

RBIII

C6

V.2

1905



ACERVO GENERAL

123427

PRÉCIS
DE
PATHOLOGIE INTERNE

LIVRE IV

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

L'exposé de la pathologie médicale de l'appareil respiratoire comprend ;

- 1° Les maladies des fosses nasales ;
- 2° Les maladies du larynx ;
- 3° Les maladies des bronches ;
- 4° Les maladies des poumons ;
- 5° Les maladies de la plèvre.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES FOSSES NASALES

Nous étudierons seulement ici celles de ces maladies qui offrent un intérêt au point de vue de la pathologie interne ; les coryzas aigu et chronique, la syphilis du nez et l'ozène. Les maladies chirurgicales du nez ne peuvent trouver place dans ce précis. Une courte étude sur deux importants symptômes, l'anosmie et l'épistaxis, terminera le chapitre.

ARTICLE PREMIER

CORYZA AIGU

Le coryza aigu (du grec κόρυζα) est l'inflammation aiguë de la muqueuse nasale.

1° Étiologie. — L'exposition au soleil ou au froid, le froid aux pieds surtout, la respiration de gaz, de vapeurs ou de poussières irritantes, sont ses causes les plus habituelles.

Le coryza aigu peut encore reconnaître une origine *médicamenteuse* (coryza consécutif à l'administration de l'iodure de potassium) ou être symptomatique d'une maladie *infectieuse* : ainsi la grippe, la rougeole sont précédées d'un coryza et lui-même n'est souvent que la première manifestation d'une trachéo-bronchite, qui est certainement infectieuse, malgré ses allures bénignes. La morve, la diphtérie peuvent provoquer un coryza que nous décrirons à part, à propos de ces affections. Les coryzas récidivants ont leur source dans le pharynx nasal.

2° Description. — Le coryza aigu débute par des éternuements et par des picotements dans les fosses nasales souvent précédés d'une sensation de sécheresse du pharynx. La muqueuse nasale se congestionne, se tuméfie et gêne le passage de l'air. La respiration ne peut se faire que la bouche ouverte; la résonance de la voix est augmentée et celle-ci prend un timbre nasal; l'anosmie est absolue, à cause de la tuméfaction du cornet moyen qui obstrue la fente olfactive; en même temps le malade a de la céphalée, de l'inaptitude au travail et une sensation très pénible de tension au-dessus de la racine du nez, due à la participation des sinus frontaux.

Cette période d'enclenchement dure en moyenne un ou deux jours, puis une détente se produit, la respiration nasale devient plus libre en même temps qu'est sécrété un mucus abondant très clair, aqueux, qui coule incessamment sur la lèvre supérieure; les conjonctives sont injectées, les yeux larmoyants, les orifices des narines, rouges, excoriés et douloureux; la lumière est mal supportée et redouble les éternuements. Lorsque le coryza est intense, il s'accompagne de picotements ressentis à la voûte palatine, de douleur sourde dans la région sous-orbitaire; la pression en ce point et à l'émergence du nerf nasal provoque une douleur vive; les dents elles-mêmes sont douloureuses; il semble au malade qu'elles sont soulevées dans leurs alvéoles. La dureté de l'ouïe et les bourdonnements d'oreille traduisent

l'obstruction de la trompe d'Eustache, soit par la propagation de l'inflammation à la muqueuse pharyngienne, soit parce que le cornet inférieur tuméfié vient au contact de cet orifice.

Au bout de quelques jours, cette sécrétion diminue en même temps qu'elle devient de plus en plus épaisse et mucopurulente; elle prend souvent à cette période une couleur jaune safran; puis elle devient de moins en moins abondante et disparaît progressivement.

L'examen rhinoscopique pratiqué aux diverses périodes du coryza aigu montre une tuméfaction diffuse des cornets moyens et inférieurs¹, sans ulcérations; la muqueuse se rétracte bien sous l'influence des applications de cocaïne.

3° Évolution. — La durée totale du coryza aigu est de trois à dix jours. Il n'est parfois que le prélude d'une trachéo-bronchite aiguë qui évolue deux ou trois jours après le début; il laisse souvent à sa suite de la dureté d'oreille par obstruction tubaire, de l'otite catarrhale, de la gêne nasale ou une névralgie du trijumeau. Une otite moyenne purulente ou un empyème du sinus maxillaire peuvent être aussi la conséquence d'un coryza aigu. Enfin chez certains sujets le coryza récidive avec une grande facilité à la moindre cause occasionnelle.

4° Traitement. — Les inhalations de l'eau de Cologne ou d'ammoniaque réussissent parfois à arrêter un coryza à son début (*traitement abortif*).

Lorsque le coryza est en pleine évolution, il faut essayer de faire cesser l'obstruction nasale, très pénible au début; pour cela, on fera des pulvérisations de chlorhydrate de cocaïne à $\frac{1 \text{ ou } 2}{100}$ ou des insufflations de la poudre suivante (LERMOYEZ) : menthol, 0^{gr},25; chlorhydrate de cocaïne, 0^{gr},50; sucre de lait, 5 grammes; salicylate de bismuth, 5 grammes. Lorsque l'enclenchement a fait place à une sécrétion abondante il suffit

¹ Les cornets supérieurs ne sont jamais visibles à la rhinoscopie antérieure.

de la modérer en faisant priser un mélange de talc et de gomme arabique.

ARTICLE II

CORYZA CHRONIQUE

Le coryza chronique se présente soit sous la forme simple, soit sous la forme hypertrophique. La première est simplement caractérisée par une rougeur et une tuméfaction diffuse de la muqueuse nasale et par une sécrétion mucopurulente plus ou moins abondante. La seconde est constituée par une véritable hypertrophie de la muqueuse qui recouvre les cornets inférieurs. Cette hypertrophie est tantôt diffuse, tantôt circonscrite; dans ce dernier cas elle atteint avec prédilection l'extrémité postérieure des cornets, qui forme alors une masse mamelonnée ou framboisée. — Cette aspect rappelle même quelquefois celui du papillome.

Les principaux symptômes sont la gêne de la respiration nasale et l'hypersécrétion. Presque toujours l'affection coïncide avec de la pharyngite chronique: la suppression de la respiration nasale oblige le malade à respirer constamment la bouche ouverte. Cette pénétration directe de l'air sec et froid inspiré par la bouche, jusqu'au pharynx et au larynx, est une cause de laryngite et d'angines à répétition: chez les jeunes enfants la gêne de la respiration peut amener des déformations thoraciques analogues à celles qui accompagnent quelquefois les végétations adénoïdes du pharynx nasal (t. I, p. 416).

La rhinite chronique est une cause fréquente d'hypocondrie: de plus, la muqueuse nasale est le point de départ d'accidents réflexes, tels que la migraine, l'asthme, etc.

Le traitement de la forme simple consiste dans des badigeonnages astringents, surtout dans des badigeonnages avec des solutions de plus en plus concentrées de nitrate d'argent, celui de la forme hypertrophique dans l'ablation ou la cautérisation

ignée de la muqueuse des cornets inférieurs. L'ablation se fait au moyen de l'anse galvanique.

ARTICLE III

SYPHILIS NASALE

A ses trois périodes la syphilis peut intéresser les fosses nasales; elles peuvent être aussi le siège des manifestations de la syphilis héréditaire.

1° Accident primitif. — Le chancre de la muqueuse nasale siège le plus souvent à l'entrée d'une narine ou sur la cloison. L'infection se fait par l'intermédiaire du doigt. — Le cathétérisme de la trompe d'Eustache au moyen d'une sonde infectée peut agir de la même façon.

Le chancre du nez se présente sous la forme d'une ulcération surélevée et indurée; elle a de la tendance à se recouvrir d'une fausse membrane et à prendre un caractère phagédénique. L'engorgement des ganglions cervicaux est la règle. Il n'y a pas d'autres symptômes fonctionnels que l'obstruction nasale et la céphalalgie.

2° Accidents secondaires. — Ils consistent dans la présence de petites ulcérations fissuraires des narines ou de l'intérieur du nez. En même temps, il y a de l'enchifrènement par tuméfaction de la muqueuse et une sécrétion exagérée; la propagation de ce coryza syphilitique au pharynx et à la trompe d'Eustache produit de la surdité.

3° Accidents tertiaires. — Ils surviennent quelquefois très longtemps après le début de la syphilis. Ils débent par une tuméfaction diffuse de la muqueuse; la fosse nasale correspondante, et quelquefois les deux, sont uniformément rétrécies. Cette obstruction nasale peut être absolue et elle s'accompagne habituellement d'anosmie. Peu après survient un gonflement

de la racine du nez, qui apparaît comme élargie; ce gonflement s'accompagne de douleurs sus-orbitaires, augmentées par la pression, et la peau devient même quelquefois un peu rouge. Abandonnée à elle-même, la syphilis du nez ne s'arrête pas à ce stade: il se forme des ulcérations étendues et des nécroses osseuses qui aboutissent à la formation de séquestres, quelquefois spontanément éliminés par les narines, et qui exhalent une odeur infecte (pseudo-ozène syphilitique); le stylet introduit dans la fosse nasale arrive sur des surfaces osseuses dénudées: une vaste perforation de la cloison nasale ou de la voûte palatine, des lésions osseuses irréparables avec effondrement du squelette du nez, une ethmoïdite avec méningite mortelle, peuvent en être la conséquence.

4° Syphilis héréditaire. — Les nouveau-nés syphilitiques présentent souvent du coryza avec obstruction nasale qui gêne la respiration et peut même devenir une cause de mort en empêchant la succion et par conséquent l'allaitement.

A un âge plus avancé la syphilis héréditaire produit des lésions squelettiques profondes; elles sont tellement fréquentes que l'effondrement du nez (nez en selle anglaise, nez en lorgnette, décrits par FOURNIER) constitue un stigmate de syphilis héréditaire.

5° Diagnostic. — Le diagnostic des accidents tertiaires (les plus importants) se base sur les antécédents, les douleurs, le gonflement de la racine du nez, l'élimination spontanée des séquestres par les narines, la fétidité du nez, la perforation du palais ou de la cloison nasale.

Il doit être fait avec :

1° L'ozène, qui n'a de commun avec la syphilis que la fétidité; l'atrophie et la pâleur des cornets font le diagnostic;

2° L'empyème du sinus maxillaire;

3° La tuberculose nasale, très rare et localisée surtout sur la cloison;

4° Le cancer du nez qui s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire assez précoce et survient chez des sujets plus âgés.

6° Traitement. — Il faut instituer *sans retard* le traitement mixte (frictions mercurielles et 6 grammes d'iodure de potassium) et y joindre des lavages antiseptiques des fosses nasales. Les séquestres nécessitent un traitement chirurgical.

S'il s'agit d'un nouveau-né, il faut soumettre au traitement spécifique sa mère, qui seule doit le nourrir.

ARTICLE IV

OZÈNE

On donne le nom d'ozène (ὄζειν, sentir mauvais) à une atrophie progressive de la muqueuse et des cornets du nez, qui s'accompagne d'une odeur infecte.

1° Symptomatologie. — Elle comprend des signes fonctionnels et physiques.

A. SIGNES FONCTIONNELS. — Le principal symptôme est la *fétidité* du nez. La sécrétion nasale est tarie; mais tous les deux ou trois jours les malades expulsent des *croûtes* verdâtres, d'une odeur repoussante.

L'*anosmie* est un symptôme fréquent.

Les malades éprouvent une sensation de sécheresse dans le pharynx; la voix est quelquefois rauque (*ozène laryngo-trachéal*).

B. SIGNES PHYSIQUES. — L'ozène est caractérisé par l'*atrophie* de la muqueuse et des cornets du nez; au lieu d'être rosée et humide comme à l'état normal, cette muqueuse est lisse, pâle et sèche, recouverte çà et là de croûtes verdâtres adhérentes. Les cornets inférieurs, atrophiés, sont réduits à une mince crête à peine saillante; le regard pénètre jusqu'au larynx et à l'orifice de la trompe d'Eustache, dont il suit tous les mouvements; c'est sur des ozéneux qu'ont été faites les meilleures études sur le fonctionnement du voile du palais et des muscles tubaires.

La muqueuse pharyngée est sèche, parcheminée; elle présente souvent des croûtes analogues à celles qui tapissent la muqueuse nasale.

L'examen laryngoscopique fait, dans certains cas, découvrir des croûtes sur les cordes vocales et jusque dans la trachée.

La forme extérieure du nez est assez caractéristique; les ozéneux ont le nez aplati et camard, en selle anglaise.

On s'est demandé si l'atrophie de la muqueuse nasale n'était pas précédée d'une phase d'hypertrophie transitoire; cette hypertrophie n'est pas généralement admise, mais il est assez fréquent de trouver des cornets moyens hypertrophiés, alors que les inférieurs sont très atrophiés. En tout cas, la rhinite hypertrophique banale n'aboutit jamais à l'atrophie et à l'ozène.

2° Étiologie et pathogénie. — L'ozène débute entre huit et douze ans, et frappe de préférence les sujets du sexe féminin; on ne sait rien des causes qui président à sa production. Certains auteurs l'ont considéré comme symptomatique d'une sinusite maxillaire ou ethmoïdale, mais on n'en trouve pas de traces dans la grande majorité des cas.

Anatomiquement, la maladie est caractérisée par l'atrophie de la muqueuse nasale; cette muqueuse est amincie, ses glandes sont atrophiées; les os mêmes des cornets se résorbent et disparaissent. Cette lésion a été considérée comme un trouble trophique. Mais comment expliquer la formation des croûtes et la mauvaise odeur? On a prétendu que la disparition des cornets, en élargissant outre mesure les cavités nasales, y ralentissait le courant de l'air inspiré et expiré, et que cette sorte de stagnation favorisait le développement des microbes saprophytes et les fermentations. Sans négliger ce facteur, il faut faire jouer un plus grand rôle à l'atrophie des glandes de la muqueuse; leur sécrétion jouit d'un pouvoir bactéricide actif, comme l'ont démontré LERMOYEZ et WURTZ; si elle est tarie; elle ne peut plus entraîner mécaniquement les germes que l'air inspiré dépose sur la muqueuse, ni s'opposer à leur développement; ils pullulent dans les croûtes, et y développent des fermentations spéciales, cause de la fétidité.

3° Diagnostic. — Les deux signes caractéristiques de l'ozène sont la fétidité et l'atrophie de la muqueuse nasale.

a. La *syphilis* peut donner naissance à des lésions nasales qui répandent une odeur infecte (ethmoïdite, nécroses et séquestres), mais on ne constate pas d'atrophie des cornets; les fosses nasales sont rétrécies au lieu d'être élargies comme dans l'ozène; le stylet fait sentir des points où l'os est dénudé. Ce pseudo-ozène syphilitique doit être soigneusement distingué de la rhinite atrophique fétide.

b. L'*empyème du sinus maxillaire* donne lieu à un écoulement de pus fétide, tandis que l'ozéneux n'expulse que des croûtes. D'ordinaire, cet écoulement est unilatéral. A l'inspection du nez, on voit le pus sourdre dans le méat moyen où s'ouvre le sinus maxillaire; si on essuie le méat, une nouvelle goutte purulente se reforme peu d'instant après. En pratiquant l'éclairage par transparence au moyen d'une lampe électrique introduite dans la bouche, on constate que la région sous-orbitaire du côté malade reste obscure (signe de HERYNG); de même la paroi externe de la fosse nasale correspondante (signe de BÜRGER).

c. La *rhinite atrophique sans ozène* (JURASZ) se distingue par l'absence de fétidité: CHIARI n'admet pas cette rhinite atrophique; il fait observer que l'odeur de l'ozène est très variable d'un jour à l'autre et peut même par moments manquer complètement.

4° Traitement. — Les divers traitements employés essaient d'irriter la muqueuse et de la faire sécréter: massage vibratoire, attouchements à la teinture d'iode ou à la glycérine iodée, poudres irritantes, pulvérisations au nitrate d'argent.

On a récemment préconisé l'électrolyse cuprique et, en se basant sur les affinités du bacille de l'ozène (LOWENBERG) avec celui de la diphtérie, essayé les injections de sérum antidiphtérique (BELFANTI et DELLA VEDOVA). Ce mode de traitement très dangereux, n'a pas donné de guérisons définitives.

Il faut se contenter d'un traitement palliatif, qui masque au moins l'odeur. Il consiste dans des irrigations nasales antiseptiques précédées de l'insufflation d'une poudre légèrement irri-

tante (menthol et aristol) qui excite la sécrétion de la muqueuse et facilite ainsi le détachement des croûtes; après l'irrigation, on pulvérise dans les fosses nasales de la vaseline liquide au salol ($\frac{1}{20}$); elle forme une sorte de vernis qui s'oppose à la dessiccation des croûtes.

Une récente méthode consiste à reconstituer par des injections sous-muqueuses de paraffine le cornet inférieur atrophié.

ARTICLE V

ANOSMIE

C'est l'abolition de l'odorat (α , *privatif*; ὄσμη, *odeur*); par abus de langage on désigne aussi sous ce nom la simple diminution du sens olfactif: dans ce dernier cas, c'est plutôt *hyposmie* qu'il faudrait dire.

L'*anosmie* n'est qu'un symptôme relevant de causes très diverses¹. En effet, pour qu'une sensation olfactive soit perçue, les quatre conditions suivantes sont indispensables (LERMOVEZ):

- 1° Intégrité du vestibule nasal qui dirige l'air inspiré vers la fente olfactive;
- 2° Intégrité des fosses nasales et absence de tout obstacle sur le passage de l'air;
- 3° Intégrité de la muqueuse olfactive et des cellules de Schultze;
- 4° Intégrité du nerf et des centres olfactifs;

De là autant de catégories d'*anosmie*; je citerai seulement les principales.

L'*anosmie congénitale* est attribuable à l'absence des nerfs olfactifs; l'*anosmie sénile* est causée par l'atrophie des bulbes olfactifs qui sont alors parsemés de nombreux corpuscules amyloïdes (PNEVOST); l'*anosmie traumatique* est quelquefois consécutive à des chutes sur la région occipitale. Les *affections*

¹ COLLET, De l'*anosmie*. Rapport à la Société de laryngologie. Congrès de 1899.

nerveuses s'accompagnent souvent d'*anosmie*, par exemple les névroses, l'hystérie¹, la neurasthénie, l'épilepsie (FÉRÉ), les tumeurs cérébrales, le tabes (KLIPPEL) et surtout la paralysie générale. On cite en effet la diminution de l'acuité olfactive comme un symptôme très fréquent au début ou à la période d'état de cette affection. — Les lésions atrophiques des nerfs olfactifs ont été mises en évidence dans le tabes par KLIPPEL². Quant à l'*anosmie* de l'hystérie, elle coexiste souvent avec de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie et elle est unilatérale.

Les *affections nasales* produisent l'*anosmie* soit en gênant le passage de l'air (*anosmie dite respiratoire*), soit en s'accompagnant de lésions de la muqueuse olfactive (*anosmie de l'ozone*, des coryzas prolongés, etc.).

L'*anosmie* succède encore à des *maladies infectieuses* ou dyscrasiques (syphilis, diphtérie, diabète) ou à l'application locale de certaines *substances médicamenteuses* (cocaïne, morphine, chlorure de zinc).

On voit par cette énumération qu'il ne faut pas se hâter d'assigner à une *anosmie* une origine nerveuse avant d'avoir fait un examen local minutieux.

L'*hyperosmie* ou exagération de l'acuité olfactive, la *parosmie*, la *cacosmie*, sont au contraire des troubles purement nerveux compliquant le plus souvent la grossesse, l'hystérie ou l'aliénation mentale.

ARTICLE VI

ÉPISTAXIS

On désigne sous le nom d'épistaxis (de ἐπι, *sur*; στάζειν, *s'écouler*) l'hémorragie qui se produit à la surface interne des fosses nasales.

1° **Étiologie et pathogénie.** — Nous laissons de côté l'épis-

¹ On peut aussi trouver chez les hystériques de l'anesthésie ou de l'hémianesthésie de la muqueuse nasale.

² KLIPPEL, *Archives de neurologie*, 1897.

taxis traumatique et l'épistaxis post-opératoire, pour ne nous occuper que de l'épistaxis spontanée. Elle peut dépendre, comme l'indique le tableau ci-joint, d'une lésion locale ou d'une affection générale.

Epistaxis spontanée.	De cause locale . . .	}	Corps étrangers, rhinolithes.
			Ulcérations, ulcère perforant de Hajek, tumeurs vasculaires. Cancer.
De cause générale.	Epistaxis supplémentaire.	}	Suppression des règles.
			— des hémorroïdes.
			— d'un eczéma.
			Fièvre typhoïde.
			Tuberculose.
Epistaxis dans les maladies infectieuses.	}	Fièvres éruptives hémorragiques (rougeole, variole).	
		Purpuras infectieux.	
		Mal de Bright.	
Epistaxis dans les dyscrasies et les maladies du sang.	}	Cirrhoses.	
		Leucocythémie.	
		Anémies graves.	
Epistaxis par troubles circulatoires.	passifs.	}	Insuffisance mitrale et tricuspide.
			Compression de la veine cave supérieure.
	actifs.	}	Hypertrophie du cœur.
			Insuffisance aortique. Insolation.
Epistaxis dite idiopathique.	}	Hémophilie.	
		Epistaxis juvénile.	

Mais comment agissent ces diverses causes pour produire l'épistaxis ? Dans l'épistaxis de cause locale l'hémorragie a lieu au niveau de l'ulcération ou de la tumeur; dans les maladies hémorragiques (purpura, variole hémorragique) l'extravasation sanguine a lieu à la fois en divers points de la muqueuse; mais dans tous les autres cas le suintement sanguin a lieu à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale, en un point où se trouve normalement un petit bouquet vasculaire : *c'est de sa rupture que résulte l'hémorragie*; cette donnée est très importante au point de vue du traitement.

Dans les diverses affections énumérées plus haut, cette rupture

vasculaire est consécutive soit à l'altération du sang, soit à l'altération des vaisseaux, soit à une augmentation de tension, ces diverses causes étant d'ailleurs susceptibles de se combiner.

2° Description. — Le sang s'écoule habituellement goutte à goutte et par une seule narine; quelquefois cependant l'écoulement atteint une intensité inquiétante. S'il est abondant, ou si le malade penche la tête en arrière, le sang coule sur la face supérieure du voile du palais et tombe de là dans le pharynx, dont il tapisse la paroi postérieure: il est rejeté par la bouche avec des efforts de toux ou dégluti, et dans ce dernier cas il provoque parfois des vomissements. — Il est par conséquent indispensable, avant d'affirmer qu'une épistaxis est terminée, de faire ouvrir la bouche au malade et d'examiner sa gorge.

Un saignement de nez abondant s'accompagne de vertiges, de tintements d'oreilles, d'obnubilation de la vue et quelquefois de nausées; cette anémie cérébrale peut aboutir à la syncope. Des saignements de nez répétés, alors même qu'ils ne sont pas très abondants, peuvent produire une anémie grave.

3° Diagnostic et pronostic. — L'épistaxis peut passer inaperçue si le sang tombe dans le pharynx au lieu de passer par les narines, et être prise alors pour une *hématémèse* ou une *hémoptysie*; on se mettra à l'abri de cette erreur en examinant la gorge et les fosses nasales. — L'épistaxis étant mise hors de doute, il faut en *diagnostiquer la cause*, locale ou générale, et pour cela faire l'examen des principaux organes; nous renvoyons à l'étiologie pour ne pas répéter cette énumération. La valeur diagnostique de l'épistaxis dans la fièvre typhoïde, le mal de Bright ou la cirrhose est considérable.

Par elle-même et par l'anémie plus ou moins aiguë qu'elle détermine, l'épistaxis peut avoir une certaine gravité; de plus, elle est parfois symptomatique d'une affection viscérale grave (cirrhose, mal de Bright) ou d'une fièvre éruptive hémorragique (rougeole, variole) et constitue alors un symptôme de mauvais augure.

4° Traitement. — Certaines épistaxis doivent être respectées :

les épistaxis supplémentaires, celles qui accompagnent les états congestifs.

Dans l'immense majorité des cas, l'épistaxis qui ne cesse pas spontanément doit être arrêtée; la compression de l'aile du nez sur la cloison, exercée avec le doigt, l'aspiration d'une solution astringente ou hémostatique (eau de Pagliari), un pédiluve chaud, suffisent habituellement. Si ces moyens échouent, il faut porter dans la fosse nasale un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine ou de ferripyrine à $\frac{1}{10}$, pratiquer le tamponnement antérieur presque toujours suffisant, ou faire une injection sous-cutanée d'ergotine (1 gramme). Le tamponnement postérieur, destiné à obturer l'orifice choanal correspondant, se pratique au moyen de la sonde de Belloc ou d'une simple sonde urétrale en gomme; il faut se rappeler que ce tamponnement ne doit rester en place que vingt-quatre ou quarante-huit heures; car sa présence entraîne le danger d'une otite suppurée.

Pour prévenir le retour d'une épistaxis à répétition, il faut cautériser au nitrate d'argent ou au galvano-cautère le point de la cloison qui donne naissance à l'hémorragie. Un traitement général doit être institué, variable avec chaque cause (toniques, fer, arsenic, régime lacté, etc.).

CHAPITRE II

MALADIES DU LARYNX

Nous bornerons notre étude à la pathologie médicale du larynx : laryngites aiguës, œdème du larynx, croup, syphilis, tuberculose, cancer, paralysies et spasmes.

ARTICLE PREMIER

LARYNGITE AIGUE

La laryngite aiguë peut être définie, l'inflammation aiguë de la muqueuse du larynx.

1° Étiologie. — La laryngite aiguë succède le plus souvent à des causes locales : ingestion de liquides trop froids ou trop chauds, exposition à un courant d'air froid, exercices vocaux immodérés, respiration de vapeurs irritantes. Elle est surtout fréquente à l'automne et par les temps humides.

Elle peut être aussi la conséquence d'un coryza aigu, qui n'est lui-même que le premier symptôme d'une maladie infectieuse, grippe ou rougeole par exemple. La laryngite aiguë, qui vient parfois compliquer la variole ou la fièvre typhoïde mérite, en raison de sa gravité, une description spéciale.

2° Symptômes. — Nous distinguerons les symptômes fonctionnels accusés par le malade et les signes physiques fournis par l'examen laryngoscopique.