

présentent dans l'espace naso-pharyngien, le carcinome épithélial et l'ostéosarcome plus fréquent qui se développe ordinairement dans le corps du sphénoïde et pénètre si avant dans la cavité pharyngienne, que non seulement l'espace supérieur est rempli complètement par l'excroissance, les orifices des cavités nasales et des trompes d'Eustache sont bouchés, mais qu'aussi le voile du palais est poussé en bas et bombé du côté de la cavité buccale.

MÉTHODES D'EXPLORATION

A. — EXPLORATION DU NEZ

L'examen des modifications pathologiques de la muqueuse du nez rencontre divers obstacles, à cause de la structure des fosses nasales compliquée par la conformation des cornets du nez. L'examen des portions moyenne et postérieure du nez est particulièrement difficile, surtout si l'espace libre est tellement rétréci par des déviations congénitales de la cloison, des difformités des cornets ou des modifications pathologiques des fosses nasales, que l'introduction d'un instrument dans un but diagnostique soit impossible.

Dans l'examen de la partie antérieure des fosses nasales (rhinoscopie antérieure de COHEN), la simple inspection faite en relevant la pointe du nez est généralement insuffisante, et nous sommes conduits à nous servir d'instruments pour obtenir une vue plus complète de l'intérieur du nez. Les méthodes d'exploration se distinguent en ce que, ou bien on élargit seulement l'entrée du nez, ou bien l'on introduit les instruments plus profondément pour mieux voir l'intérieur des fosses nasales et de l'espace naso-pharyngien. Pour la simple dilatation de l'entrée du nez, on se sert de spéculum à deux branches et particulièrement des dilatateurs de V. TRÖLTSCHE, FRANKEL, CHARRIÈRE, ROTH et SIMROCK, qui ont reçu l'emploi le plus général. Mais on peut se servir aussi, dans certains cas, d'un spéculum d'oreille ordinaire, ou du réflecteur en forme de pince d'ITARD, ou du réflecteur bivalve de BONNAFONT.

Dans la plupart des cas, l'élargissement de l'entrée du nez suffit pour reconnaître l'état de ses parties antérieures; cependant, en présence d'un fort gonflement de la muqueuse, il faut comprimer celle-ci latéralement avec une forte sonde ordinaire, ou avec la spatule nasale de ZAUFAL, pour arriver à voir la région moyenne et postérieure.

Dans l'examen de l'espace naso-pharyngien, il est de la plus grande importance de disposer d'un éclairage intense, soit par la lumière solaire réfléchie, soit par la flamme du gaz ou du pétrole, dont l'effet peut être augmenté encore au moyen de la boule de verre remplie d'eau indiquée par STÖRK

¹ STÖRK (l. c., p. 210) décrit un cas très intéressant de ce genre, où une tumeur de la grosseur d'un œuf, en forme de poire, partait de la paroi supérieure du pharynx et pendait dans l'espace pharyngien inférieur; elle fut enlevée complètement par l'opération avec le lacet.

pour concentrer les rayons lumineux. Avec le miroir frontal ou les appareils d'éclairage plus puissants de construction diverse, on arrive à projeter dans le nez une quantité de lumière suffisante pour éclairer non seulement la partie antérieure, mais aussi la partie postérieure des fosses nasales et même l'espace naso-pharyngien.

Dans l'exploration, on aperçoit d'abord l'extrémité antérieure du cornet inférieur, et l'on peut, dans les circonstances favorables, suivre la surface convexe ainsi que le bord inférieur de ce cornet jusqu'à l'extrémité postérieure. Par l'inclinaison de la tête en avant, on peut voir le plancher nasal et le méat inférieur; par l'inclinaison de la tête en arrière, le cornet moyen, parfois une partie du toit et la surface interne du nez externe. D'ordinaire, entre la cloison et les cornets, il reste une fente étroite, par laquelle on ne peut voir qu'une petite partie de la paroi postérieure du pharynx; mais si les cornets sont très écartés, déviés, comme on l'observe surtout dans l'ozène, une grande partie de l'espace naso-pharyngien devient accessible à nos regards. Outre la paroi postérieure et le toit de l'espace naso-pharyngien, nous pouvons aussi, en pareils cas, apercevoir la région de l'embouchure des trompes et reconnaître des modifications pathologiques dans leur pourtour. Les mouvements de l'ouverture pharyngienne de la trompe, observés par le nez pendant le fonctionnement du voile du palais, ont fait l'objet de communications de MICHEL et de ZAUFAL; ce dernier a fait des recherches étendues à ce sujet. Par un éclairage convenable, on est à même de reconnaître le cartilage de la trompe sous la forme d'un bourrelet de coloration jaunâtre; de son extrémité antérieure, un pli triangulaire se dirige en bas; de l'extrémité postéro-inférieure, un autre pli en forme de bourrelet (ZAUFAL) se rend au voile du palais. Entre le pli triangulaire et le bourrelet de la trompe apparaît l'orifice de celle-ci, sous la forme d'une fente étroite ou d'une ouverture de quelques millimètres. Pendant la phonation et pendant l'acte de déglutition, on voit le pli arrondi saillir en forme de coulisse dans l'espace pharyngien, et la base de l'embouchure de la trompe s'élargir; le releveur du voile du palais pousse la base de la trompe vers le toit et ferme en apparence l'orifice de la trompe.

Mais, à part les cas d'ozène ou de processus destructifs dans le nez et le palais, l'inspection directe de l'espace naso-pharyngien ne fournit que rarement un résultat important. Pour rendre possible, dans les circonstances normales, l'examen de l'espace naso-pharyngien par les fosses nasales, ZAUFAL a proposé l'emploi de tubes cylindriques (spéculum naso-pharyngien) de 3 à 7^m/_m de diamètre et de 40 à 42 cent. de long. L'introduction de ce

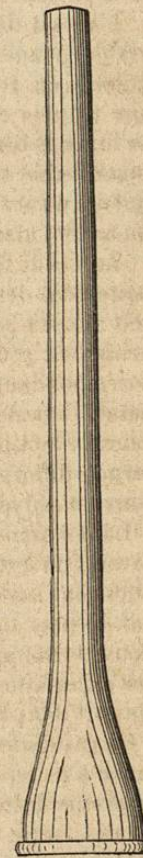


FIG. 103. — Spéculum naso-pharyngien de ZAUFAL.

tube n'est pas aussi difficile qu'on l'a affirmé. Avec un peu d'habitude, elle réussit toujours là où l'introduction d'un cathéter de fort calibre est possible; il est clair qu'en cas de rétrécissements congénitaux ou acquis dans le nez, tels que ceux dont nous avons déjà parlé (p. 408), l'introduction de l'instrument devient impossible. En poussant ce tube, fabriqué en métal ou en caoutchouc durci, jusqu'en arrière des fosses nasales, on arrive en beaucoup de cas à voir la région de l'embouchure des trompes et à reconnaître des modifications pathologiques de quelques parties de l'espace naso-pharyngien, que l'on ne peut voir par aucune des autres méthodes d'inspection¹.

L'aspect des fosses nasales, dans la rhinoscopie antérieure, est très variable. Quand il y a infiltration catarrhale, on trouve la muqueuse enflée, colorée en rouge sombre ou rouge bleu, couverte par places d'une muco-sité trouble et verdâtre; les cornets et la cloison sont en contact immédiat, la lumière des méats est rétrécie à un degré variable, parfois complètement inaccessible au passage de l'air. La formation de granulations sur la muqueuse du nez est rare et limitée à des places circonscrites, qui prennent alors un aspect glandulaire, inégal.

En cas de formation de polypes qui, comme il a été dit, proviennent ordinairement des cornets, on trouve à l'inspection, soit dans la partie moyenne, soit dans la partie postérieure du nez, une ou plusieurs tumeurs arrondies, brillantes, rouge-bleu ou rouge-jaune, qui rendent ordinairement le méat correspondant imperméable. Quand on constate la présence d'un polype nasal, l'examen avec la sonde est indispensable pour s'orienter sur la grandeur, la motilité et le point d'adhérence de la tumeur, parce que parfois les cornets difformes et hypertrophiques peuvent être pris à l'inspection au miroir pour un polype du nez.

Dans l'ozène, on trouve, surtout vers la partie postérieure du nez, les parois couvertes d'exsudat desséché, de croûtes vert-jaunâtres ou brunâtres. Elles sont surtout rassemblées en grandes masses derrière les cornets, au toit du nez, ainsi qu'au toit du pharynx. Après l'enlèvement des croûtes, on trouve la muqueuse sous-jacente un peu hyperhémique, enflée ou atrophiée. Des excoriations et ulcérations s'observent rarement; on les rencontre le plus souvent dans la syphilis.

En cas d'ulcération à base syphilitique, l'ulcère montre une faible tendance à se recouvrir d'une peau et à guérir; il n'est même pas rare que le processus destructif s'étende au périoste et aux parois osseuses des fosses nasales, avec destruction d'une partie de la cloison, des cornets ou de la voûte du palais.

¹ Pour examiner les parois latérales des fosses nasales et des cornets, WERTHEIM (*Vien. med. Presse*, 1869) a fait construire un instrument qu'il appelle chonchoscope et qui consiste en un tube mince, dans lequel se trouve logé dans une échancrure un petit miroir incliné de 45°. La petitesse du miroir ne permet d'éclairer et de voir que de très petites places de la muqueuse nasale, et il faut une très grande habitude pour apprécier l'état de la muqueuse d'après l'ensemble de ces petites images.

B. — EXPLORATION DE L'ESPACE PHARYNGIEN

L'exploration de l'espace pharyngien se divise en exploration de la partie inférieure (cavum pharyngo-orale) et exploration de la partie supérieure (cavum pharyngo-nasale)¹.

L'exploration de la portion inférieure du pharynx se fait le plus simplement en abaissant la langue, aussi loin que possible, à l'aide d'une spatule construite convenablement, et en faisant soulever le voile du palais par la prononciation de la voyelle *a*, ou mieux encore de la consonne *h*. La manière d'examiner les modifications des piliers du voile du palais, des tonsilles et de la paroi postérieure du pharynx, au moyen de la lumière du jour directe ou réfléchie ou d'un éclairage artificiel, est généralement connue et il n'est pas besoin de plus amples détails à ce sujet.

L'exploration de la cavité pharyngo-nasale est accompagnée de difficultés plus grandes. CZERMAK et après lui SEMELEDER ont le mérite d'avoir introduit dans la pratique cette méthode importante d'exploration. On se sert pour l'inspection d'un miroir du pharynx rond ou ovale (pharyngoscope), analogue au miroir du larynx, à l'aide duquel on éclaire les parois de l'espace supérieur du pharynx et de la région postérieure des fosses nasales; les parties éclairées se voient par réflexion sur le miroir. La grandeur du miroir, ainsi que son inclinaison sur le manche dépendent de la capacité du pharynx. Quand la cavité pharyngienne est spacieuse, particulièrement quand il y a une grande distance entre le voile du palais et la paroi postérieure, on peut se servir d'un plus grand miroir, parce qu'il porte plus de lumière dans l'espace pharyngien supérieur et dans la partie postérieure des fosses nasales, qui sont ainsi éclairées d'une façon plus intense. Mais quand la cavité pharyngienne est étroite, en particulier chez les enfants, en cas de fort gonflement des amygdales et d'engorgement de la paroi postérieure du pharynx et du voile du palais, on ne peut employer que de petits miroirs de 1 cent. 1/2 de diamètre, car l'emploi de miroirs plus grands, par contact de la muqueuse pharyngienne, souvent extrêmement irritable, provoque des mouvements de déglutition et de vomissement qui empêchent l'inspection de l'espace supérieur du pharynx. L'expérience montre, en outre, que souvent l'irritabilité de la muqueuse pharyngienne est si considérable, qu'au moindre contact avec le miroir il se produit des crampes réflexes dans les muscles du pharynx, et qu'il y a ainsi des individus chez qui la pharyngoscopie est impossible en fait.

Cependant, en présence de cette irritabilité de la muqueuse pharyngienne, quand on n'arrive pas au but dès le premier essai, il ne faut pas renoncer à des tentatives ultérieures, parce que l'expérience montre que l'irritabilité s'émousse à la longue et que finalement l'exploration réussit.

L'état de relâchement du voile du palais, nécessaire pour la réussite de

¹ Dans l'inspection de l'espace naso-pharyngien, on examine en même temps la partie postérieure des fosses nasales (rhinoscopie postérieure)

l'inspection, est obtenu, suivant l'indication de CZERMAK, par la prononciation fortement nasale de voyelles, ou, suivant LÖWENBERG, par la respiration par le nez. Les divers instruments construits pour soulever et tirer en avant le voile du palais ne sont que rarement utilisables et ne s'emploient que pour certaines opérations. Pour gagner de la place au miroir, il convient de faire tourner fortement la tête de côté, ce qui élargit le pharynx du côté opposé.

En examinant la paroi postérieure du pharynx, située au fond de la bouche, on peut souvent conclure des modifications visibles en cette place, telles que gonflement, rougeur, infiltration, mucosité coulant d'en haut, croûtes adhérentes et granulations, à une maladie probable de la muqueuse dans l'espace supérieur du pharynx. Souvent, cependant, on trouve des maladies très avancées dans l'espace naso-pharyngien supérieur, sans la moindre modification de la paroi pharyngienne postérieure visible par la bouche. L'absence d'altérations notables de la paroi postérieure du pharynx ne rend donc nullement superflu l'examen de l'espace pharyngien supérieur au moyen du pharyngoscope.

Les altérations visibles avec le miroir du pharynx dans l'espace naso-pharyngien sont :

1° Une rougeur de degrés divers avec un dépôt gris ou blanchâtre, en cas d'engorgement chronique et de sécrétion muqueuse. La rougeur nous donne une mesure de la réplétion sanguine de la muqueuse. Une forte rougeur s'observe dans le catarrhe aigu avec tuméfaction et engorgement de la muqueuse. Dans le catarrhe chronique, la muqueuse est, en beaucoup de cas, sombre, colorée en rouge-bleu sale, aspect qui est dû aux vaisseaux sanguins dilatés au delà de la proportion normale, présentant parfois des renflements varicieux, et à une pigmentation (v. TRÖLTSCHE).

2° Gonflement de la muqueuse. Ou bien elle est enflée fortement d'une manière uniforme dans toute son étendue, ou bien elle présente une surface papillaire inégale dans la pharyngite granuleuse, ou un aspect glandulaire en cas de végétations adénoïdes, de forme pivotante ou sphérique, dans l'espace pharyngien.

3° Un dépôt verdâtre, gris jaunâtre, de mauvaise apparence, souvent nettement circonscrit, difficile à enlever, et des croûtes dans l'ozène ou l'ulcération syphilitique de la muqueuse.

Dans les circonstances favorables, on arrive, comme il a été dit, à voir à l'aide du pharyngoscope non seulement les parois de l'espace naso-pharyngien, mais aussi la partie postérieure des fosses nasales, et les modifications décrites se laissent observer vers les orifices postérieurs des fosses nasales, ainsi qu'à la partie postérieure des cornets du nez.

Les modifications pathologiques des embouchures des trompes et de leur pourtour présentent un intérêt particulier.

A l'état normal, on voit l'ouverture pharyngienne de la trompe sous forme d'un triangle arrondi, avec la pointe dirigée en haut, limité en arrière par le cartilage de la trompe qui forme un bourrelet saillant jaune pâle ou jaune rougeâtre.

Par des mouvements d'aspiration forcés et par l'émission d'un son, le voile du palais se soulève vers ce triangle; le bourrelet fortement en saillie du releveur du voile du palais et les plis qui partent du cartilage de la trompe se rapprochent de la ligne médiane. Dans les cas pathologiques, on voit souvent les bourrelets qui limitent l'embouchure de la trompe fortement rougis, infiltrés, la muqueuse elle-même de cet orifice gonflée à divers degrés; quelquefois on peut apercevoir des soulèvements folliculaires circonscrits. Dans l'ouverture même, on voit fréquemment des masses muqueuses, parfois des croûtes qui vont en s'amincissant de l'espace naso-pharyngien jusque profondément dans la partie cartilagineuse de la trompe. On observe en outre des ulcérations dans le pourtour de la trompe, à l'ouverture pharyngienne elle-même, avec rétrécissement de cette ouverture et effacement du bourrelet par destruction ulcéreuse, resserrement et atrophie du cartilage.

L'inspection de l'espace supérieur du pharynx, à l'aide du pharyngoscope, a besoin d'être complétée par quelques cas par le contact de la sonde et l'exploration digitale. La sonde dont on se sert est recourbée à angle droit, comme celle employée à l'exploration du larynx. En contrôlant avec soin la pointe de la sonde à l'aide du pharyngoscope, on peut tâter les diverses parties de l'espace naso-pharyngien et obtenir ainsi des renseignements sur la consistance et l'étendue des engorgements existants.

L'exploration digitale se fait en touchant la paroi de l'espace naso-pharyngien avec l'index introduit par la bouche derrière le voile du palais, et l'on peut ainsi constater le degré de gonflement, les rapports de capacité du pharynx, et le point d'attache, la grandeur, la conformation et la motilité des tumeurs qui s'y trouvent. L'exploration digitale paraît indiquée non seulement là où les difficultés signalées précédemment rendent impossible l'emploi du miroir du pharynx, mais aussi en beaucoup de cas où l'examen pharyngoscopique est praticable, parce qu'avec le miroir seul la présence d'inégalités, surtout s'il y a un fort dépôt muqueux, se laisse reconnaître moins sûrement que par le contact du doigt, qui ne provoque dans le pharynx qu'une réaction à peine plus forte que celle produite par le miroir du pharynx.

Avant d'en arriver au traitement des maladies de l'espace naso-pharyngien, je dois encore appeler l'attention sur quelques-uns des symptômes principaux qui sont la suite des affections naso-pharyngiennes.

Ces symptômes sont l'empêchement de la respiration par imperméabilité du nez et le mal de tête frontal. La sensation d'obstruction du nez peut se présenter déjà pour de légers degrés d'engorgement de la muqueuse; en cas d'infiltration grave, la respiration est tellement gênée, que le malade, au lieu de respirer par le nez, est obligé de respirer par la bouche. Cette anomalie de la respiration est, comme je l'ai déjà remarqué plus haut (pag. 276), d'autant plus importante pour la fonction de l'organe auditif, que la ventilation des trompes est complètement supprimée et par là, en cas d'engorgement de la trompe, le retour à l'état normal est empêché. Chez les enfants, la bouche maintenue ouverte donne à l'expression du visage un caractère honteux, stupide, et le diagnostic de la maladie peut souvent s'établir à première vue.

Les symptômes provoqués par l'affection simultanée des sinus voisins du nez, particulièrement des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires ont aussi de l'importance. On connaît les douleurs de tête frontales violentes qui se produisent si fréquemment dans le coryza aigu, plus rarement dans le coryza chronique et qui sont généralement accompagnées d'affaissement général et de dépression psychique. Si ces symptômes ne peuvent être calmés par une douche d'air d'après mon procédé, qui peut expulser des liquides des sinus du nez, on peut admettre avec une grande vraisemblance, d'après les indications de A. HARTMANN (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, vol. XX) qui en a donné le premier la preuve, qu'ils sont dus à l'affection du nez.

Traitement. — Le traitement à appliquer au catarrhe naso-pharyngien dépendra surtout, d'après ce qui précède, des modifications anatomiques présentées par la muqueuse malade. Le procédé thérapeutique sera bien différent suivant qu'il s'agira d'un simple gonflement, avec tuméfaction et hypersécrétion de la muqueuse, ou de modifications secondaires et d'excroissances connectives déjà développées, dans et sur la muqueuse malade.

Les infiltrations catarrhales aiguës de la muqueuse naso-pharyngienne ne demandent pas en général un traitement énergique, parce qu'elles rétrogradent ordinairement, dans les circonstances normales, au bout de peu de temps. Il convient pourtant, même pour les catarrhes aigus, d'éviter toutes les influences fâcheuses qui peuvent entraver la guérison. Parmi ces influences sont à citer : le changement rapide de température, surtout en hiver; le séjour dans un air chargé d'émanations ou vicié par la fumée de tabac; l'usage des boissons alcooliques, etc. Le changement brusque de température est particulièrement à éviter par les personnes chez qui l'engorgement aigu de l'espace naso-pharyngien, se produisant à plusieurs reprises, se transmet chaque fois à la muqueuse des trompes d'Eustache et cause une sensation de pression et de gêne dans l'oreille; l'engorgement et la sécrétion se propagent facilement à la muqueuse de la caisse, sous l'influence de l'action de l'air froid et humide, et y donnent lieu au développement d'altérations persistantes.

Parmi les remèdes recommandés contre l'engorgement catarrhal aigu de la muqueuse du nez, nous citerons : l'aspiration de la vapeur d'eau chaude, en cas de forte infiltration et de diminution de perméabilité des fosses nasales; en outre, l'aspiration de vapeurs fortement irritantes d'acide acétique, d'ammoniac et d'acide carbolique, d'un flacon tenu devant les narines, et le badigeonnage, à l'aide d'un pinceau, des parties antérieures de la muqueuse nasale, avec du beurre de cacao ou des pommades à l'oxyde de zinc, etc..

De tous ces remèdes, on peut dire d'une manière générale qu'ils apaisent fréquemment les symptômes subjectifs pénibles, mais qu'ils n'exercent aucune influence sur la marche du catarrhe. Au contraire, on obtient un meilleur effet d'une diaphorèse énergique par des boissons chaudes, des bains de vapeurs, qui coupent quelquefois le rhume en peu de temps.

Si, en même temps, la partie inférieure du pharynx se montre rougie,

tuméfiée et exsudante, les symptômes du catarrhe sont diminués par des gargarismes avec une décoction mucilagineuse de thé ou des solutions légèrement astringentes.

Les catarrhes naso-pharyngiens chroniques avec forte tuméfaction, gonflement et sécrétion abondante sont souvent très opiniâtres, surtout quand l'affection existe depuis plusieurs années; en outre, chez les individus scrophuleux, anémiques et ceux dont la nutrition est affaiblie. Le traitement des catarrhes chroniques n'aboutit à un résultat que s'il est continué longtemps d'une manière conséquente. Quant à l'emploi de substances médicamenteuses sur la muqueuse malade, il faut remarquer que, d'après l'expérience, l'action des divers médicaments dépend de circonstances individuelles, de telle sorte qu'un médicament se montre excessivement actif dans une série de cas, tandis qu'il s'emploie sans résultat dans des cas analogues. On est donc obligé, dans un cas donné, d'employer toute une série de remèdes, jusqu'à ce que l'on découvre celui qui a de l'action dans ce cas spécial.

Les substances médicamenteuses destinées à combattre l'engorgement et la sécrétion de la muqueuse malade sont employées soit en solutions, soit à l'état solide, pulvériforme.

Les médicaments dissous dans un liquide sont appliqués sur la muqueuse en instillations, injections dans le nez, à l'aide de ce qu'on appelle la douche nasale enfin, au moyen de la pulvérisation.

Dans la douche nasale, qui doit son nom à l'inventeur (TH. WEBER, de Halle), on fait pénétrer le liquide dans une des narines au moyen d'un irrigateur, ou bien d'un vase (d'après le principe du siphon à branches inégales), relié avec un tube en caoutchouc muni d'un bout en forme d'olive. L'arrivée du liquide sur la face supérieure du voile du palais amène la fermeture réflexe de la soupape palatine, et le liquide, dont l'écoulement en bas est empêché, ressort par l'autre narine.

Par la douche nasale de WEBER, la muqueuse naso-pharyngienne est baignée de tous côtés par le liquide médicamenteux, et les masses muqueuses et croûtes logées dans les sillons sont chassées. Mais, par suite de la pression hydrostatique latérale, le liquide pénètre souvent dans les sinus frontaux et il en résulte des douleurs de têtes frontales durant souvent tout le jour; ou bien le liquide pénètre avec une forte pression par les trompes dans les caisses tympaniques et il se produit les symptômes d'une violente otite moyenne aiguë avec suppuration et perforation de la membrane du tympan, comme l'ont observé, dans des cas nombreux, les médecins auristes américains, particulièrement ROOSA, KNAPP et autres.

Dans l'emploi de la douche nasale, il faut donc observer certaines précautions pour empêcher la pénétration du liquide dans les caisses. Voici quelles sont ces précautions : 1° Il ne faut employer que des liquides tièdes (v. TRÖLTSCH). 2° Le vase contenant le liquide ne doit pas être placé trop haut, pour que celui-ci ne pénètre dans le nez que sous une faible pression (v. TRÖLTSCH.) 3° La tête ne doit pas être inclinée trop fortement en arrière, mais être tenue horizontalement, pour empêcher la pénétration du liquide dans les sinus frontaux. 4° En cas de capacités différentes des fosses

nasales, on fait pénétrer le liquide par la narine la plus étroite. 5° Il ne faut pas employer des solutions irritantes concentrées ¹.

Cependant, malgré ces mesures de précaution, il arrive parfois, surtout en cas d'un mouvement involontaire de déglutition, que le liquide pénètre dans l'oreille moyenne pendant la douche et qu'il en résulte les accidents fâcheux indiqués. Par suite, là où il s'agit d'humecter de tous côtés la muqueuse naso-pharyngienne malade avec la solution médicamenteuse, je préfère verser le liquide *dans le nez*, et, dans les cas où des masses muqueuses ou des croûtes doivent être éloignées de l'espace naso-pharyngien, les détacher par des injections tièdes répétées, au moyen d'une seringue ordinaire. Mais, pour éviter les accidents fâcheux dans les injections, le bout de la seringue ne doit pas être introduit hermétiquement dans le nez, et, pour éviter la production de douleurs de tête frontales, le jet de liquide doit être dirigé exactement en arrière, la tête étant placée normalement. SCHRÖTTER recommande, pour l'injection du nez, une seringue dont les ajutages peuvent être poussés dans les fosses nasales. Les enfants, en général, ne supportent pas bien les injections.

La méthode d'instillation du liquide dans le nez dont il est question ci-dessus, et que j'ai souvent expérimentée, consiste à faire couler par moitié dans chacune des fosses nasales une quantité d'environ 30 grammes (deux cuillerées à bouche) de la solution employée, au moyen d'un vase en verre de forme naviculaire (fig. 104), la tête étant penchée en arrière, en avertissant

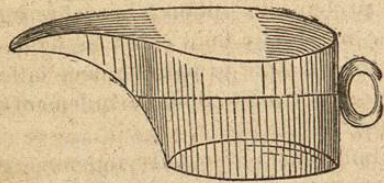


FIG. 104. — Petite nacelle de verre pour instiller des liquides dans le nez ($\frac{1}{6}$ de la grandeur réelle).

le malade de pencher rapidement la tête en avant au moment où le liquide arrive dans le pharynx, pour que le liquide qui passe dans l'autre moitié du nez, par suite de la fermeture de la soupape palatine, puisse s'écouler librement par les deux narines. Pour ne pas gêner l'action du médicament, on ne permet au malade de respirer par le nez qu'un quart d'heure après l'emploi du remède. Dans toutes ces méthodes,

le liquide injecté arrive aussi dans l'ouverture pharyngienne de la trompe et, par attraction, dans le canal lui-même; par suite on obtient une action indirecte sur l'oreille moyenne.

Parmi les *appareils de pulvérisation* de construction diverse, recommandés pour le traitement des affections du nez, celui donné par v. TRÖLTSCH a pris rapidement une extension générale (*Lehrb.*, pag. 365). Il consiste en un tube de l'épaisseur d'un tuyau de plume de corbeau, muni, à son extrémité en pointe conique, d'une fine ouverture, et qu'on introduit hermétiquement

¹ Pour empêcher la pénétration du liquide dans les caisses, ZAUHAL propose de pousser, avec les doigts introduits dans la bouche, le voile du palais contre l'entrée de la trompe; STÖRK conseille de tenir une gorgée d'eau dans la bouche pendant la douche nasale.

dans un flacon de verre au moyen d'un bouchon de liège. La compression de l'air dans le flacon est obtenue par un soufflet en gomme élastique (double ballon), comme dans le pulvérisateur de RICHARDSON. L'avantage particulier de cet appareil consiste en ceci, que le tube peut être poussé par le nez jusque dans le pharynx, que l'action du médicament peut être ainsi localisée sur la muqueuse de sa portion supérieure et sur la région des trompes et qu'on peut par suite employer des solutions beaucoup plus concentrées qu'avec la douche nasale de WEBER.

Quant aux substances employées dans l'application de ces méthodes, on se sert le plus souvent, pour la douche de WEBER, de solutions à 1 % de sel marin ou de bicarbonate de soude ou des deux mélangés en parties égales, de solutions étendues d'hypermanganate de potasse, d'acide salicylique (dans l'ozène). Les astringents ne peuvent être appliqués au moyen de la douche nasale que très dilués (tannin, sulfate de zinc 1 — 2/1000). Pour le traitement de l'ozène, on a recours à des solutions très dilués d'acide carbonique, d'hypermanganate de potasse ou de chlorure de potassium. Parmi les solutions médicamenteuses qui sont employées en *instillations* dans le nez, les suivantes se sont montrées les plus efficaces : 1° Des solutions concentrées de sel de cuisine ou des eaux salées d'Ischl ou de Kreuznach étendues, spécialement quand l'affection a une base scrophuleuse. 2° Des solutions concentrées de *tannin*, dont on dissout une forte pincée dans à peu près 30 gr. d'eau tiède. L'action de ce remède est renforcée en quelques cas par l'addition de sulfate de quinine (tannin 3, quinine sulfatée 0, 1), ou d'acide salicylique (tannin 3, acid. salicyl. 0,3), particulièrement quand la sécrétion de la muqueuse nasale est surtout purulente. 3° Des solutions de *sulfate de zinc* (0,05, eau distillée 30), mais seulement alors que les remèdes précédents ont été employés sans succès. Leur emploi n'est à conseiller que chez des adultes, chez qui la solution instillée par le nez peut s'écouler également en grande partie par le nez. Chez les enfants, au contraire, où le liquide arrive fréquemment dans l'estomac par déglutition, on doit éviter l'emploi des solutions de sulfate de zinc, parce qu'elles peuvent provoquer l'envie de vomir et le vomissement effectif. 4° Les solutions d'alun cru (sulfate d'alumine), et d'argile acétique (acétate d'alumine). Les deux se montrent actives en certains cas où auparavant toute une série de médicaments ont été employés sans résultat ¹. 5° Des solutions d'acide carbonique, en cas de sécrétion chronique ou muco-purulente de la muqueuse pharyngienne (blennorrhée), spécialement si elle est accompagnée de mauvaise odeur du nez. 6° La solution recommandée par STÖRK d'un mélange des poudres de : salicylate de soude, bicarbonate de soude, chlorate de soude ^{aa} 5,0 (une pincée dans 30 à 40 gr. d'eau); huile de térébenthine (non rectifiée) (deux à trois gouttes

¹ WENDT (*Krankheiten der Nasenrachenhöhle, etc.*, v. ZIEMSENS *Handbuch*, p. 278) s'élève contre l'usage de l'alun sous forme liquide, car il a observé dans trois cas, à la suite de son emploi, la perte persistante de l'odorat.