Si la luette est hypertrophiée, on devra en enlever une partie, à l'aide du couteau galvanique et non avec les ciseaux, afin d'éviter sûrement les hémorragies consécutives.

CHAPITRE II

TROUBLES CIRCULATOIRES

I

ANÉMIE — HYPERÉMIE

L'anémie du pharynx, comme celle de la cavité buccale, est toujours symptomatique d'une anémie générale. On la voit chez tous les cachectiques. Elle est surtout marquée chez les phtisiques. Dans les anémies dues aux maladies générales rapidement cachectisantes, elle coïncide souvent avec la persistance à la surface de la muqueuse gutturale d'arborisations vasculaires qui tranchent sur le fond pâle de la membrane.

La constatation de l'anémie du pharynx, lorsqu'on examine la gorge tout d'abord, doit donc éveiller l'attention du médecin sur l'état général du sujet, et notamment sur la possibilité de la phtisie au début. Elle a, comme on voit, une certaine importance diagnostique et pronostique, bien qu'elle ne comporte pas de traitement spécial.

L'hyperémie de la muqueuse de la gorge est une condition extrêmement fréquente. Elle accompagne constamment un certain nombre de formes de pharyngite chronique. Je n'insisterai pas ici sur la congestion passive, qu'on a cependant assez souvent l'occasion d'observer chez des cardiaques, et je m'arrêterai davantage aux congestions actives du pharynx survenant par poussées, à cause de leur importance.

Ces poussées congestives, qu'on peut considérer le plus souvent comme des réflexes vaso-moteurs à point de départ viscéral, sont fréquentes chez les femmes nerveuses, surtout lorsqu'elles sont atteintes de troubles des fonctions génitales ou d'affections utéro-ovariennes. Certaines femmes en présentent à l'approche de chaque période menstruelle, et dans certains cas cette congestion est suivie d'une angine qui se répète de mois en mois (Jaccoud, A. Genet, Bertholle). On les observe encore très fréquemment chez les dyspeptiques,