

la cocaïnisation de la muqueuse. Outre les moyens généraux, consistant en médications antinerveuses, il ne faut pas négliger de parer aux lésions que peuvent présenter les fosses nasales. Très souvent, la galvanocautérisation du cornet inférieur ou des points hypersthésiques améliore l'état des malades.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES CAVITÉS ANNEXES OU SINUS

ARTICLE I

MALADIES DU SINUS MAXILLAIRE

Le sinus maxillaire peut être le siège de fractures, d'inflammations ou de tumeurs.

CHAPITRE I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SINUS MAXILLAIRE

Les fractures du sinus maxillaire proviennent de traumatismes. Elles ne sont graves que si elles donnent lieu à des épanchements sanguins entraînant des complications d'ordre inflammatoire.

Traitement. — Le *traitement chirurgical* de ces lésions varie suivant la nature de la plaie. Il ne présente rien de particulier.

Quant au *traitement des phénomènes inflammatoires* qui peuvent apparaître à la suite d'un épanchement sanguin ou d'un corps étranger (esquille, balle), il se confond avec celui de l'empyème, que nous étudierons à propos des sinusites.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV. DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV. DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV. DE SÃO PAULO
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV. DE SÃO PAULO

CHAPITRE II

SINUSITES MAXILLAIRES

Les inflammations du sinus maxillaire, ou sinusites, sont aiguës ou chroniques, simples ou suppurées. Elles reconnaissent une origine nasale ou dentaire.

A. — SINUSITES MAXILLAIRES AIGUES.

La sinusite maxillaire aiguë naît parfois à la suite d'un coryza aigu et prend fin avec lui. Elle se révèle simplement par une douleur dans l'épaisseur de la joue.

Traitement. — Le traitement de la sinusite se réduit à la désinfection et à l'antisepsie des fosses nasales, que nous avons développées à l'occasion des rhinites.

B. — SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES

La sinusite maxillaire chronique est simple ou suppurée.

a) La sinusite chronique simple est presque toujours d'origine nasale. On la rencontre dans les coryzas chroniques, les rhinites hypertrophiques ou atrophiques. Elle est constituée par un écoulement incolore, se faisant soit par les narines quand le malade est debout, soit par les choanes quand il est couché ;

b) La sinusite chronique suppurée, ou empyème, est une affection essentiellement latente, qui est fermée ou ouverte suivant que l'orifice naturel de sortie est fermé ou ouvert. On l'observe à la suite de traumatismes ou de corps étrangers. Généralement, elle est d'origine nasale ou dentaire. Ce sont les coryzas de nature infectieuse ou les périostites alvéolo-dentaires, qui lui donnent le plus souvent naissance. On l'a encore vue se développer à l'occasion d'une syphilis nasale, d'un érysipèle, après l'ablation de polypes.

Traitement. — a) Pour les sinusites chroniques simples, le traitement se confond avec celui des rhinites chroniques, hypertrophiques ou atrophiques.

b) Les sinusites chroniques suppurées, qui succèdent à une inflammation d'origine dentaire, peuvent guérir spontanément après l'avulsion de la dent malade, qui permet l'évacuation de l'abcès highmorien. D'où la règle, lorsque les dents molaires supérieures sont atteintes, de les soigner et d'arracher les racines cariées.

Si la sinusite ne guérit pas ainsi, il faut évacuer le pus par une voie artificielle. Dans les cas d'origine dentaire, nous donnons la préférence à la *voie alvéolaire*, suffisante, en général, pour guérir les empyèmes, surtout lorsqu'ils sont récents. On pénètre par l'alvéole de la petite ou de la grosse molaire dont on a jugé l'avulsion nécessaire. Si on a le choix, il est préférable de perforer l'alvéole de la première grosse molaire. On se sert, pour cela, d'un petit perforateur à main, qu'il faut manier avec prudence. Par l'ouverture ainsi faite, on pratique des lavages avec une solution phéniquée à 1 p. 100 et on place un drain en caoutchouc qui facilite les lavages ultérieurs. Le drain doit être obturé, au moment des repas, avec un petit clou en ébonite, afin d'éviter l'introduction de particules alimentaires. Cette intervention réclame soit l'anesthésie locale à la cocaïne, soit, mieux encore, l'anesthésie générale au bromure d'éthyle.

Dans les sinusites d'origine nasale et dans celles se compliquant de sinusite frontale, la voie de choix est la *voie canine* ; c'est celle qui donne l'accès le plus large. On fait une incision dans le sillon labial ; on décolle la gencive, et on creuse dans la fosse canine, avec la gouge et le maillet, une brèche d'environ 0^m,02 de diamètre.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV.

Cet orifice permet d'extirper les fongosités, les polypes, les kystes; de supprimer les cloisonnements; de curetter toutes les parois, qu'on touche avec le chlorure de zinc à 1 p. 10. On introduit ensuite un drain que l'on fixe à l'un des angles, après obturation de la plaie. Ce drain, coupé court, a son orifice protégé par la muqueuse labiale. On l'enlève au bout de quarante-huit heures, à moins qu'un écoulement purulent ne persiste; il sert alors à pratiquer des lavages ultérieurs. L'opération que nous venons de décrire exige l'anesthésie générale avec le chloroforme.

CHAPITRE III

FISTULES DU SINUS MAXILLAIRE

Les fistules du sinus maxillaire sont tantôt *cutanées* avec ouverture sur les divers points de la joue, tantôt *alvéolaires*, tantôt *palatines*. Elles reconnaissent une origine traumatique (plaie par armes à feu, corps étranger, fracture, avulsion dentaire), chirurgicale ou spontanée (nécrose des parois).

Traitement. — Pour les guérir, il est de toute nécessité d'ouvrir le sinus, de façon à supprimer la cause qui les a engendrées. On pénètre par la voie canine pour curetter et toucher au chlorure de zinc la cavité du sinus. Les trajets fistuleux sont soigneusement curettés, et, si besoin est, des opérations autoplastiques viennent parfaire l'intervention.

CHAPITRE IV

TUMEURS DU SINUS MAXILLAIRE

Les tumeurs sont bénignes ou malignes.

Les principales *tumeurs bénignes* sont : des *kystes muqueux*,

produits par l'oblitération des glandes de la paroi de la muqueuse (*hydropisie du sinus maxillaire*); — des *kystes alvéolo-dentaires*, formés aux dépens des masses épithéliales incluses dans l'alvéole (*kystes épithéliaux para-dentaires*); — des *polypes muqueux*, semblables à ceux des fosses nasales; — des *fibromes*; — des *ostéomes*.

Les *tumeurs malignes* sont des *épithéliomes* d'aspect papillaire, pouvant, après avoir perforé le bord alvéolaire, amener la chute des dents. On note aussi des *sarcomes*.

Traitement. — Le *traitement des tumeurs bénignes* consiste dans leur extirpation, après ouverture large du sinus, suivant le mode que nous avons indiqué à propos des sinusites.

Pour les *tumeurs malignes*, il est nécessaire de pratiquer la résection du maxillaire supérieur.

BIBLIOTHECA FACULTATIS MEDICINAE
 HABILIO IUCIA

ARTICLE II

MALADIES DU SINUS FRONTAL

Comme le sinus maxillaire, le sinus frontal présente des lésions traumatiques (plaies, fractures, corps étrangers), des tumeurs (bénignes ou malignes) et des lésions inflammatoires (sinusites).

CHAPITRE I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SINUS FRONTAL

A. — PLAIES

Les plaies du sinus frontal, généralement limitées à la paroi antérieure, guérissent assez facilement. Mais, si la plaie est sinuëuse, de l'emphysème peut se développer par suite de l'infiltration de l'air dans les parties molles sous l'influence d'efforts. La suppuration apparaît et donne naissance à une fistule.

B. — FRACTURES

Les fractures sont produites par des instruments contondants ou des armes à feu. Il y a alors des esquilles, avec enfoncement plus ou moins considérable de la paroi antérieure des sinus et complication de corps étranger.

Traitement. — Ces lésions ne réclament pas un traitement spécial.

A. — Lorsque la *plaie est simple*, il suffit ici, comme partout ailleurs, d'en réunir les lèvres en évitant la production d'une fistule.

B. — Lorsqu'il y a *fracture avec plaie*, on enlève d'abord les esquilles; on relève les fragments enfoncés, et on traite la plaie comme une plaie simple.

CHAPITRE II

CORPS ÉTRANGERS DU SINUS FRONTAL

Ils se divisent en vivants et inertes. Les *corps vivants* sont généralement des larves de mouches ou d'insectes, qui pénètrent par les fosses nasales. Les *corps inertes* sont de nature variée; ils s'introduisent dans le sinus à la faveur d'une plaie ou d'une fracture (fragments de fleuret, balles, etc.). Leur présence détermine tôt ou tard de la suppuration, d'où le principe de les extraire le plus tôt possible pour éviter les fistules consécutives.

Traitement. — C'est à l'aide de la gouge et du maillet, comme nous le décrirons dans le traitement des sinusites, qu'on ouvre le sinus ou qu'on élargit la brèche, déjà existante, pour procéder à leur extraction.

CHAPITRE III

SINUSITES FRONTALES

Les sinusites frontales sont rarement aiguës; le plus souvent, elles sont chroniques.

A. — SINUSITES FRONTALES AIGUES

Les *sinusites aiguës* résultent de rétentions muqueuses, d'infections catarrhales légères à pneumocoques. Elles ne s'accompagnent pas de polypes ni de carie osseuse. L'affection se termine souvent par résolution. Cependant, il arrive que, soit

par suite du gonflement de la muqueuse, soit à cause de la consistance visqueuse de l'exsudat, le liquide, ne s'écoulant plus au dehors, s'accumule dans le sinus et forme l'hydropisie de ce sinus.

Traitement. — Il est indiqué d'ouvrir la tumeur, de modifier la muqueuse avec des caustiques et de rétablir la communication avec les cavités nasales. Ce traitement se confond en grande partie avec celui des sinusites suppurées.

B. — SINUSITES FRONTALES CHRONIQUES OU EMPYÈMES

Les sinusites frontales chroniques sont d'ordinaire suppurées; on leur donne le nom d'*empyèmes*. Elles ont une origine variable : les maladies générales septiques, les traumatismes, les corps étrangers, l'inflammation simple des fosses nasales leur donnent naissance.

L'empyème du sinus frontal est généralement unilatéral. Parfois, cependant, la suppuration envahit le sinus frontal voisin, après destruction plus ou moins complète de la cloison. L'empyème peut revêtir une forme latente. Quand l'écoulement du pus se fait par les narines, on dit que la sinusite est *ouverte*. Quand l'évacuation du pus est rendue impossible par le gonflement de la muqueuse ou par des fongosités dans le canal naso-frontal, l'empyème est dit *fermé*. On assiste alors à la tuméfaction de l'angle supéro-interne de l'orbite avec œdème de la paupière supérieure, chémosis, exoptalmie avec ou sans diplopie, paralysie des muscles de l'œil, etc. Quelquefois, la tumeur s'ouvre dans l'intérieur des fosses nasales ou même dans le crâne. Dans les cas de sinusites ouvertes, l'éclairage par transparence des sinus, ou *transillumination*, prend une valeur réelle.

Il n'est pas rare qu'au cours de l'empyème frontal le sinus maxillaire correspondant s'infecte, parce que le pus, descendant par la gouttière de l'infundibulum, arrive jusqu'à l'ori-

fice du sinus maxillaire situé à cet endroit. Il y a alors double sinusite.

Traitement. — Le traitement des sinusites frontales se résume ainsi : *ouvrir, curetter, drainer*.

Lorsque les parois osseuses des sinus sont altérées et que la peau et les couches sous-jacentes sont également intéressées, s'il y a, en un mot, abcès sous-cutané, il faut ouvrir largement, puis drainer, après avoir eu soin de curetter soigneusement les parties malades.

Lorsque, au contraire, on a à traiter une collection, les parois du sinus étant intactes, il est nécessaire d'ouvrir ce sinus, et, pour cela, il faut le trépaner. Nous donnons la préférence à la voie fronto-nasale, qui a l'avantage, tout en pénétrant dans le sinus, de rétablir les conditions physiologiques et de permettre l'écoulement du pus par le canal fronto-nasal.

Après anesthésie générale au chloroforme, les sourcils étant rasés, on fait immédiatement, au-dessous du sourcil correspondant à la lésion, une incision courbe de 0^m,035 environ, se réunissant à une incision médiane verticale sur la racine du nez de 0^m,025 de hauteur. On doit comprendre dans l'incision la peau et les muscles peauciers, le périoste qu'on détache à la rugine, en respectant le nerf frontal interne et l'artère, qui sont rejetés en dehors. A l'aide de la gouge et du maillet, on détache la paroi antérieure du sinus et on explore sa cavité. Si la cloison médiane est perforée, on réunit par une incision les deux arcades orbitaires. L'ouverture du sinus sera large. C'est la seule façon de pouvoir curetter soigneusement la muqueuse et d'enlever toutes les fongosités qui existent. Très souvent, les cellules éthmoidales antérieures participent aux lésions. Il est donc nécessaire de les atteindre. On pénètre jusqu'à

elles, soit à l'aide de la gouge et du maillet, soit avec une curette. Après avoir nettoyé soigneusement les différentes parties du sinus, on les touche avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Il ne reste plus qu'à drainer en faisant communiquer la cavité avec le canal nasal. Dans ce but, on introduit par la cavité du canal un stylet fortement recourbé, qui vient sortir par la narine correspondante. Au stylet on fixe un drain terminé par une cupule analogue aux sondes uréthrales à demeure. On tire le drain jusqu'à ce qu'il ait pénétré au niveau du plancher inférieur du sinus et on le détache du stylet. Le drain est coupé juste au niveau des narines. Les téguments incisés, peau, tissu sous-cutané, sont suturés dans toute leur étendue, et un pansement compressif est appliqué de façon à accoler la peau dans le fond du sinus. A moins de contre-indication particulière, on enlève le drain au bout de huit à dix jours.

Lorsqu'il y a coexistence de sinusite maxillaire, on commence à opérer le sinus frontal, et on termine par le sinus maxillaire.

CHAPITRE IV

FISTULES DU SINUS FRONTAL

Ces fistules sont traumatiques ou spontanées.

Les *fistules traumatiques* proviennent de plaies, de fractures ou de la présence d'un corps étranger dans l'intérieur du sinus.

Les *fistules spontanées* accompagnent une lésion du squelette de nature tuberculeuse ou syphilitique; ou bien elles sont produites par une tumeur qui a perforé les parois du sinus.

Les fistules s'ouvrent généralement au voisinage de l'angle supéro-interne de l'orbite. Elles donnent issue à du mucus et à de l'air, quand les malades font effort pour se moucher, à moins que l'orifice de communication avec les fosses nasales ne soit oblitéré.

Traitement. — Si l'affection est entretenue par un corps étranger, par un sequestre tuberculeux ou syphilitique, il est indiqué de l'extraire. Lorsque la fistule est produite par une obstruction du canal fronto-nasal, on pratique la large trépanation, et on rétablit la voie de communication entre le sinus et les fosses nasales. Après grattage de la fistule, on la ferme par avivement de ses bords, et, s'il existe une perte de substance trop considérable, on a recours à l'autoplastie.

CHAPITRE V

TUMEURS DU SINUS FRONTAL

Ces tumeurs sont bénignes ou malignes.

Les *tumeurs bénignes* comprennent des kystes glandulaires, des kystes hydatiques, des ostéomes, des polypes muqueux.

Les *tumeurs malignes* sont des fibromes, des sarcomes. Les polypes naso-pharyngiens, qui envahissent secondairement le sinus frontal, donnent lieu à des symptômes analogues à ceux des tumeurs. On observe également des lésions des parois osseuses, résultant de la syphilis ou de la tuberculose.

Traitement. — Le traitement de ces différentes tumeurs comporte la trépanation des sinus, telle que nous l'avons décrite dans le chapitre des *Sinusites*.

ARTICLE III

MALADIES DES CELLULES ETHMOIDALES

Les maladies des cellules ethmoïdales sont, les unes rares et peu connues, comme celles qui sont liées à la syphilis ou à la tuberculose; les autres méconnues, comme les tumeurs malignes, simples trouvailles d'autopsie; d'autres, enfin, rentrent dans le complexus symptomatique des sinusites ethmoïdales, comme le mucocèle et les kystes osseux.

ETHMOIDITES

Les sinusites ethmoïdales ou ethmoïdites revêtent la forme aiguë ou chronique.

A. — ETHMOIDITES AIGUES

L'ethmoïdite aiguë coïncide presque toujours avec la rhinite aiguë et reconnaît la même cause. Certaines maladies générales, comme la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, la variole, l'influenza, l'érysipèle provoquent son apparition.

Au début, elle se caractérise par un gonflement et une congestion de la muqueuse, s'accompagnant d'une sécrétion plus ou moins abondante de pus et de muco-pus.

L'ethmoïdite aiguë peut guérir par résolution, au bout de huit à dix jours. Mais il faut savoir que des complications graves sont à redouter du côté du cerveau et de l'œil.

D'autres fois, la maladie passe à l'état chronique, et l'empyème ethmoïdal est constitué.

Traitement. — Il faut combattre l'infection générale par l'antipyrine et la quinine associées; localement, on prescrit des injections chaudes antiseptiques et l'administration de pommades au menthol.

Chez les jeunes enfants, on introduit dans chaque narine, la tête étant renversée en arrière, cinq à six gouttes du mélange suivant :

Menthol.....	6 gr. 50
Huile d'amandes douces.....	20 —

B. — ETHMOIDITES CHRONIQUES OU EMPYÈMES

L'ethmoïdite chronique ou empyème ethmoïdal est une affection de l'âge adulte. Elle succède le plus souvent à l'ethmoïdite aiguë; quelquefois elle se développe d'emblée. Toutes les infections aiguës du nez, toutes les causes d'irritation de la muqueuse, la rhinite atrophique, les corps étrangers, les traumatismes portant sur les fosses nasales ou sur les cellules elles-mêmes, sont susceptibles d'engendrer des suppurations chroniques de l'ethmoïde. Il en est de même des maladies infectieuses.

Dans une première période, la muqueuse et le périoste sous-jacent sont malades. Dans la seconde période, ce qui domine, c'est la carie osseuse. Sous l'influence de cette carie, le groupe antérieur des cellules, qui est sous la dépendance du méat moyen, est plus ou moins détruit. D'autres fois, les lésions portent particulièrement sur le groupe postérieur, qui est sous la dépendance du méat supérieur. D'autres fois enfin, tout le labyrinthe ethmoïdal est transformé en une seule cavité. Ces altérations provoquent de véritables paquets purulents, que le malade rend par les narines ou par le naso-pharynx. Il peut se développer en même temps des polypes dans l'intérieur des fosses nasales. On observe encore des épistaxis et la perte de l'olfaction.

Dans les cas de suppuration ethmoïdale antérieure, on trouve dans le méat moyen une trainée plus ou moins abon-

dante de pus. Lorsqu'il y a suppuration des cellules ethmoïdales postérieures, le pus s'écoule sur le cornet moyen et dans le méat supérieur. En général, les suppurations des cellules ethmoïdales antérieures s'observent en même temps que la sinusite frontale. Au contraire, l'empyème ethmoïdal postérieur accompagne plutôt une sinusite sphénoïdale.

Lorsque le pus ne peut se frayer un chemin dans les fosses nasales, il tend à se faire jour vers l'orbite du côté de sa paroi interne, dont il décolle le périoste, et, fusan en avant, il va se collecter au niveau de l'angle interne de l'œil, d'où les troubles de cet organe. Quelquefois, le pus progresse vers le cerveau et vers les sinus de la dure-mère.

Traitement. — On prescrit, comme dans les cas aigus, de grands lavages avec une solution antiseptique (acide borique, acide phénique, aniodol). S'il y a hypertrophie des cornets, on les réduit au galvano-cautère. S'il existe des polypes, on en fait l'ablation. Cependant il ne faut guère compter sur ces moyens pour tarir le pus. Il est souvent nécessaire de recourir à un traitement chirurgical plus énergique.

Le meilleur mode pour aborder les cellules ethmoïdales est, à notre avis, la *voie orbitaire*. On incise au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Si l'intervention doit porter sur les cellules antérieures, on arrête le décollement du périoste près du trou orbitaire antérieur. Si l'on veut atteindre les cellules postérieures, ce décollement doit s'étendre bien au delà : on effondre la lame papyracée au moyen d'une curette, qui détruit toutes les petites cavités ethmoïdales et offre une large voie de communication entre le trou orbitaire et les fosses nasales. On ferme la plaie orbitaire et on pratique un drainage par les fosses nasales.

Si le sinus frontal ou le sinus sphénoïdal sont atteints, il est facile, au cours de l'opération, de traiter ces cavités.

ARTICLE IV

MALADIES DU SINUS SPHÉNOÏDAL

Les affections du sinus sphénoïdal comprennent :

Des lésions traumatiques : ce sont des fractures presque toujours indirectes; les fragments peuvent blesser la carotide interne et le sinus caverneux, d'où la production d'un anévrisme artério-veineux avec toutes ses conséquences.

Des néoplasmes, soit primitifs (polypes muqueux, ostéomes, sarcomes, carcinomes), soit secondaires (myxomes, fibromes), venus du naso-pharynx ou des cellules ethmoïdales.

Traitement. — Contre les *lésions traumatiques* produisant un anévrisme, comme pour les cas de tumeurs peu volumineuses, la *voie orbitaire* permet d'intervenir.

Dans le cas d'envahissement considérable par une tumeur, on est forcé de recourir à la *résection du maxillaire supérieur*.

SINUSITES SPHÉNOÏDALES

Ici, comme pour les autres sinus, il faut distinguer les sinusites aiguës et les sinusites chroniques.

A. — SINUSITES SPHÉNOÏDALES AIGUES

On peut voir, à l'aide de la rhinoscopie antérieure, du gonflement et de la rougeur dans les parties supérieures des fosses nasales. L'accolement du cornet moyen au septum

БИБЛИОТЕКА
 АКАДЕМИИ НАУК
 СЕРИИ МЕДИЦИНА
 БИБЛИОТЕКА

laisse sourdre une sécrétion jaunâtre, se reproduisant après nettoyage avec l'ouate. La rhinoscopie postérieure montre du pus sur l'extrémité postérieure des cornets et sur la voûte du naso-pharynx.

Traitement. — On emploie des injections chaudes boriquées, phéniquées, mentholées, aniodolées, ainsi que des pulvérisations chaudes intra-nasales avec les mêmes liquides. On prescrit également la pommade au menthol.

B. — SINUSITES SPHÉNOÏDALES CHRONIQUES OU EMPYÈMES

Les empyèmes sphénoïdaux peuvent succéder aux sinusites aiguës. On les rencontre aussi dans les diverses maladies infectieuses : diphtérie, fièvre typhoïde, morve, rougeole, scarlatine, grippe, etc. Enfin, ils accompagnent quelquefois les polypes et apparaissent après leur extirpation.

Traitement. — Parmi les nombreuses voies préconisées pour atteindre le sinus sphénoïdal, nous préférons la *voie orbitaire*. On pratique la même incision que pour l'ethmoïdite. Puis, après refoulement du globe oculaire, on dénude la partie postérieure de l'os planum. On en excise environ 1 centimètre carré et on pénètre dans les cellules ethmoïdales. Dirigeant alors un ciseau étroit en arrière, en dedans et un peu en bas, on ouvre, avec quelques légers coups de maillet, la paroi antérieure du sinus. Il est facile, à l'aide d'une curette, de nettoyer la cavité; car, souvent, il existe des altérations osseuses compliquant l'empyème. Parfois, cependant, celles-ci sont primitives et sous la dépendance de la tuberculose ou de la syphilis.

QUATRIÈME PARTIE

MALADIES DU RHINO-PHARYNX
ET DE L'AMYGDALE RHINO-PHARYNGÉE

CHAPITRE I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU RHINO-PHARYNX

Nous serons brefs sur les affections traumatiques du rhino-pharynx; car elles résultent, en général, de blessures intéressant les fosses nasales, la voûte palatine ou le voile du palais. Parfois, ce sont des instruments piquants qui perforent le palais et pénètrent dans les parois de l'arrière-cavité nasale. Souvent, ces plaies sont produites par des armes à feu.

Traitement. — Le traitement des lésions traumatiques rhino-pharyngées se confond avec celui des lésions des fosses nasales et de la voûte palatine. Seules, les altérations ultérieures, d'origine cicatricielle, pouvant déterminer des adhérences anormales du voile du palais ou des troubles auditifs par lésions de l'orifice tubaire, réclament un traitement spécial. Il faut alors sectionner les brides et pratiquer des dilatations.

Contre l'oblitération complète de l'orifice des trompes, on fera des opérations particulières, comme la myringotomie ou le tubage de la caisse.