

GRUNWALD-LAURENS
ATLAS-MANUEL
DES
MALADIES DE LA BOUCHE
ET DES FOSSES NASALES

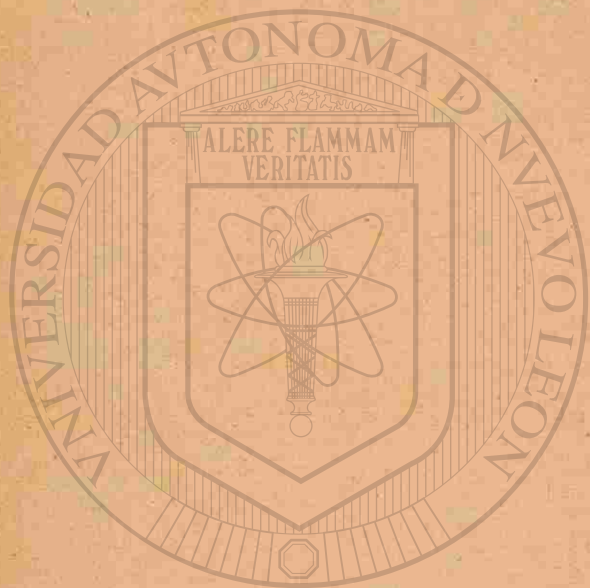
J.B. BAILLIÈRE & FILS

BRUNWALD
LAURENS
—
GLADIES
DE LA
BOUCHE
ET DES
OSSES NATALES

RF46
G78

G. BALBIERE & FILS

O. d.



ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA BOUCHE

DU PHARYNX ET DES FOSSES NASALES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

GRUNWALD. — Atl.-Man. des Maladies de la bouche.

4

PRINCIPAUX TRAVAUX DU D^r GEORGES LAURENS

- Atlas-Manuel des Maladies de l'Oreille**, par les D^{rs} A. POLITZER et G. BRÜHL. Edition française par le D^r G. LAURENS. Paris, 1902. 4 vol. in-16, 395 pages avec 39 planches chromolithographiées, comprenant 244 figures coloriées et 88 figures dans le texte, reliure souple, tête dorée 18 fr.
- Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil (*Thèse de doct.*, Paris, 1897).
- Un cas de hernie de la glande sous-maxillaire (*Presse médicale*, 1895).
- Relations des maladies du nez et de ses annexes avec les maladies des yeux (*Gaz. des Hôp.*, 1895).
- Un cas d'œdème aigu primitif du larynx (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1895).
- Troubles oculaires réflexes d'origine nasale (*Ann. d'ocul.*, mai 1896).
- Anesthésie par l'huile gaiacolee en otologie, rhinologie et laryngologie (*Ann. des mal. de l'or.*, janv. 1896).
- Des queues de corne (*Arch. internat. de laryng.*, 1896).
- Deux cas de pyémie otique sans participation apparente du sinus latéral (*Ann. des mal. de l'or.*, 1898).
- Ostéome des fosses nasales avec mucocèle fronto-maxillaire. Résection partielle du maxillaire supérieur, du tiers interne de l'arcade orbitaire et de l'ethmoïde. Trépanation du sinus frontal, guérison (*Soc. franc. de laryng.*, 1899).
- Phlébite du sinus latéral. Ligature de la jugulaire. Curetage du sinus. Guérison (*Soc. franc. de laryng.*, 1899).
- Sinusite frontale chez un enfant de 10 ans avec vaste abcès intracrânien. Résection partielle de l'os frontal. Guérison (*Soc. franc. de laryng.*, 1899).
- Phlébite primitive de la veine mastoïdienne d'origine otique. Ligature de la veine jugulaire. Curetage de la veine mastoïdienne (*Th. de Condorc.*, Paris, 1900).
- Abcès du cervelet d'origine otique (*Congrès international d'otologie de Londres*, 1899).
- Le traitement rationnel de l'otorrhée (*Presse méd.*, déc. 1899).
- Ostéite crânienne diffuse d'origine otique avec thrombo-phlébite des veines du diploé (*Congrès internat. de méd.*, 1900).
- La chirurgie de l'orbite dans ses rapports avec la chirurgie des sinus de la face (*Congrès internat. de méd.*, 1900).
- Un cas de périostite mastoïdienne (*Soc. franc. de laryng.*, 1897).
- Traitement chirurgical d'urgence d'une mastoïdite suppurée (*Presse méd.*, déc. 1898).
- Note sur un cas d'abcès chronique du voile du palais (*Soc. franc. de laryng.*, 1898).
- Septico-pyohémie d'origine otique (*Rapport présenté à la Soc. franc. de laryng.*, mai 1900).
- La chirurgie de l'otite scléreuse. Le procès du traitement chirurgical de l'otite sèche au Congrès de 1900 (*Presse méd.*, 1901).
- Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique. Evidement du rocher. Guérison (*Congrès franc. de chir.*, oct. 1901).
- Méningite d'origine otique ayant simulé un abcès cérébral, en collaboration avec A. BROCA (*Ann. des mal. de l'or.*, janvier 1902).
- Résection crânienne pour ostéomyélite du temporal, d'origine otique (*Soc. franc. de laryng.*, 1902).
- Abcès cérébral et cérébelleux otogènes avec phlébite du sinus. Trépanation. Guérison (*Congrès français de chirurgie*, 1902).

DIJON, IMPRIMERIE DARANTIÈRE

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA BOUCHE

DU PHARYNX

ET

DES FOSSES NASALES

PAR

Le D^r L. GRUNWALD

EDITION FRANÇAISE

PAR LE DOCTEUR

GEORGES LAURENS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Assistant d'Otologie des Hôpitaux

42 planches chromolithographiées

COMPRENANT

106 figures coloriées et 41 figures dans le texte



PARIS BIBLIOTECA

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

1903

Tous droits réservés

100 0340

26. 5. 1903
Cadaques Casa de Estudios
Mauricio Guillot
San José et Real Núm. 2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PRÉFACE

Cet *Atlas-manuel des maladies de la bouche, du pharynx et des fosses nasales*, est la traduction avec adaptation française, de l'ouvrage de L. Grünwald.

Nous avons respecté d'une façon absolue la physionomie toute spéciale de ce livre :

1° Parce qu'il est conçu sur un plan absolument nouveau ; à ce point de vue il diffère de la plupart des traités de rhinologie et de pharyngologie, en ce qu'il constitue en quelque sorte un véritable traité de séméiologie, de pathologie et de thérapeutique du nez, du cavum, du pharynx et de la bouche ;

2° Parce qu'il contient une foule d'aperçus originaux, d'idées personnelles appartenant en propre à l'auteur allemand et qu'il était intéressant de connaître pour le public médical français.

Le lecteur, étudiant et praticien, trouvera dans cet

Atlas-manuel tout ce qu'il lui est utile de savoir en rhinologie et en stomatologie.

En particulier, la partie iconographique est très intéressante, car en regard de chaque planche, une courte description de la lésion anatomique réalise une véritable observation clinique, très précise. L'Atlas à lui seul peut former un petit résumé très concis de toute la pathologie naso-sinusale et bucco-pharyngée.

GEORGES LAURENS

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA BOUCHE

DU PHARYNX ET DES FOSSES NASALES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

La cavité bucco-pharyngienne forme la première partie du tube digestif. Par sa communication et son entrecroisement avec les voies aériennes, on ne considère comme pharynx proprement dit que la portion buccale ou moyenne, tandis que la région inférieure ou laryngienne, l'hypopharynx, se rattache au larynx et que la région supérieure ou nasale, naso ou épipharynx, fait partie des fosses nasales.

BOUCHE ET PHARYNX

LIMITES

La cavité bucco-pharyngienne se trouve par suite délimitée : en avant par les lèvres, en arrière par la colonne cervicale et les muscles qui la recouvrent, en haut par le palais, le voile et un plan horizontal qui prolonge le voile en arrière et rejoint la colonne vertébrale, en bas, par une autre ligne horizontale passant à la hauteur de l'orifice supérieur du larynx, en rasant le bord supérieur de l'épiglotte ; enfin en dehors par les joues et la face interne des muscles profonds latéraux du cou.

C'est seulement pendant l'acte de la déglutition que la cavité est bien close, l'épiglotte étant abaissée sur le larynx et le voile du palais étant relevé pour fermer le cavum. ®

DÉVELOPPEMENT

Pour comprendre la configuration anatomique et les vices de conformation de la cavité bucco-pharyngée, il faut bien se rappeler que la plupart des parties qui la consti-

Atlas-manuel tout ce qu'il lui est utile de savoir en rhinologie et en stomatologie.

En particulier, la partie iconographique est très intéressante, car en regard de chaque planche, une courte description de la lésion anatomique réalise une véritable observation clinique, très précise. L'Atlas à lui seul peut former un petit résumé très concis de toute la pathologie naso-sinusale et bucco-pharyngée.

GEORGES LAURENS

ATLAS-MANUEL

DES

MALADIES DE LA BOUCHE

DU PHARYNX ET DES FOSSES NASALES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

La cavité bucco-pharyngienne forme la première partie du tube digestif. Par sa communication et son entrecroisement avec les voies aériennes, on ne considère comme pharynx proprement dit que la portion buccale ou moyenne, tandis que la région inférieure ou laryngienne, l'hypopharynx, se rattache au larynx et que la région supérieure ou nasale, naso ou épipharynx, fait partie des fosses nasales.

BOUCHE ET PHARYNX

LIMITES

La cavité bucco-pharyngienne se trouve par suite délimitée : en avant par les lèvres, en arrière par la colonne cervicale et les muscles qui la recouvrent, en haut par le palais, le voile et un plan horizontal qui prolonge le voile en arrière et rejoint la colonne vertébrale, en bas, par une autre ligne horizontale passant à la hauteur de l'orifice supérieur du larynx, en rasant le bord supérieur de l'épiglotte ; enfin en dehors par les joues et la face interne des muscles profonds latéraux du cou.

C'est seulement pendant l'acte de la déglutition que la cavité est bien close, l'épiglotte étant abaissée sur le larynx et le voile du palais étant relevé pour fermer le cavum. ®

DÉVELOPPEMENT

Pour comprendre la configuration anatomique et les vices de conformation de la cavité bucco-pharyngée, il faut bien se rappeler que la plupart des parties qui la consti-

tuent : maxillaire inférieur, joues, palais, ainsi que la moitié antérieure de la langue, proviennent du premier arc branchial. Quant à la moitié postérieure de la langue, elle est constituée par deux bourrelets émanés du deuxième arc. L'ébauche impaire et supérieure du corps thyroïde est représentée par une invagination épithéliale qui prend naissance au niveau de l'union des deux parties, antérieure et postérieure de la langue et forme le trou borgne.

MUQUEUSE

Cette origine différente nous explique pourquoi la cavité buccale et la moitié antérieure de la langue présentent un épithélium pavimenteux stratifié recouvert de papilles, tandis que la partie postérieure renferme des éléments glandulaires en plus grand nombre, et un épithélium se rapprochant du type cylindrique.

Les couches profondes de la muqueuse varient suivant le plan sur lequel elles reposent : ou bien elles présentent un tissu conjonctif lâche à longues fibres permettant de suivre et d'isoler les couches musculaires du plancher de la bouche, des joues et du voile du palais ou bien elles sont constituées par des fibres courtes et résistantes qui s'attachent aux maxillaires supérieur et inférieur de telle sorte qu'en certains points le périoste se continue directement avec le tissu sous-muqueux. Cette disposition à laquelle il faut joindre l'abondance du tissu adipeux et la richesse du réseau lymphatique dans les couches les plus lâches de la muqueuse, nous explique la facilité ou la difficulté de la marche des suppurations en surface ou en profondeur. Il faut bien connaître en effet le grand danger, la tendance à la diffusion et la marche rapide des infiltrations du plancher de la bouche qui sont précisément favorisées par la présence de tissu cellulaire lâche.

La muqueuse bucco-pharyngée renferme des GLANDES : glandes à mucus et glandes salivaires. Les GLANDES MUQUEUSES sont particulièrement abondantes dans les tissus lâches et peuvent atteindre la dimension d'un pois ; elles sont très abondantes à la surface de la langue et dans le tissu conjonctif des crêtes du palais ; elles sont très rares au niveau de la paroi postérieure du pharynx.

La présence des GLANDES SALIVAIRES constitue une particularité spéciale à la cavité buccale ; ce sont les parotides

avec leur canal excréteur ou canal de Sténon, les glandes sublinguales qui soulèvent la muqueuse du plancher de la bouche et dont les canaux excréteurs : canaux de Rivinus et de Bartholin s'ouvrent également sur le plancher tout près des canaux de Wharton, canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires ; puis les petites glandes de Nuhn ou de Blandin situées à la partie inférieure de la pointe de la langue ; enfin la glande incisive rudimentaire.

VAISSEAUX

Les artères de la région sont des branches de la carotide externe : la linguale, la maxillaire externe, l'auriculaire postérieure la temporale et la maxillaire interne.

Les veines principales sont constituées par la faciale, la linguale et les plexus veineux antérieur et postérieur.

Les artères les plus importantes pour le laryngologiste sont l'artère tonsillaire qui traverse l'amygdale, de telle sorte que ne pouvant se rétracter lorsqu'elle est sectionnée elle peut donner lieu à des hémorragies graves et l'artère racine qui pénètre latéralement sur le côté du frein de la langue dans les muscles linguaux et dont la blessure était autrefois dangereuse, lors de la section du filet.

Les vaisseaux lymphatiques de la cavité bucco-pharyngienne aboutissent aux ganglions sous-maxillaires, sous-maxillaires et aux ganglions cervicaux ; aussi une adénopathie nettement circonscrite à un groupe ganglionnaire permet de conclure à une inflammation dans le territoire d'origine de ses vaisseaux afférents.

D'autres organes lymphatiques sont constitués par les follicules qui existent, isolés ou par groupe, surtout sous la muqueuse du pharynx et qui constituent le cercle lymphatique du pharynx (planche III, fig. 1). Le caractère embryonnaire est nettement démontré par leur régression au moment de l'adolescence ou par leur hypertrophie : cette variabilité imprime à la pathologie du pharynx un cachet caractéristique. ®

NERFS

La sensibilité de la cavité buccale et de la langue est sous la dépendance de la troisième branche du trijumeau ; celle du pharynx provient de la deuxième branche, par les nerfs palatins, et du glosso-pharyngien.

Les nerfs du goût sont fournis par quelques fibres du glosso-pharyngien et de la corde du tympan. Quant à l'innervation motrice de la langue elle appartient à l'hypoglosse ; celle des muscles masticateurs à la troisième branche du trijumeau ; celle des lèvres, au pétro-staphylin ; de la luvette, des muscles palatoglosse et palato-pharyngien au facial ; celle du sphéno-staphylin au trijumeau ; enfin celle du constricteur supérieur au spinal.

PHYSIOLOGIE

La cavité bucco-pharyngienne joue un rôle : 1° dans l'articulation des sons, 2° dans la déglutition.

L'acte de la déglutition est sous la dépendance d'un centre situé au niveau du plancher du quatrième ventricule ; son excitation se produit par voie réflexe, par les nerfs laryngés supérieur et inférieur.

Le voile du palais joue un grand rôle dans la respiration et dans la phonation. Pendant la respiration nasale ordinaire, il pend à l'état flasque sur la base de la langue ; dans la respiration buccale, il se relève et ferme l'épipharynx. S'il est paralysé ou s'il y a troubles de l'innervation réflexe (pendant le sommeil) il reste flasque et pendant dans la cavité buccale entr'ouverte et ses bords vibrent sous l'influence du courant d'air inspiratoire : d'où le ronflement.

Le voile du palais entre aussi en jeu dans l'articulation des sons. Il sépare l'épipharynx de la cavité buccale excepté pour les nasales *m* et *n*. Lorsque cette occlusion ne se produit pas, une partie de l'air s'échappe par les fosses nasales et la voix devient nasillarde : c'est la rhinolalie ouverte. Elle se produit par conséquent dans les cas de perforations congénitales ou acquises, de paralysie du voile, d'insuffisance vélo-palatine.

Le pharynx joue un rôle également dans la phonation, aussi l'hypertrophie des amygdales trouble-t-elle les mouvements du voile et de la partie postérieure de la langue, absolument comme le ferait un gros bol alimentaire qui se trouverait, pendant l'articulation des sons, dans la cavité buccale.

L'épipharynx donne à la voix, par sa résonance, de la sonorité et du timbre ; en cas d'obstruction due le plus souvent à une hypertrophie des amygdales la voix est « éteinte », le timbre obscur, de plus comme l'air ne peut s'échapper

par les fosses nasales, l'articulation des nasales *m* et *n* est empêchée ; il y a rhinolalie fermée.

NEZ

SQUELETTE

Le squelette des fosses nasales est constitué : en bas, par le maxillaire supérieur, l'os intermaxillaire et le palatin sur lesquels s'appuient, au niveau de la ligne médiane, le vomer et la lame perpendiculaire de l'éthmoïde ; latéralement il est formé par le maxillaire supérieur, l'éthmoïde, le sphénoïde et le palatin ; en avant par les os propres du nez ; en haut par le frontal, la lame criblée de l'éthmoïde et le sphénoïde.

La charpente du nez est soutenue en son milieu par le cartilage quadrangulaire, s'articulant avec l'os intermaxillaire qui s'élève au milieu du plancher des fosses nasales en formant une crête verticale ; cette articulation est indiquée par la crête de la cloison ; les nombreuses variations que celle-ci présente, surtout dans le sens latéral, sont souvent considérées à tort comme des épaissements (fig. 1, c. s.)

En avant le cartilage de la cloison semble se dédoubler et former un repli latéral en forme d'ailes pour constituer les ailes du nez dont le principal support est constitué par l'« anneau cartilagineux ». Celui-ci est formé par la réunion des deux cartilages latéraux, des grands et petits cartilages des ailes du nez, enfin par de petits cartilages accessoires interposés et dont l'existence est variable. La partie inférieure de la cloison qui est mobile et s'étend du lobule à la lèvre supérieure est constituée par les branches internes des cartilages de l'aile, tandis que ses branches externes donnent à l'aile du nez la rigidité nécessaire pour offrir une résistance à la pression de l'air inspiré. Lorsqu'elles manquent précisément de cette résistance,



Fig. 1. — Fosse nasale gauche, la tête étant dirigée à droite.

s. cloison. — c s. crête de la cloison. — u, cornet inférieur.

quand elles s'atrophient ou lorsque les muscles dilatateurs sont trop faibles, la respiration peut devenir très difficile, les ailes du nez se trouvant en quelque sorte aspirées. On peut suppléer à cette insuffisance respiratoire par l'introduction dans le vestibule d'appareils dilatateurs.

La partie antéro-inférieure de la cloison osseuse présente le canal naso-palatin qui se dirige derrière les incisives. Il s'oblitére au moment de la naissance. Du côté de la voûte palatine il est représenté par un petit tubercule et du côté du plancher par le recessus naso-palatin. L'organe de Jacobson forme un appendice épithélial également rudimentaire, situé un peu en avant et au-dessus du canal naso-palatin ; il est très net chez le fœtus et acquiert chez certains animaux un développement considérable, en se rattachant à la fonction olfactive.

Cette charpente constitue les deux fosses nasales : il faut cependant y joindre encore l'ethmoïde et ses masses latérales, les cornets supérieur, moyen et inférieur.

SINUS

Les fosses nasales sont entourées d'un certain nombre de cavités pneumatiques, les sinus, qui sont : les sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdal et le labyrinthe ethmoïdal composé de nombreuses cellules. Les grands sinus peuvent être transformés en un système cellulaire par des cloisons osseuses ou membraneuses. Dans la figure 2, on voit nettement ces cavités, les cornets sont enlevés et une coupe sagittale a été pratiquée à gauche de la cloison.

Au-dessous du cornet inférieur (*c. i.*) existe un recessus profond (*r. m. i.*), le méat inférieur, dans lequel s'ouvre le canal lacrymal. La face interne du cornet moyen (*c. m.*) limite un autre recessus, plus étroit et plus long, le méat moyen, qui présente plusieurs orifices, en avant et en haut l'orifice de l'infundibulum, abouchement du sinus frontal (F) qui se continue par la gouttière de l'infundibulum. Cette gouttière dirigée obliquement en bas et en arrière est délimitée en avant par l'apophyse unciforme, en arrière par la « bulle ethmoïdale » ; elle présente l'orifice du sinus maxillaire. Enfin les cellules ethmoïdales antérieures (E. a) s'ouvrent également dans le méat moyen tandis que les cellules ethmoïdales supérieures s'ouvrent au milieu du méat supérieur, dans le recessus sphéno-ethmoïdal (*r. s. e.*)

L'orifice du sinus maxillaire (fig. 3) forme une fente assez large dirigée en haut et en avant ; sur le vivant il est

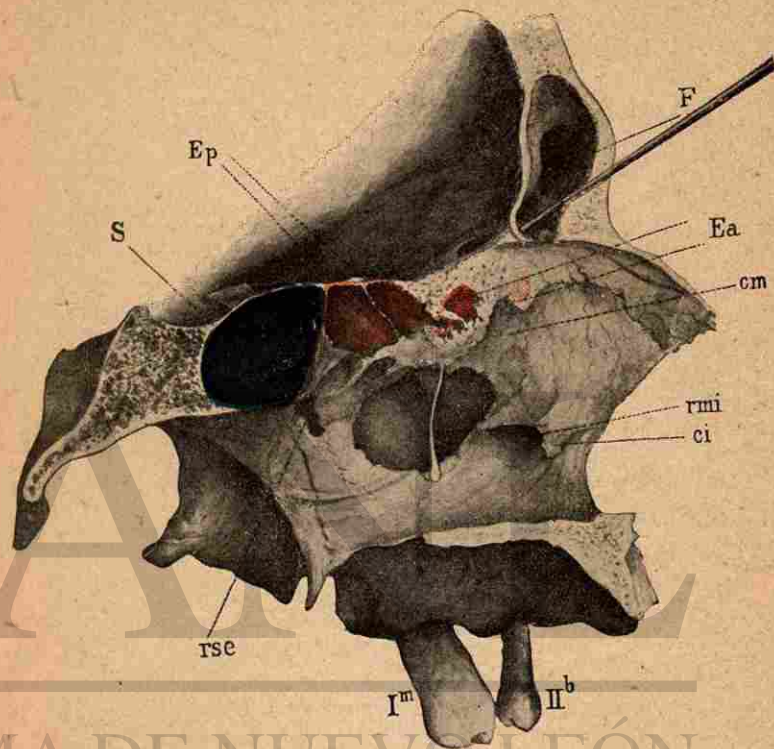


Fig. 2. — Coupe sagittale pratiquée à gauche de la cloison. Les cornets sont à peu près complètement enlevés, ainsi que la paroi interne des cellules ethmoïdales (rouges), une seulement apparaît à travers sa paroi intacte. Une partie de l'apophyse unciforme manque également, ce qui permet de voir largement dans le sinus maxillaire. Par le sinus frontal, un stylet a été introduit dans l'infundibulum. Le sinus sphénoïdal (S) est coloré en bleu.

en partie fermé par la muqueuse et considérablement rétréci ; il est limité en bas par le cornet inférieur, en haut

par l'apophyse unciforme et la bulle ethmoïdale. Outre cet orifice principal, il peut en exister d'accessoires. La paroi interne du sinus maxillaire constitue la paroi externe du méat inférieur, la paroi supérieure répond au plancher de l'orbite tandis que la paroi antérieure forme la face buccale ou jugale du sinus maxillaire. La face inférieure présente une gouttière de dimensions variables : le sinus alvéolaire, qui s'étend au-dessus des molaires et des prémolaires, cette gouttière présente un certain nombre de dépressions arrondies, limitées par des crêtes osseuses assez saillantes. On

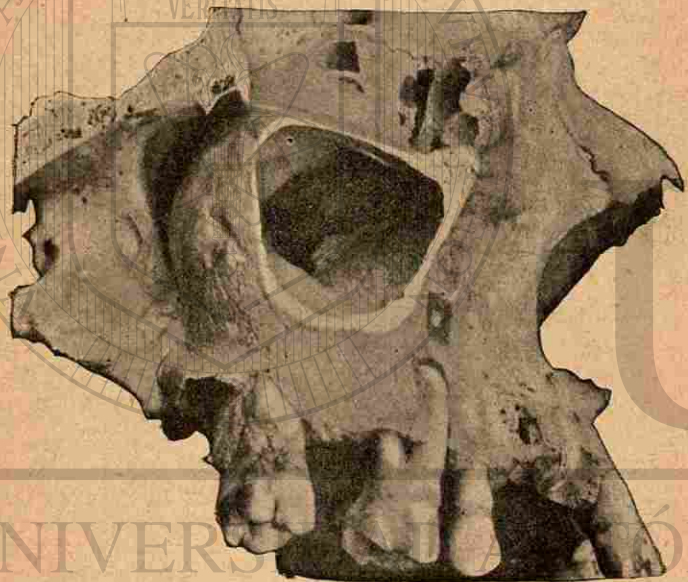


Fig. 3. — Sinus maxillaire ouvert par une coupe sagittale; dans le fond on aperçoit son orifice, au-dessus du sinus une partie de la lame papyracée a été enlevée par l'orbite et permet de voir les cellules ethmoïdales antérieures.

peut également les rencontrer dans les autres sinus, surtout dans les sinus frontaux qui sont alors plus ou moins cloisonnés.

La dimension des sinus est très variable, depuis la dimension d'une noix et davantage (pour le sinus maxillaire) jusqu'à celle d'une petite cavité aplatie, ils peuvent même être comblés par du tissu spongieux ou osseux. Le petit volume ou l'absence de sinus ne peut être diagnostiqué par un examen extérieur pour les sinus frontaux ou sphénoïdaux; au contraire pour les cellules ethmoïdales, leur petitesse ou leur absence se traduit par une largeur anormale des méats; les sinus maxillaires de petites dimensions se révèlent par l'étroitesse de la face, l'enfoncement de la voûte palatine et un très grand méat inférieur.

L'atrophie des cornets et de la muqueuse qu'on observe surtout chez les brachycéphales contribue, par suite de la largeur anormale des méats, à faciliter le développement de l'ozène, car les sécrétions produites dans une partie quelconque des fosses nasales ne sont pas chassées par le courant d'air qui se trouve, de ce fait, ralenti; elles se dessèchent par conséquent ou forment des masses purulentes qui irritent la muqueuse sous-jacente. Il est fort difficile dans ces cas de distinguer l'atrophie congénitale de l'atrophie acquise.

Le développement des sinus ne se fait qu'après l'éruption des premières dents dont les racines remplissent presque tout le sinus maxillaire jusqu'à l'orbite; les autres sinus ne sont également bien formés que vers la troisième ou quatrième année.

MUQUEUSE NASALE

Le revêtement interne des fosses nasales est constitué au niveau du vestibule par un épithélium pavimenteux stratifié, analogue à l'épiderme et muni de glandes sébacées, de follicules pileux et de poils (*vibrisses*).

La limite de ce vestibule avec les fosses nasales proprement dites correspond à la limite du nez cartilagineux et du nez osseux; sur le plancher et la cloison elle correspond à une ligne réunissant l'épine nasale du maxillaire supérieur à l'extrémité de l'os nasal. A ce niveau existe une zone de transition, l'épithélium s'arrondit sans présenter encore de glandes, qu'on ne rencontre qu'au point où commence la muqueuse. Celle-ci, dans la région qui renferme des cellules olfactives, est désignée sous le nom de *région olfactive*, en bas elle constitue la *région respiratoire*, ces dénomi-

nations anciennes sont utiles à conserver quoique, en ce qui concerne la dernière, elle soit fautive. La muqueuse proprement dite est mince, tapissée sur la plus grande partie de sa surface par un épithélium cylindrique à plusieurs couches et dont les cellules supérieures présentent des cils vibratiles; au-dessous de ces cellules, on trouve des cellules basales qui reposent sur la membrane hyaline séparant le chorion de la couche épithéliale. Cette couche sous-basale est traversée par de fins canaux qui semblent avoir des rapports immédiats avec le réseau lymphatique, car ils contiennent une lymphe aqueuse, pauvre en albumine, donnant aux cils la faculté de vibrer, phénomène qui ne se produit que dans les liquides, et fournit à l'air respiré l'humidité nécessaire. Dans la région olfactive, la relation directe avec les voies lymphatiques de la dure-mère est absolument démontrée.

La muqueuse des fosses nasales est plus épaisse au niveau des points où elle contient les corps caverneux de la pituitaire; ce sont des dilatations vasculaires, interposées dans le réseau veineux. Bien que ce soient des veines, les parois de ces larges vaisseaux possèdent une couche musculaire très puissante comme aucune artère n'en renferme et qui fait saillie dans la lumière du vaisseau. Ces corps caverneux existent surtout sur le cornet inférieur, sur le bord et l'extrémité postérieure du cornet moyen, à l'extrémité postérieure du cornet supérieur, enfin sur une saillie de la cloison, le tubercule de la cloison, vis-à-vis la tête du cornet moyen. Ordinairement rétractés, les corps caverneux à l'état d'érection se présentent sous la forme d'un bourrelet épais, rougeâtre, qui remplit complètement la lumière d'une fosse nasale de calibre normal, de façon à empêcher la circulation du courant d'air.

La muqueuse est plus mince dans les sinus où son stroma forme en même temps le périoste, aussi la muqueuse ne contient-elle que peu de vaisseaux, dans certaines parties presque pas de glandes, ce qui explique son aspect mince et grisâtre.

En ces régions, ainsi que dans la partie respiratoire en général, les glandes sont des glandes en grappe, sécrétant surtout du mucus, mais aussi un peu de sérum (elles sont très nombreuses au niveau du tubercule de la cloison). Les glandes de la portion olfactive sont des glandes en tube, à sécrétion aqueuse. Cette zone olfactive qui occupe la portion supérieure des fosses nasales est limitée fictivement par

une ligne répondant au bord libre du cornet moyen et se distingue du reste de la muqueuse qui est rouge, par une coloration brun jaunâtre. On y trouve au milieu des cellules olfactives de petits îlots de muqueuse à épithélium à cils vibratiles. Quant au revêtement propre de la région olfactive il est formé d'un épithélium de soutien non vibratile, interrompu par les cellules olfactives, celles-ci remarquables par leur extrémité périphérique pourvue de bâtonnets, tandis que le prolongement central est uni aux terminaisons du nerf olfactif. Au-dessous de la muqueuse existe du tissu lymphoïde, soit diffus, soit sous forme de follicules. Notons enfin que les petits canaux traversant ces cellules lymphatiques ainsi que la membrane basale font communiquer l'espace sous-arachnoïdien et sous-dural avec les espaces analogues de la pituitaire.

VAISSEAUX

Le nez est irrigué par l'artère maxillaire externe (partie externe du nez, cloison et muqueuse), les artères frontale et ophtalmique (région externe du nez), l'artère ethmoïdale (partie antérieure de la cloison), l'artère sphéno-palatine (partie postérieure de la cloison), et par les autres branches de la maxillaire interne.

Les veines de la partie externe du nez s'ouvrent dans la veine angulaire; celles des fosses nasales, dans les veines sphéno-palatines et ethmoïdales; elles communiquent en outre avec le plexus caverneux et le sinus longitudinal supérieur.

Il faut signaler une disposition particulière; en avant et en bas de la cloison existe une petite région constituée par un épithélium pavimenteux très mince, avec de hautes et fines papilles présentant un réseau capillaire très riche et de grosses veines; cette structure explique la facilité des hémorragies en ce point très exposé et la difficulté de les arrêter, le grattage des croûtes qui s'y forment facilement peut suffire à les provoquer.

Nerfs. — Abstraction faite des terminaisons du nerf olfactif dans la pituitaire, l'innervation des fosses nasales est fournie par les première et deuxième branches du trijumeau; celles-ci, en transmettant les sensations qui accompagnent les odeurs fortes, complètent l'impression générale de la perception des odeurs. L'excitation du ganglion sphéno-pa-

latin provoque l'érection des corps caverneux du cornet inférieur.

Les nerfs moteurs pour les divers faisceaux musculaires du nez sont fournis par les rameaux buccaux du facial.

PHYSIOLOGIE

Les deux fonctions importantes des fosses nasales sont : 1° la *perception des odeurs*; 2° le *réchauffement*, la *filtration* et l'*humectation de l'air inspiré*. Pour remplir cette double fonction il faut que l'air ait le plus de contact possible avec la membrane olfactive et avec les surfaces muqueuses, chaudes et humides des cornets; aussi le courant aérien ne se porte-t-il pas vers le plancher mais à partir du vestibule il suit une direction elliptique passant par le cornet moyen, supérieur, la voûte des fosses nasales, puis sous le sinus sphénoïdal et il rejoint l'extrémité postérieure du cornet inférieur. L'expiration a lieu par la même voie. Naturellement les variations de calibre de ce trajet constitueront un obstacle à la respiration, alors que des rétrécissements étendus, mais siégeant en d'autres points tels que la partie inférieure du cornet moyen, peuvent n'engendrer aucun trouble. Le mouvement inspiratoire à l'intérieur des fosses nasales se produit suivant cette loi physiologique : à savoir que la colonne d'air, qui dans l'apnée se trouve à la même pression que la pression atmosphérique, suit la pression négative inspiratoire qui part de la trachée, et fait place à l'air extérieur.

L'air contenu dans les cavités sinusales suit ce courant et pendant l'expiration il existe une pression positive aussi bien dans les sinus que dans les fosses nasales; c'est ce fait qui donne à ces cavités une importance physiologique. Au moment de l'inspiration il se produit dans leur intérieur une pression négative, et l'air extérieur s'y porte aussitôt, au lieu de passer par le méat inférieur; cet air vient en contact avec la muqueuse olfactive et lui apporte les excitations de l'odorat. Ce fait explique la perception des odeurs au début de l'inspiration. De plus pour les corps étrangers siégeant dans le nez, ceux-là seuls situés à l'entrée du vestibule ou dans l'infundibulum sont perçus alors que des séquestres ou des croûtes du plancher peuvent échapper à l'odorat du malade; cela explique également la cacosmie subjective dans les sinusites maxillaires, par exemple, l'air

expiré ne faisant pas percevoir d'odeur à l'entourage du malade. Dans les rétrécissements et lorsqu'il y a une largeur anormale des méats inférieurs on s'explique l'anosmie subjective, car dans les deux cas, l'air inspiré ne peut pénétrer jusqu'à la fente olfactive. Lorsqu'on supprime les causes de cette anosmie on peut observer momentanément de l'hyperosmie, c'est-à-dire la perception exagérée des excitations qui arrivent subitement sur des cellules olfactives ordinairement inactives.

Le but de la respiration nasale n'est pas seulement d'humecter et d'élever la température de l'air inspiré mais encore de *suppléer à la respiration buccale*, car le volume d'air aspiré par cette dernière voie est insuffisant soit parce que le courant d'air se ralentit au niveau du palais et de la paroi postérieure du pharynx, soit parce qu'il se produit un réflexe expiratoire provoqué par l'air non réchauffé avant la fin de l'inspiration. En effet la respiration buccale, s'installant brusquement, provoque plus rapidement la dyspnée; tandis qu'au contraire les sujets qui respirent uniquement et ordinairement par la voie buccale n'éprouvent pas d'oppression; est-ce par habitude ou diminution de sensibilité? Quoi qu'il en soit on reconnaît physiquement les conséquences d'une respiration défectueuse.

Enfin la respiration nasale remplit encore un but: elle *facilite la circulation de la base du crâne*; chaque inspiration par les fosses nasales perméables a un effet évacuateur et dépléteur en quelque sorte sur les veines ethmoïdales et par elles sur le sinus longitudinal et le plexus caverneux; lorsqu'il y a obstruction nasale, cette fonction cesse de s'accomplir, d'où une série de troubles pathologiques.

PATHOLOGIE ET SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALES

PROPHYLAXIE

Les maladies des cavités naso-bucco-pharyngées reconnaissent comme causes : a) un *trouble de l'état normal*: mode de vie irrationnel, mauvaise hygiène, défaut de soins, de propreté, etc...; b) un *état pathologique*. Les affections des cavités de la face peuvent être en effet associées à des

latin provoque l'érection des corps caverneux du cornet inférieur.

Les nerfs moteurs pour les divers faisceaux musculaires du nez sont fournis par les rameaux buccaux du facial.

PHYSIOLOGIE

Les deux fonctions importantes des fosses nasales sont : 1° la *perception des odeurs*; 2° le *réchauffement*, la *filtration* et l'*humectation de l'air inspiré*. Pour remplir cette double fonction il faut que l'air ait le plus de contact possible avec la membrane olfactive et avec les surfaces muqueuses, chaudes et humides des cornets; aussi le courant aérien ne se porte-t-il pas vers le plancher mais à partir du vestibule il suit une direction elliptique passant par le cornet moyen, supérieur, la voûte des fosses nasales, puis sous le sinus sphénoïdal et il rejoint l'extrémité postérieure du cornet inférieur. L'expiration a lieu par la même voie. Naturellement les variations de calibre de ce trajet constitueront un obstacle à la respiration, alors que des rétrécissements étendus, mais siégeant en d'autres points tels que la partie inférieure du cornet moyen, peuvent n'engendrer aucun trouble. Le mouvement inspiratoire à l'intérieur des fosses nasales se produit suivant cette loi physiologique : à savoir que la colonne d'air, qui dans l'apnée se trouve à la même pression que la pression atmosphérique, suit la pression négative inspiratoire qui part de la trachée, et fait place à l'air extérieur.

L'air contenu dans les cavités sinusales suit ce courant et pendant l'expiration il existe une pression positive aussi bien dans les sinus que dans les fosses nasales; c'est ce fait qui donne à ces cavités une importance physiologique. Au moment de l'inspiration il se produit dans leur intérieur une pression négative, et l'air extérieur s'y porte aussitôt, au lieu de passer par le méat inférieur; cet air vient en contact avec la muqueuse olfactive et lui apporte les excitations de l'odorat. Ce fait explique la perception des odeurs au début de l'inspiration. De plus pour les corps étrangers siégeant dans le nez, ceux-là seuls situés à l'entrée du vestibule ou dans l'infundibulum sont perçus alors que des séquestres ou des croûtes du plancher peuvent échapper à l'odorat du malade; cela explique également la cacosmie subjective dans les sinusites maxillaires, par exemple, l'air

expiré ne faisant pas percevoir d'odeur à l'entourage du malade. Dans les rétrécissements et lorsqu'il y a une largeur anormale des méats inférieurs on s'explique l'anosmie subjective, car dans les deux cas, l'air inspiré ne peut pénétrer jusqu'à la fente olfactive. Lorsqu'on supprime les causes de cette anosmie on peut observer momentanément de l'hyperosmie, c'est-à-dire la perception exagérée des excitations qui arrivent subitement sur des cellules olfactives ordinairement inactives.

Le but de la respiration nasale n'est pas seulement d'humecter et d'élever la température de l'air inspiré mais encore de *suppléer à la respiration buccale*, car le volume d'air aspiré par cette dernière voie est insuffisant soit parce que le courant d'air se ralentit au niveau du palais et de la paroi postérieure du pharynx, soit parce qu'il se produit un réflexe expiratoire provoqué par l'air non réchauffé avant la fin de l'inspiration. En effet la respiration buccale, s'installant brusquement, provoque plus rapidement la dyspnée; tandis qu'au contraire les sujets qui respirent uniquement et ordinairement par la voie buccale n'éprouvent pas d'oppression; est-ce par habitude ou diminution de sensibilité? Quoi qu'il en soit on reconnaît physiquement les conséquences d'une respiration défectueuse.

Enfin la respiration nasale remplit encore un but: elle *facilite la circulation de la base du crâne*; chaque inspiration par les fosses nasales perméables a un effet évacuateur et dépléteur en quelque sorte sur les veines ethmoïdales et par elles sur le sinus longitudinal et le plexus caverneux; lorsqu'il y a obstruction nasale, cette fonction cesse de s'accomplir, d'où une série de troubles pathologiques.

PATHOLOGIE ET SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALES

PROPHYLAXIE

Les maladies des cavités naso-bucco-pharyngées reconnaissent comme causes : a) un *trouble de l'état normal*: mode de vie irrationnel, mauvaise hygiène, défaut de soins, de propreté, etc...; b) un *état pathologique*. Les affections des cavités de la face peuvent être en effet associées à des

maladies générales, mais elles apparaissent surtout dans le cours des maladies infectieuses, dans l'enfance principalement. Elles s'accompagnent, du côté du pharynx, d'inflammation et d'hyperplasie de l'anneau lymphatique ; dans le nez, d'hyperémies, d'hyperplasies, de catarrhes ou de supurations. C'est surtout lorsqu'un traitement rationnel n'a pas été institué à temps que des complications graves peuvent éclater.

Ce qu'il importe précisément et avant tout de connaître, ce sont les moyens prophylactiques dont nous disposons pour éviter ces affections.

C'est d'abord l'*accoutumance de nos muqueuses*, dès l'enfance, aux variations brusques de température que nous imposent la nature ou les exigences de la vie, par l'intermédiaire des vaisseaux dont la musculature produit une vaso-constriction ou une vaso-dilatation. Pour cela, il faut s'habituer à dormir fenêtre ouverte et modérément couvert.

On recommandera des exercices modérés ainsi que l'hydrothérapie. Les bains chauds devront être suivis de lotions froides.

Le cou devra être maintenu libre, dégagé de cravates et foulards qui exposent aux refroidissements.

Il faut *interdire les bains de vapeur*, dont l'usage prolongé diminue beaucoup le tissu graisseux et augmente la sensibilité.

Le *tabac*, l'*alcool* provoquent l'irritation et diminuent la résistance des muqueuses.

Le *surmenage intellectuel* qui prédispose aux névroses devra être évité.

Les *lavages réguliers de la bouche*, surtout après les repas ou avant de se coucher, le *nettoyage rationnel des dents* éviteront la carie dentaire ; lorsqu'elle existe, il faut la traiter rapidement.

L'*évacuation des fosses nasales* en comprimant les deux narines et en soufflant est absolument irrationnelle ; c'est en effet le meilleur moyen de chasser les sécrétions et les germes infectieux, par les trompes, dans l'oreille moyenne et dans les sinus de la face ; de plus on augmente l'hyperémie des cornets et des catarrhes, enfin ce procédé est un mauvais évacuateur. On ne doit souffler que par une narine à la fois et on augmente la vitesse du courant d'air en fermant l'autre narine.

Souvent le malade s'imagine soigner son catarrhe nasal en reniflant le matin de l'eau froide. Or si l'on examine au microscope le mouvement des cils vibratiles de l'épithélium pris dans le nez on le voit cesser rapidement, en y ajoutant de l'eau froide : cette épreuve expérimentale démontre donc que ce procédé est un véritable toxique pour la muqueuse. Il faudra au contraire employer des solutions salines, pas trop froides (25°) et contenant autant de sel que le liquide sanguin (0,6 0/0).

C'est surtout au cours des maladies qu'il ne faut pas négliger de faire l'*antisepsie* de ces muqueuses, principalement chez les enfants ; en évitant le séjour des sécrétions dans le naso-pharynx, on fera la prophylaxie de beaucoup d'olites.

SÉMÉIOLOGIE

SÉMÉIOLOGIE DE LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE

Dans toutes les inflammations aiguës de la cavité buccale on note :

1° Un certain *empâtement* de la bouche, qui est tout à fait indépendant d'une affection de l'estomac, en même temps que l'haleine devient fétide ;

2° Une hypersécrétion salivaire qui peut devenir extrêmement désagréable. Lorsque la durée de l'inflammation se prolonge, les produits de sécrétion déterminent la formation de précipités calcaires qui déposent sur les dents ; de plus la réaction alcaline de la salive constitue un très bon terrain pour le développement des saprophytes, surtout chez les enfants.

3° Les affections du pharynx sont habituellement accompagnées de sensations de *sécheresse* et de *picotements*, parfois même de *douleurs* ayant un caractère de brûlure ou de piqûre, qui peuvent s'irradier vers les oreilles ou provoquer de la dysphagie.

4° Assez souvent l'*extinction de la voix* coïncide avec des troubles pharyngés, un examen laryngoscopique permettra de localiser exactement les lésions.

SÉMÉIOLOGIE DES FOSSES NASALES

1° *Obstruction nasale*. — L'*obstruction nasale* est un des troubles les plus fréquents au cours des affections nasales et

entraîne presque toujours la sécheresse de la gorge au réveil.

A un degré plus accentué, l'obstruction détermine la respiration uniquement buccale avec tous ses inconvénients; outre la sécheresse du pharynx elle augmente la virulence des agents infectieux qui normalement sont chassés avec les sécrétions. Il peut en résulter des lésions gingivales et dentaires, phénomène très fréquent chez les enfants où l'émail est très sensible.

Il importe aussi que les particules organiques et inorganiques de l'air soient tamisées par le nez et que la muqueuse nasale humidifie l'air inspiré, il est capital également que la direction du courant inspiratoire et expiratoire dans les voies aériennes et le poumon ne soit pas modifiée. Lorsque la première condition n'est pas réalisée on s'explique la facilité de beaucoup de *catarrhes* d'origine mécanique du larynx et de l'arbre bronchique ainsi que la pénétration fréquente du bacille de la *tuberculose* ou d'autres microbes; si la deuxième condition n'est pas remplie il en résulte d'autres effets: diminution de la ventilation pulmonaire avec toutes ses conséquences: anémie par diminution de l'oxygénation du sang, diminution de la résistance aux infections, dans les cas plus graves enfin augmentation continue de l'air résiduel jusqu'à dilatation des poumons (*emphysème*), enfin apparition possible de hernies. La même pathogénie explique les *déformations du thorax* et enfin la diminution d'aspiration du sang veineux de la cavité crânienne. Cette gêne circulatoire explique l'apparition de troubles qui font oublier l'affection primitive: sensation de plénitude et de chaleur à la tête, *céphalalgie* parfois très violente, vertiges, inaptitude au travail, dépression physique, névralgies, véritables attaques de migraine, etc.

L'insuffisance nasale peut devenir un danger chez les *nourrissons* qui, pour satisfaire au besoin de respirer par la bouche, refusent le sein ou le biberon. Lorsque l'obstacle persiste on est réduit à employer l'alimentation artificielle avec la cuiller ou même la sonde. Le sang est donc surchargé d'acide carbonique, surtout pendant le sommeil, et le cerveau traduit cette intoxication par des soubresauts, des cris nocturnes et de l'incontinence d'urine par relâchement du sphincter. Il est certain qu'il existe aussi, chez les enfants, une *épilepsie rhinogène*, dont la cause première est certainement une irrigation déficiente du cerveau et des méninges et qui s'explique parfaitement par les effets

de la gêne circulatoire de la base sur la région frontale du cerveau dont les affections inflammatoires occasionnent volontiers des troubles épileptiques.

2° **Troubles sécrétoires** — Les maladies du nez se traduisent par des troubles sécrétoires de la muqueuse.

A l'état normal le nez n'expulse pas de sécrétion, contrairement à l'opinion populaire qui croit à une sécrétion « normale »; mais la muqueuse produit une très légère sécrétion dans le but d'entretenir une certaine humidité à la surface et c'est tout.

Les irritations causées par la poussière, la fumée, etc., provoquent une sécrétion modérée qui se distingue des sécrétions morbides par sa coloration gris noirâtre due à la présence de ces corps étrangers.

Souvent dans les rhinites catarrhales récentes, les malades mouchent de l'eau claire, et ordinairement cette sécrétion n'est pas constituée par une sérosité pure, mais par des *mucosités aqueuses* comme le prouvent les petits filaments muqueux que l'on trouve en les diluant. Les sécrétions deviennent ultérieurement plus épaisses et colorées par l'addition plus ou moins considérable de leucocytes ou de mucine: on voit alors des sécrétions muqueuses, grisâtres, visqueuses alterner avec du pus jaunâtre, crèmeux; des sécrétions jaunes verdâtres, consistantes, avec des croûtes dures et épaisses.

Il n'est pas rare que l'haleine et les produits sécrétés dégagent une *odeur fétide*, due à la décomposition des sécrétions par les saprophytes ou à des points osseux nécrosés.

3° **Troubles auriculaires**. — La respiration buccale a une action spéciale sur l'oreille. La trompe s'entr'ouvre à chaque mouvement de déglutition, faisant communiquer ordinairement l'air extérieur avec l'oreille moyenne et de la sorte, d'une façon continue, s'exerce la même pression atmosphérique de chaque côté de la membrane tympanique. Mais dans les cas d'obstruction nasale, l'air ne pénètre pas, ou difficilement, il y a raréfaction continue de l'air par résorption avec diminution de la mobilité du tympan, d'où surdité.

Il existe encore un autre danger, plus rare, mais plus sérieux, la trompe peut s'entr'ouvrir légèrement et permettre la ventilation de l'oreille moyenne si l'obstruction nasale n'est pas totale: il en résulte que dans un effort de

mouchage, la caisse peut s'infecter, d'où otites moyennes catarrhales ou purulentes.

4° **Troubles oculaires.** — Très fréquents sont les troubles oculaires. Presque toujours c'est l'appareil lacrymal qui est le plus souvent atteint dans les affections nasales. On sait du reste qu'on peut provoquer un larmolement passager par le simple atouchement de la muqueuse nasale (introduction du spéculum, cathétérisme), mais lorsqu'il y a tuméfaction de l'orifice du canal naso-lacrymal dans le méat inférieur, il y a arrêt de l'excrétion lacrymale et épiphora continu. En outre l'inflammation peut se propager par la muqueuse du canal et déterminer une conjonctivite.

La conjonctivite palpébrale provient presque toujours d'une affection nasale la ténite et les kératites phlycténulaires souvent très graves accompagnent parfois chez les enfants des suppurations chroniques des fosses nasales. La dacryocystite purulente et ses complications: rétrécissements, etc., provient presque toujours de suppurations du nez.

Certaines affections oculaires, plus rares, comme l'iritis, le glaucome, l'abcès de l'orbite, etc., n'ont qu'un rapport occasionnel, avec les fosses nasales, mais l'asthénopie dépend souvent de céphalalgie d'origine nasale.

5° **Troubles de l'odorat.** — Les troubles de l'odorat, bien que moins importants, constituent une gêne assez sérieuse. Il y a anosmie mécanique dans l'obstruction totale des fosses nasales, dans les tumeurs et les inflammations du méat moyen. Des écoulements provenant de la partie supérieure du nez constituent aussi un obstacle mécanique à l'accès de l'air dans la région olfactive.

L'*anosmie* des ozéneux provient de ce que l'aspiration de l'air se fait par le méat inférieur qui est ordinairement élargi et quoiqu'il s'imprègne d'odeur fétide, il n'arrive pas jusqu'à la muqueuse olfactive du malade et ne peut donc pas provoquer de sensation odorante. En plus il existe dans beaucoup de cas une atrophie des cellules olfactives; aussi dans les cas de guérison d'ozène, la perception olfactive ne se rétablit que si la muqueuse supérieure est restée intacte.

Les *parosmies* surviennent parfois dans les suppurations nasales aiguës, surtout dans l'influenza, dans la majorité des cas elles se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie et autres états psychiques.

La *cacosmie subjective* ne fait toujours que masquer un

point fétide, siégeant dans le pharynx, l'épipharynx ou le plus souvent dans les sinus et qu'on doit rechercher soigneusement.

6° **Troubles cutanés.** — Les troubles cutanés, consécutifs aux affections nasales proviennent de la propagation inflammatoire. Chez les enfants surtout, la rhinite catarrhale aiguë s'accompagne d'une vive rougeur de la lèvre supérieure qui dans les hypersécrétions chroniques se transforme volontiers en *impétigo* ou *eczéma*. L'aspect du petit malade est alors caractéristique: tuméfaction bouffie de la lèvre supérieure et du nez, adénite sous-angulo-maxillaire.

Chez l'adulte on observe plutôt le *sycosis de la moustache* qui est occasionné par le contact permanent de la lèvre supérieure avec les sécrétions nasales: il ne guérit qu'avec la suppression de la cause.

7° **Pharyngites et laryngites secondaires** — Nombre d'affections pharyngo-laryngées sont de véritables satellites de maladies chroniques des fosses nasales. La pharyngite catarrhale chronique n'est, dans la plupart des cas, qu'un symptôme de l'hypersécrétion nasale dont l'évacuation rétrograde agit sur la paroi postérieure du pharynx et du voile du palais. Les expectorations matutinales et surtout les efforts inspiratoires pour expulser les mucosités relèvent de l'affection nasale. De même le catarrhe chronique du larynx n'est provoqué le plus souvent que par l'action des mucosités sur les cordes vocales et la chute dans le larynx des sécrétions nasales purulentes.

Cependant on peut observer des troubles vocaux d'origine non inflammatoire, mais dus à l'obstruction nasale débutant en bas âge; il en résulte une diminution de résonnance qui nécessite de la part des muscles du larynx de plus grands efforts pour produire des sons plus distincts.

EXPLORATION

1° EXAMEN DU FACIES

Il peut fournir quelques indications: l'expression de la physionomie, l'aspect des plis naso-géniens et des commissures labiales, l'aspect extérieur du nez, des lèvres et du cou donnent souvent d'utiles renseignements (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales).

mouchage, la caisse peut s'infecter, d'où otites moyennes catarrhales ou purulentes.

4° **Troubles oculaires.** — Très fréquents sont les troubles oculaires. Presque toujours c'est l'appareil lacrymal qui est le plus souvent atteint dans les affections nasales. On sait du reste qu'on peut provoquer un larmolement passager par le simple atouchement de la muqueuse nasale (introduction du spéculum, cathétérisme), mais lorsqu'il y a tuméfaction de l'orifice du canal naso-lacrymal dans le méat inférieur, il y a arrêt de l'excrétion lacrymale et épiphora continu. En outre l'inflammation peut se propager par la muqueuse du canal et déterminer une conjonctivite.

La conjonctivite palpébrale provient presque toujours d'une affection nasale la ténite et les kératites phlycténulaires souvent très graves accompagnent parfois chez les enfants des suppurations chroniques des fosses nasales. La dacryocystite purulente et ses complications: rétrécissements, etc., provient presque toujours de suppurations du nez.

Certaines affections oculaires, plus rares, comme l'iritis, le glaucome, l'abcès de l'orbite, etc., n'ont qu'un rapport occasionnel, avec les fosses nasales, mais l'asthénopie dépend souvent de céphalalgie d'origine nasale.

5° **Troubles de l'odorat.** — Les troubles de l'odorat, bien que moins importants, constituent une gêne assez sérieuse. Il y a anosmie mécanique dans l'obstruction totale des fosses nasales, dans les tumeurs et les inflammations du méat moyen. Des écoulements provenant de la partie supérieure du nez constituent aussi un obstacle mécanique à l'accès de l'air dans la région olfactive.

L'*anosmie* des ozéneux provient de ce que l'aspiration de l'air se fait par le méat inférieur qui est ordinairement élargi et quoiqu'il s'imprègne d'odeur fétide, il n'arrive pas jusqu'à la muqueuse olfactive du malade et ne peut donc pas provoquer de sensation odorante. En plus il existe dans beaucoup de cas une atrophie des cellules olfactives; aussi dans les cas de guérison d'ozène, la perception olfactive ne se rétablit que si la muqueuse supérieure est restée intacte.

Les *parosmies* surviennent parfois dans les suppurations nasales aiguës, surtout dans l'influenza, dans la majorité des cas elles se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie et autres états psychiques.

La *cacosmie subjective* ne fait toujours que masquer un

point fétide, siégeant dans le pharynx, l'épipharynx ou le plus souvent dans les sinus et qu'on doit rechercher soigneusement.

6° **Troubles cutanés.** — Les troubles cutanés, consécutifs aux affections nasales proviennent de la propagation inflammatoire. Chez les enfants surtout, la rhinite catarrhale aiguë s'accompagne d'une vive rougeur de la lèvre supérieure qui dans les hypersécrétions chroniques se transforme volontiers en *impétigo* ou *eczéma*. L'aspect du petit malade est alors caractéristique: tuméfaction bouffie de la lèvre supérieure et du nez, adénite sous-angulo-maxillaire.

Chez l'adulte on observe plutôt le *sycosis de la moustache* qui est occasionné par le contact permanent de la lèvre supérieure avec les sécrétions nasales: il ne guérit qu'avec la suppression de la cause.

7° **Pharyngites et laryngites secondaires** — Nombre d'affections pharyngo-laryngées sont de véritables satellites de maladies chroniques des fosses nasales. La pharyngite catarrhale chronique n'est, dans la plupart des cas, qu'un symptôme de l'hypersécrétion nasale dont l'évacuation rétrograde agit sur la paroi postérieure du pharynx et du voile du palais. Les expectorations matutinales et surtout les efforts inspiratoires pour expulser les mucosités relèvent de l'affection nasale. De même le catarrhe chronique du larynx n'est provoqué le plus souvent que par l'action des mucosités sur les cordes vocales et la chute dans le larynx des sécrétions nasales purulentes.

Cependant on peut observer des troubles vocaux d'origine non inflammatoire, mais dus à l'obstruction nasale débutant en bas âge; il en résulte une diminution de résonnance qui nécessite de la part des muscles du larynx de plus grands efforts pour produire des sons plus distincts.

EXPLORATION

1° EXAMEN DU FACIES

Il peut fournir quelques indications: l'expression de la physionomie, l'aspect des plis naso-géniens et des commissures labiales, l'aspect extérieur du nez, des lèvres et du cou donnent souvent d'utiles renseignements (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales).

2° EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

Il se pratiquera d'abord sans l'aide d'aucun instrument et on inspectera successivement les dents, la langue et le palais. Dans la recherche d'une affection syphilitique par exemple, on ne devra pas négliger l'examen de la face interne des joues et des lèvres ainsi que celui du plancher de la bouche.

Dans ce but le crochet représenté (fig. 4) est très utile.



Fig. 4. — Crochet pour l'examen de la bouche. Demi-grandeur.

Après cet aperçu général seulement, la langue sera déprimée avec un abaisse-langue pour examiner le voile et la paroi postérieure du pharynx. Ordinairement il suffit de prendre un abaisse-langue plat, à bords mousses ; la résistance de la langue est plus facilement vaincue avec un instrument large, recourbé à angle droit, tel que celui de Fränkel, ou mieux avec l'abaisse-langue de Türck que le malade peut tenir lui-même, si le médecin a besoin de ses deux mains. On préviendra les mouvements réflexes en abaissant fortement la langue sans toutefois pousser l'instrument jusqu'à la base de la langue, afin d'éviter les nausées.

3° CAVUM. — RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE. TOUCHER NASO-PHARYNGIEN

Pour l'examen du naso-pharynx il est nécessaire d'employer une lumière interposée entre l'œil et la région à examiner. Comme pour la rhinoscopie postérieure surtout, la vision centrale est nécessaire et on projettera au moyen d'un réflecteur (fig. 5) dont l'orifice central sera placé devant l'œil du médecin, les rayons d'une lampe quelconque dans la gorge et sur un petit miroir rhinoscopique. Comme source lumineuse on peut utiliser la lumière du jour projetée directement, ou mieux réfléchiée par un miroir concave fixé à une fenêtre, mais il est préférable de recourir à la

lumière artificielle suffisamment intense. Le miroir frontal de Clar est parfait. On prend alors un petit miroir rhinoscopique, et pour éviter qu'il ne soit terni par la buée on le

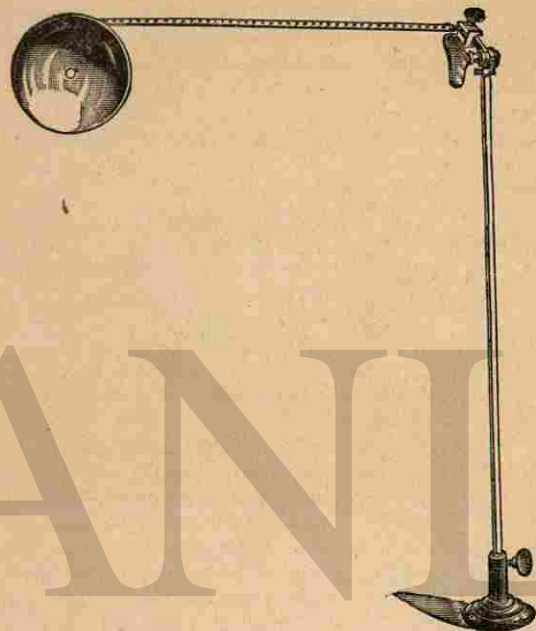


Fig. 5. — Réflecteur à pied.

chauffera préalablement à la flamme d'une lampe, ou on le trempera dans une solution de lysol. Puis il sera introduit dans la cavité buccale derrière la luette et placé de façon à ce qu'un mouvement de rotation qu'on lui imprimera donne l'image complète de l'épipharynx et des choanes (fig. 6). On obtient le relâchement du voile du palais en faisant respirer le malade tranquillement, la plupart en effet ne contractent le voile qu'en retenant la respiration. Si cette contraction est due à la crainte, on engagera le patient à « ronfler », ou à dire *en, ou*. Cependant cette intonation d'un son nasal n'est généralement pas bien exé-

cutée et produit alors un effet contraire : l'occlusion du pharynx. Les instruments releveurs et abaisseurs du voile ne doivent être utilisés que dans des cas exceptionnels ; presque toujours on peut s'en passer.

La rhinoscopie postérieure est un art qu'on acquiert seulement par une longue expérience et par une dextérité en quelque sorte individuelle.

Il n'y a pas de spécialiste, malgré toute son habileté et toute sa patience, qui ait toujours pu réussir la rhinoscopie postérieure. Environ 5 0/0 des malades et en particulier les

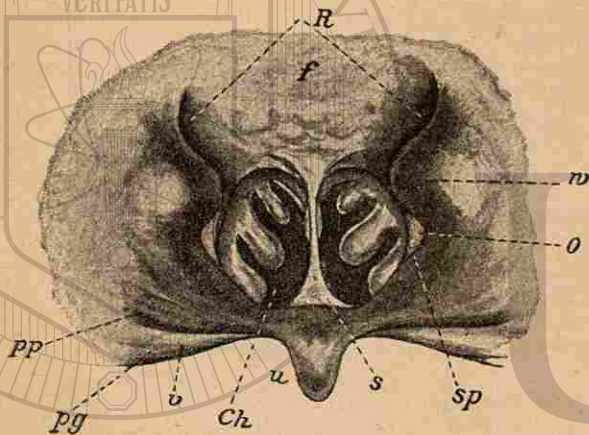


Fig. 6. — Image de la rhinoscopie postérieure.

R. Fossettes de Rosenmüller. — *ch*, choanes. — *w*, bourrelets de la trompe. — *o*, orifice de la trompe. — *f*, fornix. — *s*, cloison. — *u*, luette. — *v*, voile du palais. — *sp*, pli salpingo-pharyngien. — *pp* et *pg*, arc palato-pharyngien et palatoglosse.

enfants, ne peuvent être rhinoscopiés, mais comme chez ces derniers il s'agit presque toujours de tumeurs de l'épipharynx, le toucher naso-pharyngien complète ce que la vue n'a pu montrer. Chez l'adulte ce procédé doit être parfois employé pour fixer sur la situation des corps étrangers, de séquestres, la consistance de tumeurs, etc...

Nous venons de voir que le toucher naso-pharyngien est un complément utile et parfois nécessaire de l'examen vi-

suel. Pour le pratiquer, le médecin se place debout, derrière l'adulte ; assis, s'il s'agit au contraire d'un enfant, celui-ci est placé debout entre les jambes pendant qu'une autre personne tient les mains. Puis le médecin, appuyant la tête de l'enfant contre sa poitrine, lui entr'ouvre la bouche et refoule avec l'index gauche la muqueuse de la joue entre les dents, ce qui empêche l'enfant de fermer la bouche et de mordre le doigt ; il est inutile de protéger ce dernier avec un doigtier quelconque. On l'introduit ensuite rapidement en arrière sur le côté de la luette, derrière le voile du palais qui, le plus souvent, est fortement contracté. Ensuite on explore rapidement les choanes, la voûte du pharynx et ses gouttières latérales sans s'attarder longuement pour éviter de prolonger inutilement un examen désagréable. Bien entendu, l'ongle du doigt explorateur sera court, arrondi et la main sera préalablement antiseptisée.

4^e NEZ. — RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

On emploiera toujours la lumière réfléchie à l'aide de laquelle on éclaire d'abord le vestibule du nez qu'on examine sans instrument, simplement en soulevant le lobule. Puis on introduit le *speculum* entre la cloison et l'aile, à la partie antérieure, pour découvrir le sinus antérieur du vestibule ; ensuite on l'enfonce plus profondément et on l'entr'ouvre doucement après l'avoir introduit complètement. On ne doit jamais déterminer d'hémorragie. Il existe une foule de modèles de spéculums.

Sans déplacer l'instrument, on incline la tête du malade doucement, en avant, en arrière, en posant la main droite sur le sommet de la tête ; de la sorte on examine facilement l'intérieur des fosses nasales depuis le plancher jusqu'à la voûte (fig. 7).

Pour connaître la situation, l'insertion, la résistance ou la nature d'un corps étranger,

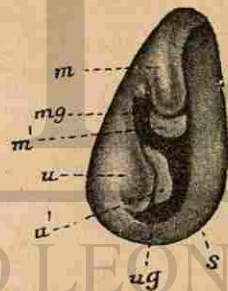


Fig. 7. — Image rhinoscopique de la fosse nasale droite.

m, *m*, cornet moyen ;
— *m*, *g*, méat moyen ;
— *u*, *u* cornet inférieur ;
— *u*, *g*, méat inférieur ;
— *s*, cloison.

d'une tumeur, etc... on emploie le *stylet*. Le plus souvent on devra recourber son extrémité ; en tous cas on l'introduira très doucement, afin d'éviter un traumatisme ou une fausse route. Si le nez renferme des sécrétions, on les enlèvera, soit en faisant moucher le malade, soit en les détergeant doucement au moyen de petits tampons d'ouate. Quant aux croûtes sèches elles sont parfois tellement adhérentes qu'on ne peut les enlever sans déterminer d'hémorrhagie. Pour faciliter leur expulsion on peut les recouvrir pendant quelques heures avec des tampons d'ouate qui provoquent une hypersécrétion de mucus nasal : elles se détachent alors facilement et peuvent être extraites à la pince ; on peut également les ramollir avec une pommade ou de l'huile de vaseline.

5° EXPLORATION DU SINUS MAXILLAIRE

Pour connaître le contenu du sinus maxillaire on a recours à la ponction exploratrice faite avec un trocart droit. Après anesthésie du méat inférieur avec une solution de cocaïne à 20 0/0, on dirige et on appuie la pointe du trocart le plus perpendiculairement possible contre l'os, directement au-dessous de l'insertion du cornet inférieur, en refoulant latéralement la cloison cartilagineuse, puis on enfonce l'instrument en lui faisant exécuter des mouvements de rotation. Le plus souvent, la manœuvre est facile si l'os est mince ; rarement il est épais, et offre plus ou moins de résistance au point de ne pouvoir être perforé. Dès qu'on sent la pénétration dans la cavité, on enlève le trocart et on enfonce un peu plus profondément la canule afin de s'assurer si l'on n'a pas perforé la paroi externe du sinus. Puis on adapte à la canule une poire munie d'un tube et on fait une insufflation d'air ; pendant ce temps on examine le méat moyen avec le spéculum afin de constater l'issue du pus. Si cette insufflation ne ramène aucune goutte de liquide, on remplit la poire de caoutchouc avec une solution antiseptique chaude et on lave le sinus, le malade inclinant la tête en avant et du côté opposé. Après le lavage on examine le liquide, les mucosités surnagent à la surface tandis que le pus descend au fond.

L'examen des sinus pneumatiques peut se faire également à l'aide de *petites lampes à incandescence* ; mais les résultats obtenus sont souvent incertains, car l'obscurité

peut être produite par une configuration anormale ou l'absence même de cette cavité, en particulier pour les sinus frontaux. D'autre part, une cavité à sécrétion continue peut contenir peu de liquide et rester claire à la transillumination.

La *skiascopie*, si rarement qu'elle paraisse indiquée, peut être très utile pour déterminer la présence de corps étrangers ou pour diagnostiquer l'existence d'une sinusite ; on ne peut conclure avec les rayons Röntgen à la présence de sécrétions qui provoquent une obscurité des régions pneumatiques, mais il est important de pouvoir constater, sur l'écran, si le stylet introduit dans le sinus frontal, par exemple, se trouve réellement dans cette cavité ou dans une cellule ethmoïdale antérieure.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS BUCCO-PHARYNGÉES

Dans le traitement des affections bucco-pharyngées, on peut poser comme règle générale qu'il faut enlever les sécrétions abondantes ou celles qui par leur stagnation en quelque sorte, pourraient provoquer une irritation continue.

Quant à la *désinfection*, possible dans certains cas spéciaux, en général elle est impraticable. Les gargarismes ne devront contenir que des substances indifférentes et neutres à cause des dangers de l'absorption et leur action n'a guère pour but que la diminution ou la dissolution des sécrétions : les alcalins sont alors tout à fait indiqués. Contre la fétidité et la mauvaise haleine de la cavité buccale, on emploiera surtout les substances aromatiques.

1° NETTOYAGES DE LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE

Pour *nettoyer la bouche et le pharynx*, à l'état normal l'eau froide suffit ordinairement ; pour les dents il n'est pas utile d'employer des poudres spéciales : une brosse droite, et non concave, molle, est suffisante. Pour enlever de grandes quantités de mucosités on recommandera des lavages avec une solution salée tiède à 10/0. Contre les inflammations légères, on prescrira les astringents, tels, par

d'une tumeur, etc... on emploie le *stylet*. Le plus souvent on devra recourber son extrémité ; en tous cas on l'introduira très doucement, afin d'éviter un traumatisme ou une fausse route. Si le nez renferme des sécrétions, on les enlèvera, soit en faisant moucher le malade, soit en les détergeant doucement au moyen de petits tampons d'ouate. Quant aux croûtes sèches elles sont parfois tellement adhérentes qu'on ne peut les enlever sans déterminer d'hémorrhagie. Pour faciliter leur expulsion on peut les recouvrir pendant quelques heures avec des tampons d'ouate qui provoquent une hypersécrétion de mucus nasal : elles se détachent alors facilement et peuvent être extraites à la pince ; on peut également les ramollir avec une pommade ou de l'huile de vaseline.

5° EXPLORATION DU SINUS MAXILLAIRE

Pour connaître le contenu du sinus maxillaire on a recours à la ponction exploratrice faite avec un trocart droit. Après anesthésie du méat inférieur avec une solution de cocaïne à 20 0/0, on dirige et on appuie la pointe du trocart le plus perpendiculairement possible contre l'os, directement au-dessous de l'insertion du cornet inférieur, en refoulant latéralement la cloison cartilagineuse, puis on enfonce l'instrument en lui faisant exécuter des mouvements de rotation. Le plus souvent, la manœuvre est facile si l'os est mince ; rarement il est épais, et offre plus ou moins de résistance au point de ne pouvoir être perforé. Dès qu'on sent la pénétration dans la cavité, on enlève le trocart et on enfonce un peu plus profondément la canule afin de s'assurer si l'on n'a pas perforé la paroi externe du sinus. Puis on adapte à la canule une poire munie d'un tube et on fait une insufflation d'air ; pendant ce temps on examine le méat moyen avec le spéculum afin de constater l'issue du pus. Si cette insufflation ne ramène aucune goutte de liquide, on remplit la poire de caoutchouc avec une solution antiseptique chaude et on lave le sinus, le malade inclinant la tête en avant et du côté opposé. Après le lavage on examine le liquide, les mucosités surnagent à la surface tandis que le pus descend au fond.

L'examen des sinus pneumatiques peut se faire également à l'aide de *petites lampes à incandescence* ; mais les résultats obtenus sont souvent incertains, car l'obscurité

peut être produite par une configuration anormale ou l'absence même de cette cavité, en particulier pour les sinus frontaux. D'autre part, une cavité à sécrétion continue peut contenir peu de liquide et rester claire à la transillumination.

La *skiascopie*, si rarement qu'elle paraisse indiquée, peut être très utile pour déterminer la présence de corps étrangers ou pour diagnostiquer l'existence d'une sinusite ; on ne peut conclure avec les rayons Röntgen à la présence de sécrétions qui provoquent une obscurité des régions pneumatiques, mais il est important de pouvoir constater, sur l'écran, si le stylet introduit dans le sinus frontal, par exemple, se trouve réellement dans cette cavité ou dans une cellule ethmoïdale antérieure.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS BUCCO-PHARYNGÉES

Dans le traitement des affections bucco-pharyngées, on peut poser comme règle générale qu'il faut enlever les sécrétions abondantes ou celles qui par leur stagnation en quelque sorte, pourraient provoquer une irritation continue.

Quant à la *désinfection*, possible dans certains cas spéciaux, en général elle est impraticable. Les gargarismes ne devront contenir que des substances indifférentes et neutres à cause des dangers de l'absorption et leur action n'a guère pour but que la diminution ou la dissolution des sécrétions : les alcalins sont alors tout à fait indiqués. Contre la fétidité et la mauvaise haleine de la cavité buccale, on emploiera surtout les substances aromatiques.

1° NETTOYAGES DE LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE

Pour *nettoyer la bouche et le pharynx*, à l'état normal l'eau froide suffit ordinairement ; pour les dents il n'est pas utile d'employer des poudres spéciales : une brosse droite, et non concave, molle, est suffisante. Pour enlever de grandes quantités de mucosités on recommandera des lavages avec une solution salée tiède à 10/0. Contre les inflammations légères, on prescrira les astringents, tels, par

exemple, qu'une solution chaude d'alun à 1 0/0 additionnée d'un peu de sel.

Pour lavages de la bouche, on se servira de la solution suivante :

Teinture de myrrhe.	} aa
— de ratanhia	
Huile de menthe poivrée.	15 grammes.
	IV gouttes.

Une demi-cuiller à café dans un quart de litre d'eau froide. On peut également employer cette mixture, pure, pour badigeonner les gencives.

2. — CALMANTS ET DÉRIVATIFS

On calme les *inflammations intenses du pharynx* avec des gargarismes chauds, en particulier avec des infusions de camomille ou de sauge. On se gardera bien de recommander l'usage de la glace ou de gargarismes glacés ; l'anémie momentanée provoquée par le froid est suivie d'une hyperémie très violente tandis que l'action de la chaleur produit une hyperémie passive continuelle, et une dérivation sanguine plus rapide dans les régions enflammées.

Comme dérivatifs extérieurs, il faut prescrire des enveloppements humides et chauds du cou ; dans les amygdalites, on recommandera que le pansement recouvre bien l'angle du maxillaire et non pas le cou seulement (fig. 8).

3. — TRAITEMENT DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Dans toute inflammation aiguë de la muqueuse des voies aériennes supérieures, on devra surveiller l'état du tube digestif, et, en cas d'embarras gastrique, prescrire dès le début, des purgatifs légers. On recommandera en outre le séjour dans une atmosphère dépourvue de poussière, pas trop chaude, ni trop sèche. De même pour les cures d'air, on devra choisir des plages plutôt douces et des climats montagneux, humides.

L'interdiction du tabac est absolument nécessaire, surtout l'usage du tabac à priser.

4. — PANSEMENTS DE LA CAVITÉ BUCCO-PHARYNGÉE

Le pansement des plaies de la cavité bucco-pharyngienne se fera avec la poudre ou la gaze iodoformée qui

sont les meilleurs désinfectants des muqueuses. Dans les traumatismes opératoires ou accidentels, au niveau des tissus cellulaires lâches, comme celui de la muqueuse jugale par exemple, on devra pratiquer un tamponnement pour éviter des décollements et des fusées purulentes. (Afin de masquer



Fig. 8. — Enveloppement humide et chaud du cou et de l'angle maxillaire.

le goût désagréable de l'iodoforme dans la bouche, on conseillera des gargarismes fréquents avec une solution d'essence d'asperule).

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS NASALES

1° NETTOYAGE DES FOSSES NASALES

Une des principales indications dans le traitement des affections nasales est de *faciliter l'écoulement des sécrétions*. Même sans viser la guérison qui, dans certains cas graves, ne peut être obtenue qu'au prix de larges interventions, on doit chercher à débarrasser les fosses nasales de leurs pro-

duits de sécrétions, afin d'éviter leur chute dans les voies aériennes et par conséquent l'infection de ces dernières.

On pourra avoir recours aux divers procédés suivants :

a. Expiration forcée. — En se mouchant fréquemment, alternativement par chaque narine, on chassera les mucosités qui obstruent les fosses nasales. Ce procédé est à recommander surtout chez les enfants.

b. Bain nasal. — Le lavage avec la solution salée physiologique tiède à 25° C. suffira.

Si les sécrétions sont trop épaisses on emploiera la solution suivante :

Chlorure de sodium.	} aa
Carbonate de soude.	
Biborate de soude	

Une demi-cuiller à café dans un quart de litre d'eau. Grünwald proscrit l'usage du lavage qu'il trouve dangereux, car les sécrétions peuvent être entraînées dans les sinus et dans l'oreille. Tout au plus, pourra-t-on verser dans le nez les liquides avec une cuiller. Il est préférable de renifler la solution versée dans le creux de la main ; de la sorte, elle atteint le méat moyen puisque le liquide renifle suit la voie de l'air inspiré et d'autre part le liquide pénètre sans pression dangereuse. La meilleure preuve en est fournie par l'apparition de céphalée quand le malade a reniflé fort, ce dont il doit être prévenu. Bien entendu le contenu des fosses nasales aura été évacué par une expiration forcée avant de respirer le liquide.

Dans le but de ramollir les croûtes résistantes ou pour fluidifier les sécrétions, on recommandera avec avantage d'aspirer une faible quantité d'une solution à 10 0/0 d'ichthyol dans la vaseline liquide. Cette solution pourra aussi être employée pour le badigeonnage du pharynx en cas de formation de croûtes.

2. — CAUTÉRISATIONS

Elles trouvent leur indication la plus nette et la plus fréquente dans l'obstruction nasale. On peut les pratiquer : avec des caustiques chimiques, soit avec le galvanocautère.

a. — Caustiques chimiques. — L'acide trichloracétique est un agent des plus efficaces et qui ne nécessite l'usage d'aucun instrument spécial. Après cocaïnisation on trempe simplement la pointe d'un stylet nasal dans l'acide cristal-

lisé ou liquide, et on porte le cristal ou la goutte sur le point à cautériser. Aussitôt après, on enlève l'excès de liquide à l'aide d'un porte-coton.

b. — Galvanocaustie. — S'il faut pratiquer une destruction plus étendue de la muqueuse, on emploiera la galvanocaustie.

Tandis que pour des lésions destructives, il est plutôt indiqué de cautériser en surface, dans les obstructions nasales par rhinite hypertrophique, il faut agir en profondeur. On pique, avec la pointe du cautère incandescent, la tête du cornet inférieur, par exemple, et on l'enfonce dans le tissu spongieux, en suivant l'os en arrière le plus loin possible, et aussi loin qu'il est nécessaire, puis on la retire doucement encore rouge. Ce procédé est préférable aux cautérisations en sillon qui sont beaucoup recommandées. Les avantages sont d'atteindre réellement la partie la plus hypertrophiée, de ne provoquer presque aucune hémorragie, de ne produire qu'une toute petite escharre d'entrée, ce qui diminue encore les chances d'hémorragie lorsqu'elle se détache, d'agir presque sans douleur, enfin de ne pas déterminer de synéchies entre la surface opératoire et la cloison qui est légèrement atteinte par le rayonnement calorique dans les cautérisations en surface.

Chaque cautérisation du nez doit être suivie d'un examen quelques jours après ; si elle a déterminé la production de croûtes, on les enlèvera avec une pommade.

3. — ELECTROLYSE

L'électrolyse est indiquée principalement pour détruire des tumeurs malignes saignant facilement et abondamment. On enfonce une aiguille double, fine, en platine et on fait passer lentement et progressivement, un courant de 20 à 30 milliampères, on peut agir pendant une durée de 3 à 20 minutes.

4. — TAMPONNEMENT

Il est indiqué dans le but d'arrêter les hémorragies spontanées ou opératoires. Les hémorragies spontanées, qui reconnaissent presque toujours comme cause une lésion siégeant au niveau de la partie la plus antérieure de la cloison, s'arrêtent souvent d'elles-mêmes, en recommandant au malade le calme le plus absolu, la tête étant légèrement

inclinée en avant de façon que le sang puisse s'écouler sans que la respiration nasale soit entravée. Ce dernier point est important puisque la respiration nasale a une action dépressive sur les vaisseaux de la tête.

Si ce moyen simple ne suffisait pas, on peut faire renfler du jus de citron, placer un linge humide et froid sur la nuque, ou aspirer une prise de sel. En cas d'échec, placer dans la partie antérieure de la fosse nasale un tampon imbibé d'eau oxygénée médicinale, d'une solution d'antipyrine à parties égales, ou d'adrénaline à 1/5000. Lorsqu'on est obligé de recourir au tamponnement, il faut bien considérer qu'il n'agira réellement que sur le point qui saigne, or celui-ci est presque toujours situé à la partie antérieure des fosses nasales, il n'y a donc rien de plus absurde que de faire le tamponnement de la cavité nasale et du cavum avec la sonde de Belloc. Après avoir nettoyé rapidement la fosse nasale qui saigne, on verra le plus souvent le sang provenir de la partie antéro-inférieure de la cloison et l'on pourra tenter d'arrêter l'hémorrhagie en comprimant le point hémorrhagique pendant quelques minutes, avec un petit tampon d'ouate hydrophile trempé dans une solution fraîche d'eau oxygénée; on peut même laisser ce tampon en place pendant 24 heures.

Lorsque le siège de l'hémorrhagie est plus profond, on appliquera le même traitement, si possible, mais en enfouissant une mèche de gaze plus profondément.

L'entassement d'une mèche en avant du point qui saigne est inutile et même nuisible en raison de l'obstruction nasale qui en résulte.

Les hémorrhagies opératoires s'arrêtent en général spontanément si la plaie est bien régulière, dépourvue de lambeaux flottants et si la respiration nasale est libre. Lorsque dans le cours d'une intervention on se trouve gêné par le sang, on emploie momentanément un tampon d'eau oxygénée, et on peut continuer l'opération lorsque l'hémorrhagie est presque arrêtée. Mais le meilleur moyen pour éviter les hémorrhagies post-opératoires et retardées, c'est d'opérer proprement et radicalement, en tout cas jusqu'au rétablissement de la respiration nasale. Des hémorrhagies très abondantes, celles qui sont consécutives par exemple à l'ablation des polypes, s'arrêtent presque instantanément dès que la circulation de l'air est rétablie.

Dans ces cas, le tamponnement est à rejeter pour deux

raisons : 1° il existe presque toujours des suppurations qui infecteront la plaie ; 2° ces suppurations peuvent être un danger vital par la rétention qu'elles provoquent derrière le tampon.

5. — OPÉRATIONS

Pour l'ablation des tumeurs des fosses nasales, on peut se servir soit d'anses froides, soit d'anses galvanocautiques.

L'anse froide sera faite avec un fil souple et mince, en acier n° 6, les anses chaudes ou galvaniques avec des fils en platine, ou en acier n° 8 ou 9. Les tubes des anses froides doivent être ouverts jusqu'à leur extrémité, sans cloison interposée à leur extrémité, de manière à pouvoir attirer l'anse entière dans le tube et traverser la tumeur tout entière.

Pour extirper les tumeurs molles à pédicule difficilement accessible, se dérochant facilement à l'anse, on emploiera des *pincés*; cependant on rejettera le procédé barbare et aveugle, en usage autrefois, consistant dans l'introduction d'une pince à pansements, saisissant tout au hasard, introduite sans le contrôle de la vue. Au contraire, en s'éclairant avec le miroir, on introduira des pincés solides qui ne sectionnent pas les parties molles, mais les pincent et on procédera ensuite par arrachement ou par torsion. Ce procédé est préférable à la section parce que dans les cas de polypes, par exemple, on ne prévient la récurrence qu'en extirpant radicalement le périoste ou même la surface osseuse d'implantation.

Toutes ces pincés peuvent servir à l'ablation des surfaces osseuses malades, ou constituant un obstacle à la respiration.

Des *ciseaux* de forme appropriée (fig. 9) servent également, toujours sous le contrôle de la vue, à sectionner les synéchies ou à enlever des lambeaux flottants de muqueuse.

Nous représentons ici une opération typique, destinée à donner du jour dans les fosses nasales, et à rendre les sinus accessibles; nous voulons parler de la résection du cornet moyen et en particulier de son extrémité antérieure (fig. 10 et 11).

(Sur les figures 10 et 11, les instruments sont placés trop horizontalement, en réalité la configuration du nez em-

pèche naturellement une telle direction, l'instrument doit être introduit et disposé de bas en haut.

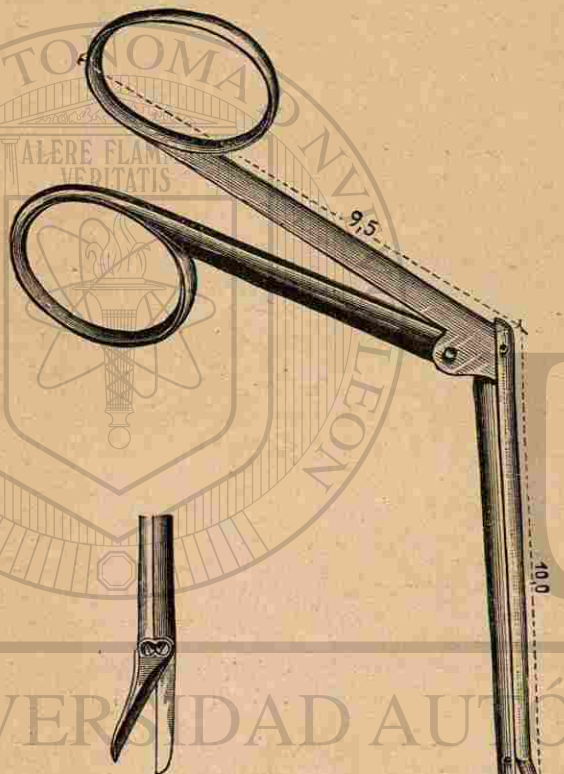


Fig. 9. — Ciseaux pour sectionner les synéchies ou enlever des lambeaux de muqueuses.

On ferme les branches de la pince qui embrassent la base de la tête du cornet, puis on tord l'instrument dans le sens

de son axe, et on enlève le fragment avec l'anse froide ou chaude.

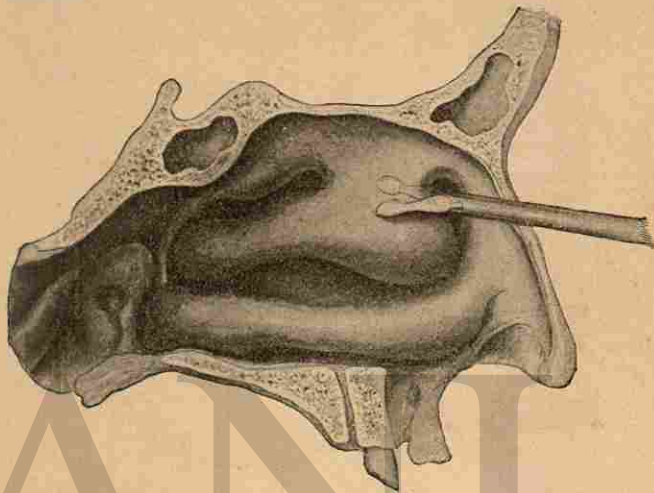


Fig. 10. — Résection du cornet moyen.

L'usage de la *curette* (fig. 12) est indiqué : dans le grattage des granulations, des fongosités, l'ablation de surfaces osseuses malades, ou de tumeurs situées dans des anfractuosités profondes.

La plupart des interventions sur les fosses nasales peu-



Fig. 11. — Résection du cornet moyen.

vent être pratiquées par les *voies naturelles* ; mais pour les tumeurs malignes, la tuberculose, etc., on risque par-

fois, et même presque toujours, d'opérer incomplètement, car ordinairement la tumeur s'étend bien au delà du rayon visuel. Dans ce cas, il faut opérer par des *voies artificielles*. Pour des régions accessibles, au niveau des méats, il suffira ordinairement de faire la résection temporaire ty-

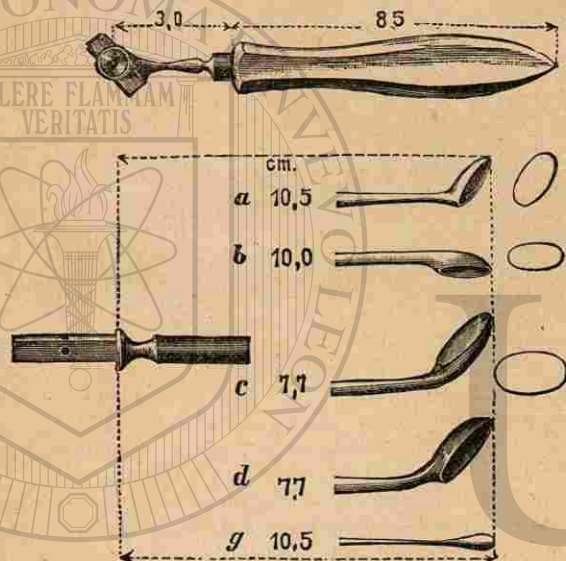


Fig. 12. — Curettes

pique de l'os nasal, de Langenbeck ; il sera rarement indiqué de rabattre la face d'après le procédé de Bardenheuer.

On terminant on peut poser comme règles générales dans les opérations nasales :

- A. — Que le *but* de ces opérations doit être :
- 1° De supprimer les obstacles à la respiration.
 - 2° De rétablir le libre écoulement des sécrétions.
 - 3° De découvrir les orifices des sinus malades.
 - 4° De supprimer les lésions secondaires qui pourraient continuer à entretenir l'affection nasale même après suppression de la cause.
 - 5° De détruire les tumeurs malignes.

B. — Pour atteindre ce but et éviter des accidents opératoires il faut :

1. Intervenir rapidement et toujours le plus rapidement possible.
2. Rétablir la perméabilité de la fosse nasale, en une séance.
3. Obtenir des surfaces de section nettes, sans débris de lambeaux flottants.

L'antisepsie est absolument inutile, mais il faut se garder d'introduire dans la plaie des germes infectieux. On réalisera ce desideratum par la stérilisation des mains et des instruments.

Pour les opérations par voie endo-nasale, la narcose n'est guère nécessaire que chez les enfants seulement.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES

La cavité bucco-pharyngienne et les fosses nasales sont des régions très exposées aux influences extérieures ; elles constituent en effet un lieu de passage pour les aliments de nutrition et l'air respiratoire. Ce double but explique facilement le nombre des affections, les unes traumatiques, les autres inflammatoires qui peuvent s'y développer.

Ces maladies primitives ou secondaires peuvent à leur tour être une porte d'entrée dans l'organisme pour les infections générales.

MALADIES AIGUES

I. — FORMES IDIOPATHIQUES

A. — FORMES SUPERFICIELLES

Le CATARRHE en est la traduction la plus fréquente. Au point de vue *étiologique*, le catarrhe aigu, dans la cavité bucco-pharyngée, est presque toujours un symptôme concomitant d'inflammations voisines ou il résulte d'une irritation directe produite par certains aliments, des soins dentaires, un abus de tabac, etc. Au contraire l'inflammation simple du pharynx, de même que le coryza aigu, qui

fois, et même presque toujours, d'opérer incomplètement, car ordinairement la tumeur s'étend bien au delà du rayon visuel. Dans ce cas, il faut opérer par des *voies artificielles*. Pour des régions accessibles, au niveau des méats, il suffira ordinairement de faire la résection temporaire ty-

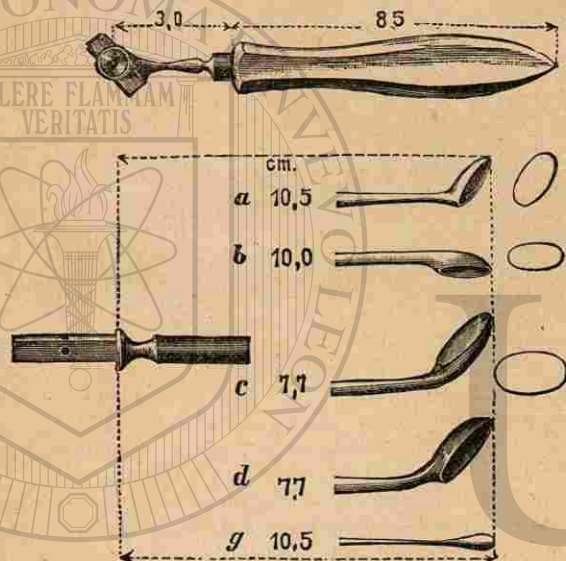


Fig. 12. — Curettes

pique de l'os nasal, de Langenbeck ; il sera rarement indiqué de rabattre la face d'après le procédé de Bardenheuer.

On terminant on peut poser comme règles générales dans les opérations nasales :

- A. — Que le *but* de ces opérations doit être :
- 1° De supprimer les obstacles à la respiration.
 - 2° De rétablir le libre écoulement des sécrétions.
 - 3° De découvrir les orifices des sinus malades.
 - 4° De supprimer les lésions secondaires qui pourraient continuer à entretenir l'affection nasale même après suppression de la cause.
 - 5° De détruire les tumeurs malignes.

B. — Pour atteindre ce but et éviter des accidents opératoires il faut :

1. Intervenir rapidement et toujours le plus rapidement possible.
2. Rétablir la perméabilité de la fosse nasale, en une séance.
3. Obtenir des surfaces de section nettes, sans débris de lambeaux flottants.

L'antisepsie est absolument inutile, mais il faut se garder d'introduire dans la plaie des germes infectieux. On réalisera ce desideratum par la stérilisation des mains et des instruments.

Pour les opérations par voie endo-nasale, la narcose n'est guère nécessaire que chez les enfants seulement.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES

La cavité bucco-pharyngienne et les fosses nasales sont des régions très exposées aux influences extérieures ; elles constituent en effet un lieu de passage pour les aliments de nutrition et l'air respiratoire. Ce double but explique facilement le nombre des affections, les unes traumatiques, les autres inflammatoires qui peuvent s'y développer.

Ces maladies primitives ou secondaires peuvent à leur tour être une porte d'entrée dans l'organisme pour les infections générales.

MALADIES AIGUES

I. — FORMES IDIOPATHIQUES

A. — FORMES SUPERFICIELLES

Le CATARRHE en est la traduction la plus fréquente. Au point de vue *étiologique*, le catarrhe aigu, dans la cavité bucco-pharyngée, est presque toujours un symptôme concomitant d'inflammations voisines ou il résulte d'une irritation directe produite par certains aliments, des soins dentaires, un abus de tabac, etc. Au contraire l'inflammation simple du pharynx, de même que le coryza aigu, qui

sont souvent associés, sont surtout occasionnés par le refroidissement, l'infection.

OBJECTIVEMENT les *muqueuses* sont plus ou moins rouges, la muqueuse buccale est souvent légèrement dépolie par la tuméfaction de l'épithélium; dans le nez, l'inflammation se caractérise par une hyperémie souvent considérable du tissu érectile. Dans la bouche, l'épithélium étant plus irrité par les mouvements de mastication et les aliments, il en résulte parfois des érosions superficielles (planche III, fig. 1).

La *sécrétion* est d'abord diminuée et provoque une sensation de sécheresse, qui se trouve encore augmentée par l'hyperémie et la chaleur de la muqueuse. Il en résulte : dans la bouche, la sensation d'un goût pâteux; dans le pharynx, une violente sensation de soif. Plus tard, la sécrétion augmente et se traduit : dans la bouche, par de la salivation; dans le nez, par un écoulement en quantité plus abondante. La sécrétion nasale est d'abord aqueuse, les glandes séreuses de la région olfactive entrant les premières en action, tandis que les glandes muqueuses des cornets comprimées par le tissu érectile hyperémié n'entrent en jeu que plus tard; puis la sécrétion devient visqueuse, épaisse et souvent purulente. Si les mucosités renferment des masses épaisses et surtout purulentes, ce fait indique la participation des sinus; c'est là du reste, le plus souvent, la cause des céphalalgies très violentes que l'on observe et qui sont dues à la compression des terminaisons nerveuses par les muqueuses tuméfiées; la douleur se trouve encore accrue lorsqu'il y a rétention de sécrétion derrière les régions tuméfiées.

Les téguments de la lèvre supérieure sont souvent irrités, surtout chez les enfants; la muqueuse labiale est sèche, rôtie, fendillée. La conjonctive participe également à l'inflammation, qu'elle soit irritée ou bien mécaniquement par l'arrêt des larmes, ou par l'infection.

La *durée* des inflammations aiguës naso-bucco-pharyngées est de huit jours au plus, s'il ne survient pas de complications dues à un mauvais état général antérieur, ou à un traitement trop intensif. On voit alors la salivation cesser, la douleur pharyngée disparaître, la respiration nasale se rétablir, les sécrétions devenir intermittentes et muqueuses pour cesser complètement. Parfois il peut subsister une sinusite qui se reconnaît à la persistance de la douleur

et à l'hypersecretion; le diagnostic est d'autant plus facile que les symptômes sont unilatéraux.

Le *traitement* comporte la suppression immédiate de tous les irritants, tels que le tabac, l'alcool; une diète légère, des sudations, des purgatifs, le séjour dans une pièce à température égale et modérée, sans poussière.

Dans l'angine les gargarismes tièdes avec une solution d'alun sont particulièrement indiqués. Contre le cozyza on fera renifler des solutions salées; chez les enfants on appliquera de la vaseline boriquée sur la lèvre supérieure et chez le nourrisson, il faudra prévoir les difficultés de l'alimentation. En cas de céphalalgie, application de vessies de glace.

Lorsque le coryza est très violent faire prendre deux ou trois fois par jour un gramme d'antipyrine pour diminuer les phénomènes infectieux généraux et calmer la céphalalgie. Lorsque les troubles locaux sont très accentués, des badigeonnages du méat moyen avec une solution faible de cocaïne permettent, par suite de la rétraction du cornet, l'expulsion des sécrétions et un écoulement plus régulier.

Quant à la sinusite, elle n'exige de soins particuliers que lorsqu'elle persiste plusieurs semaines et s'il existe des symptômes graves; ordinairement, elle guérit spontanément. Rarement les catarrhes ordinaires se compliquent de troubles sérieux du côté de l'oreille moyenne; dans la généralité des cas on n'observe seulement qu'une légère hyperémie.

Formes cliniques. — L'inflammation superficielle de la muqueuse peut aboutir à la formation d'ulcérations, lorsqu'il existe certaines circonstances étiologiques spéciales ou certaines conditions locales particulières.

Par exemple chez les nourrissons on peut observer une **ulcération du frein** à la suite du frottement de la langue contre les incisives en voie d'évolution; chez les enfants plus âgés et atteints de coqueluche, l'ulcération est due au frottement de la langue au moment des quintes de toux. Signalons encore de petites ulcérations des bords de la langue, très douloureuses et parfois méconnues, accompagnant des catarrhes buccaux très violents et dont le point de départ est le rhinopharynx. Chez les femmes chlorotiques on a pu observer de semblables ulcérations à évolution périodique et qu'on a nommées « aphthes chroniques récidivants ».

La **stomatite mercurielle** qui est un catarrhe buccal à un stade plus avancé, peut être accompagnée d'ulcérations souvent très profondes, même gangréneuses (planche III, fig. 2), mais qui n'ont rien de spécifique en elles-mêmes. La salivation accompagne le catarrhe, mais ne le précède pas comme on le croyait autrefois.

L'« **ulcération bénigne pharyngienne** » est une forme particulière d'ulcération se produisant presque toujours sur le pilier antérieur, au-dessus de l'amygdale, sans grande réaction douloureuse et qui disparaît spontanément en une dizaine de jours environ. Il y a lieu de se demander, si cette ulcération ne reconnaît pas comme cause occasionnelle, comme les aphtes de Beduar, un traumatisme; ainsi par exemple, pour ces derniers, le nettoyage de la bouche du nourrisson avec un linge irrite la muqueuse tendue par-dessus les apophyses ptérygoïdes (planche XIV, fig. 2).

L'aspect de toutes ces ulcérations, en général, se modifie par suite de l'humectation continuelle; en effet quelle que soit leur cause, elles se recouvrent de dépôts fibrineux qui permettent rarement de voir une surface nettement ulcérée; au-dessous l'épithélium se régénère. Sur les bords de la langue et au niveau du frein seulement, le fond de l'ulcération est continuellement dénudé par les traumatismes continus.

Le traitement de ces ulcérations varie suivant la cause. Il consiste à émousser les bords tranchants des incisives, à supprimer le nettoyage de la bouche avec des linges, à atténuer les quintes de coqueluche. Pour calmer la douleur provoquée par les ulcérations, il faudra les toucher avec le crayon de nitrate d'argent et recommander les gargarismes astringents. Dans la stomatite mercurielle, supprimer momentanément le mercure; gargarismes avec une solution de chlorate de potasse à 1 0/0; insuffler de la poudre d'iodoforme sur les ulcérations profondes; si l'infiltration des genévives est considérable, badigeonnages quotidiens avec une solution de nitrate d'argent à 4 0/0.

Les **aphtes** s'observent dans l'enfance, ils sont caractérisés par un dépôt fibrineux remplaçant l'épithélium disparu, tandis que la sous-muqueuse est légèrement infiltrée. Objectivement, ils se traduisent par des dépôts blancs-jaunâtre, entourés d'un liseré inflammatoire et dont la dimension varie d'une tête d'épingle à une lentille (pl. V,

fig. 2); l'enduit se détache lentement, de telle sorte que les bords sont cicatrisés avant qu'il soit détaché du centre. Les aphtes peuvent s'accompagner de phénomènes généraux selon la gravité du cas; ils sont, en général, de moyenne intensité surtout au début; quant aux troubles subjectifs, salivation et douleurs, ils se rencontrent surtout chez les débilites et dans les maladies infectieuses.

La guérison survient spontanément avec quelques soins de la bouche, on pourra la hâter avec des alcalins chez les enfants: lavages boriqués ou boratés; chez les nourrissons: badigeonnages avec le collutoire:

Biborate de soude 5 gr.
Sirop de fleurs de rhéados 100 gr.

B. — INFLAMMATIONS EXSUDATIVES

Elles se caractérisent anatomiquement par des lésions des couches plus profondes de la muqueuse.

1. — Infection gonococcique.

La forme la plus rare et la plus spéciale est l'*infection gonococcique* des petits enfants; sous la muqueuse se forme un exsudat purulent qui la soulève et atteint sa surface. On aperçoit donc d'abord des dépôts blancs jaunâtres dont l'évolution aboutit à la formation de membranes; à leur chute, il reste une surface jaunâtre également, puis rouge, légèrement surélevée, se recouvrant rapidement d'épithélium. Ces lésions, généralement bénignes, apparaissent sur le voile du palais, entre les deux points de localisation des aphtes de Beduar, puis sur les parties antérieures de la langue sans en atteindre le bord. Le diagnostic est assez facile, car outre ces localisations, on constate la présence de la blennorrhagie chez la mère. Un traitement spécial n'est pas nécessaire.

2. — Angine fibrineuse bénigne.

On peut observer parfois une autre variété d'inflammation caractérisée par une exsudation fibrineuse, également bénigne, apparaissant sur les amygdales, c'est l'*angine fibrineuse bénigne* (pl. VIII, fig. 2).

3. — Angine diphtérique.

Sa localisation à la surface des amygdales la fait distinguer de l'angine diphtérique qui débute souvent par les amygdales, mais dont les fausses membranes peuvent envahir toutes les régions du pharynx (pl. VIII, fig. 3). Les fausses membranes épaisses et surélevées, blanchâtres, brillantes, ne peuvent être enlevées sans déterminer un suintement sanguin, car l'exsudat se fait dans la sous-muqueuse ; après leur chute spontanée, il reste une surface saignante qui se cicatrise rapidement.

Il est très rare, et d'ailleurs ces cas sont presque toujours mortels, que l'inflammation gagne en profondeur et détermine la gangrène. Chez l'adulte, l'affection est le plus souvent localisée au pharynx buccal, tandis que chez l'enfant, elle atteint, outre le larynx, l'épipharynx et les fosses nasales.

L'examen de l'épipharynx étant presque impossible, son envahissement se reconnaît à l'existence d'un nasillemeut, d'un ronflement intense et à une paralysie précoce du voile du palais ; le nez est rempli de fausses membranes épaisses, blanc jaunâtres, et dans les cas rares où l'infection a été primitive, on peut constater, à l'entrée des fosses nasales, la présence de fausses membranes entourées d'une zone inflammatoire (pl. XXX, fig. 4). Parfois la diphtérie peut être tout à fait circonscrite, déterminant quelques rares troubles généraux et caractérisée par une rhinite fibrineuse. La maladie dans ces cas est probablement occasionnée par une infection locale, consécutive à un traumatisme : érosion de la muqueuse nasale avec les doigts, contagion par le mouchoir.

Les symptômes cardinaux sont tantôt ceux d'une infection générale grave : fièvre continue, élevée, dépression violente, céphalalgie, troubles cardiaques ; tantôt ce sont les troubles locaux qui l'emportent en intensité : dysphagie, mal de gorge, obstruction nasale.

Le tableau clinique de la maladie peut être modifié par l'apparition de complications fréquentes : otite, adénite parfois suppurée, bronchite, pneumonie, néphrite qui peut être hémorragique, éruptions cutanées, érythémateuse, impétigineuse et papuleuse, enfin la diphtérie cutanée.

Le terminaison est variable. Tantôt la guérison se pro-

duit spontanément ; tantôt la marche est lente avec des rechutes surtout dans la diphtérie nasale. Enfin on peut observer des infections graves avec collapsus cardiaque rapide, ou des accidents locaux extrêmement graves.

Le traitement doit s'efforcer d'arrêter l'infection le plus rapidement possible, car les cas bénins au début peuvent devenir dans la suite extrêmement sérieux. On fera donc la sérothérapie précoce et on conseillera, en outre, des gargarismes chauds, des lavages du nez avec de l'eau de chaux tiède à 1 0/0. Les narines et les lèvres seront enduites de pommade ; on fera des enveloppements humides du cou et on prescrira des purgatifs. Le cœur sera surveillé attentivement ; toute fatigue précoce sera évitée et on défendra au malade de se lever trop tôt.

On ne doit pas considérer la maladie comme terminée, lorsque la température est revenue à la normale, et lorsque les phénomènes pharyngés ont disparu, car c'est surtout dans la convalescence que surviennent les paralysies graves, qui atteignent le plus souvent le voile du palais (régurgitations par le nez), puis le larynx et l'œsophage (paralysie des cordes vocales, parfois paralysie complète de la déglutition), ou encore l'œil (paralysie de l'accommodation et strabisme). La paralysie peut aussi atteindre le diaphragme et les membres, mais elle est particulièrement grave lorsqu'elle gagne le cœur. Les nerfs sensitifs peuvent également être frappés, en particulier la paralysie du nerf laryngé supérieur est très grave, car l'anesthésie du larynx cesse de le défendre contre l'introduction de parcelles alimentaires et il en peut résulter une pneumonie. Dans certains cas l'alimentation par la sonde peut devenir nécessaire pendant quelques semaines. Le repos absolu (décubitus dorsal) doit être conseillé, les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine (jusqu'à 0,003, deux à trois fois par jour) hâtent la guérison des paralysies. Dans tous les cas on prévient l'atrophie musculaire par la faradisation.

C. — FORMES INTERSTITIELLES

On doit distinguer deux formes au point de vue clinique et anatomique : l'érysipèle et le phlegmon, bien qu'au point de vue étioologique, elles soient dues au même bacille, le plus souvent le streptocoque.

Erysipèle.

L'érysipèle se développe dans la muqueuse et la partie superficielle de la sous-muqueuse. Il est caractérisé par une rougeur bien circonscrite et une tuméfaction intense et rénitente; parfois la muqueuse est soulevée par des bulles, mais l'exsudat reste toujours séreux. La fièvre est intermittente, correspond à l'extension du processus inflammatoire dont la marche n'est pas lente et progressive, mais se fait successivement. L'érysipèle réapparaît souvent chez le même sujet, tant que les conditions étiologiques de l'infection persistent. Il débute au niveau de petites ulcérations, de préférence au voisinage du vestibule des fosses nasales, puis sur les amygdales ou les piliers, plus rarement sur la muqueuse des lèvres ou de la bouche.

En général le siège de prédilection de l'érysipèle est le tégument cutané plutôt que la muqueuse et dix fois sur cent, il s'étend sur le nez, les lèvres et la face avant de gagner les fosses nasales. Il n'y rencontre pas en effet un terrain propice, en raison de l'adhérence de la muqueuse au périoste ou à la sous-muqueuse. Du reste dans les fosses nasales, l'érysipèle n'est pas très facile à reconnaître; la tuméfaction de la muqueuse des cornets ressemble à une inflammation catarrhale et c'est seulement sur la cloison que l'on peut constater la tuméfaction élastique rouge, brillante qui peut aller jusqu'à la formation de phlyctènes. Il en est de même pour le naso-pharynx où l'érysipèle peut paraître primitif, alors qu'en réalité son point de départ siège à l'entrée des fosses nasales.

L'érysipèle donne aux muqueuses une coloration rouge intense, ternie par suite de la forte tension des tissus, la limite entre les parties saines et malades étant très marquée (pl. IX, fig. 2). Certaines parties molles (luette) sont très fortement gonflées par l'œdème qui peut provoquer des troubles de la déglutition et de la respiration, même sans participation du larynx. Dans l'épipharynx, l'érysipèle, qui n'existe pas sans l'envahissement du voile du palais, est d'un diagnostic difficile.

Les phénomènes généraux sont au début très violents et très brusques; le délire et une grande prostration ne sont pas rares. Ces troubles apparaissent et disparaissent selon les oscillations de la température. Lorsque l'affection a terminé

sa marche extensive, à ces phénomènes succède un bien-être relatif même avant la terminaison des lésions locales.

L'érysipèle peut déterminer des complications graves du côté du cœur au niveau de l'endocarde et du péricarde. Quand il gagne le larynx, il peut en résulter des accès de suffocation et une dyspnée grave. Il peut enfin se propager aux méninges par voie lymphatique et déterminer une méningite mortelle à évolution latente. L'érysipèle laisse parfois à sa suite des sinusites de la face.

Le traitement est expectatif; les forces du malade seront soutenues par l'alimentation; le myocarde surveillé. Enfin, après la guérison, on recherchera la cause pour la supprimer et éviter les récidives.

Phlegmon

Si les couches profondes de la sous-muqueuse et le tissu conjonctif intermusculaire sont envahis par l'inflammation, il en résulte une infiltration micro-cellulaire abondante qui se termine par suppuration, et produit un *phlegmon*. Celui-ci détermine parfois des œdèmes de voisinage dans les régions à tissu cellulaire lâche ou lorsqu'il y a une compression veineuse.

La fièvre est celle du type rémittent, de toute suppuration, elle ne descend qu'après l'évacuation spontanée ou provoquée du pus. Les symptômes généraux (état infectieux, troubles cardiaques) ne se déclarent que peu à peu pour atteindre une certaine intensité, tandis que les symptômes locaux, battements douloureux et sensation de tension, apparaissent rapidement. Dans les cas légers ces symptômes augmentent rapidement tandis que dans les cas graves ils sont souvent dissimulés par l'abattement général. Une virulence exceptionnelle de l'infection avec infiltration profonde et compression des nerfs et des vaisseaux du cou peut provoquer l'affection grave connue sous le nom de phlegmon infectieux aigu, qui peut se terminer très rapidement par la mort. ®

L'aspect général des phlegmons varie beaucoup suivant leur localisation.

Le phlegmon des fosses nasales, qui très rarement débute dans les glandes sébacées des vibrisses, peut s'étendre à la lèvre supérieure et à la face dorsale du nez. Au niveau du plancher des fosses nasales et de la cloison, on peut observer une suppuration qui a son point de départ au niveau

des racines des incisives et dont l'évolution est lente. Elle peut être confondue avec des accidents spécifiques. Cette confusion est encore plus facile dans les infiltrations purulentes du palais et les abcès de la langue ; la recherche minutieuse des antécédents et un examen général pourront quelquefois éviter cette erreur. Les abcès de la langue, surtout quand ils sont profonds, se développent lentement et peuvent devenir très rapidement graves par les œdèmes du pharynx et du larynx qu'ils déterminent. Mais le phlegmon le plus dangereux est celui du plancher de la bouche qui se développe dans l'angle du maxillaire inférieur, entre le muscle génioglosse et mylohyoïdien et plus connu sous le nom d'angine de Ludwig, terme dont on a abusé en faveur de toute suppuration pharyngée. A ce niveau, le pus se trouve comprimé dans la profondeur, et il se forme une tuméfaction énorme, ligneuse, en forme de croissant. Dans certains cas on ne peut obtenir la guérison qu'en pratiquant des incisions profondes, sur la ligne médiane, entre les fibres de l'aponévrose du cou et celles du génioglosse, au besoin il faut débrider latéralement avec une sonde cannelée jusqu'à la rencontre du pus. Cependant on observe, autour de la glande sublinguale, des infiltrations plus circonscrites et moins graves, qui peuvent rétrocéder sans suppuration après avoir dénudé la glande sur une vaste surface. En tout cas, toute infiltration de cette région doit être suivie attentivement si peu importants que soient les symptômes, car la mort peut survenir par suffocation, à la suite d'œdème du larynx, ou par troubles cardiaques.

Les phlegmons du pharynx sont beaucoup plus fréquents que ces suppurations profondes : le plus fréquent est le phlegmon sus-amygdalien ; son point de départ est la fosse sus-amygdalienne entre les extrémités supérieures des piliers du voile. La tuméfaction fait bomber fortement le pilier antérieur, derrière lequel l'amygdale, peu ou pas enflammée, peut disparaître complètement, et s'étend peu à peu en haut et en dehors (pl. IX, fig. 1). La forte tension de l'aponévrose du ptérygoïdien interne qui circonscrit la suppuration en dehors, est la cause du trismus intense qui souvent permet à peine l'introduction de l'abaisse-langue entre les dents. Ce phlegmon s'accompagne de douleurs assez violentes et de dysphagie totale qui détermine un affaiblissement extrême. On devra donc donner issue au pus immédiatement dès que sa présence sera certaine. Si l'on

attend la fluctuation on ne devancera que de très peu la perforation spontanée. Pour atteindre le foyer purulent, on emploiera le bec recourbé d'une sonde cannelée que l'on dirigera dans la fosse sus-amygdalienne, en haut et en dehors. S'il y a beaucoup de pus, il s'écoule immédiatement ; si au contraire, la suppuration est minime, elle peut être dissimulée par l'écoulement de sang, et néanmoins l'affection est arrêtée aussitôt dans sa marche. Parfois l'évacuation du pus qui ne trouve plus d'obstacles se fait dans les heures qui suivent l'intervention. En tout cas, cette manœuvre soulage et arrête aussitôt l'inflammation.

Les suppurations péri-amygdaliennes proviennent ordinairement d'abcès amygdaliens et reconnaissent une infection par corps étrangers, mais surtout par carie dentaire : les infiltrations du « pli intermaxillaire » qui s'étend en arrière de la cavité buccale, entre les deux maxillaires, sont caractéristiques de ces dernières.

L'épipharynx peut également être le siège de phlegmons, mais il est difficile de distinguer le phlegmon de la fosselle de Rosenmüller, de l'inflammation de l'amygdale pharyngée, qui est décrite ailleurs. J'ajoute seulement que, souvent, le point de départ des abcès rétropharyngiens se fait à ce niveau.

Le traitement doit tendre à évacuer le pus, le plus tôt possible, par une intervention chirurgicale. On prescrira également des pansements humides et des gargarismes aussi chauds que possible, le repos au lit, même pendant les premiers jours de la convalescence, enfin il faudra combattre le mauvais état général par des boissons alcoolisées.

Ici également, on prévient la récurrence, en recherchant et en supprimant les causes (mauvaises dents, suppurations nasales, lésions amygdaliennes).

D. — FORME GANGRÉNEUSE

Une lésion inflammatoire dont le siège est encore plus profond que celles que nous venons de décrire, est la gangrène qui envahit les muqueuses bucco-pharyngées connue sous le nom de *noma*.

Noma.

Cette affection singulière, heureusement rare actuellement, survient surtout dans la seconde enfance. Elle dé-

bute d'une façon caractéristique, au niveau de la caroncule du canal de Sténon par une coloration bleuâtre, qui très rapidement envahit la muqueuse, les muscles, le périoste, même l'os et la peau, et en peu de jours, après la chute des eschares, produit une énorme et profonde ulcération. Le coma est très précoce avec délire et la mort est la terminaison habituelle de cette affection ; parfois le bien-être subjectif du malade peut présenter un contraste frappant avec la gravité des troubles locaux. Il est très rare que l'ulcération se déterge et guérisse ; dans ce cas alors la cicatrisation se fait rapidement, mais la perforation de la joue, accompagnée de la dénudation de la cavité buccale, exige plus tard des opérations plastiques et, jusqu'à l'occlusion de ces vastes délabrements, l'alimentation artificielle. Le traitement ne peut tendre qu'à soutenir les forces du malade. L'horrible fétidité des téguments sphacelés sera masquée en les saupoudrant de café, récemment brûlé et moulu.

Nous ne décrivons pas ici les nécroses osseuses et des parties molles, consécutives aux suppurations graves des sinus de la face.

II. — FORMES SYMPTOMATIQUES, ASSOCIÉES.

Exanthèmes aigus.

Tous les exanthèmes aigus atteignent les muqueuses des voies aériennes supérieures.

Rougeole.

On connaît le coryza de sa période d'incubation. Quand un coryza apparaît brusquement en même temps qu'une conjonctivite chez des enfants bien portants on peut compter avec certitude sur l'apparition de l'éruption ; celle-ci apparaît dans le pharynx, le premier jour de la fièvre, sous forme d'un exanthème maculeux, rouge, à la limite du palais et du voile ; au centre des macules on aperçoit de toutes petites bulles blanchâtres, légèrement saillantes. Le troisième jour de la maladie, l'exanthème, en même temps qu'il apparaît sur les téguments, s'étend à toute la muqueuse du pharynx et de la bouche ; parfois il s'accompagne de petites hémorragies sous-muqueuses, rarement d'une desquamation épithéliale avec érosions.

Dans les premiers jours, on reconnaît à la lumière du jour l'exanthème de la muqueuse du nez et de l'épipharynx. L'obstruction nasale persiste ordinairement tant qu'il y a de la fièvre, et peut provoquer une sécheresse de la bouche qui peut aller jusqu'à la formation de croûtes et de gerçures à la langue et aux lèvres.

Scarlatine.

Elle est précédée d'une forte angine qui peut se transformer dans le cours de la maladie en diphthérie, sans doute par infection mixte. On peut également observer des abcès qui détruisent les piliers et le voile, occasionnant même des perforations permanentes. On les distingue des perforations syphilitiques par l'absence de cicatrices dans leur voisinage, mais on pourra les confondre avec des perforations congénitales. On décrit une « langue scarlatineuse », langue tuméfiée, caractéristique, sèche, très rouge avec forte tuméfaction des papilles, de telle sorte que la surface de la muqueuse ressemble à celle d'une fraise.

Il existe en outre de la sécheresse de la bouche, par suite du gonflement de la muqueuse nasale. Lorsque l'exanthème de la tête est très intense, il s'étend parfois aux fosses nasales et à l'épipharynx. Cette rhinite catarrhale peut ultérieurement aboutir à l'atrophie (V. Ozène).

Rubéole. — Son exanthème n'est visible que dans la bouche, jamais dans le nez qui reste normal ; la stomatopharyngite de la rougeole fait défaut.

Varicelle.

Elle se localise surtout au palais, rarement au nez ; les petites bulles se terminent par des érosions superficielles qui guérissent rapidement.

Variole.

Elle atteint habituellement le pharynx buccal comme les téguments ; la terminaison se fait aussi par ulcération et cicatrisation. Les pustules caractéristiques se développent fréquemment dans les fosses nasales et principalement aux orifices narinaux.

bute d'une façon caractéristique, au niveau de la caroncule du canal de Sténon par une coloration bleuâtre, qui très rapidement envahit la muqueuse, les muscles, le périoste, même l'os et la peau, et en peu de jours, après la chute des eschares, produit une énorme et profonde ulcération. Le coma est très précoce avec délire et la mort est la terminaison habituelle de cette affection ; parfois le bien-être subjectif du malade peut présenter un contraste frappant avec la gravité des troubles locaux. Il est très rare que l'ulcération se déterge et guérisse ; dans ce cas alors la cicatrisation se fait rapidement, mais la perforation de la joue, accompagnée de la dénudation de la cavité buccale, exige plus tard des opérations plastiques et, jusqu'à l'occlusion de ces vastes délabrements, l'alimentation artificielle. Le traitement ne peut tendre qu'à soutenir les forces du malade. L'horrible fétidité des téguments sphacelés sera masquée en les saupoudrant de café, récemment brûlé et moulu.

Nous ne décrivons pas ici les nécroses osseuses et des parties molles, consécutives aux suppurations graves des sinus de la face.

II. — FORMES SYMPTOMATIQUES, ASSOCIÉES.

Exanthèmes aigus.

Tous les exanthèmes aigus atteignent les muqueuses des voies aériennes supérieures.

Rougeole.

On connaît le coryza de sa période d'incubation. Quand un coryza apparaît brusquement en même temps qu'une conjonctivite chez des enfants bien portants on peut compter avec certitude sur l'apparition de l'éruption ; celle-ci apparaît dans le pharynx, le premier jour de la fièvre, sous forme d'un exanthème maculeux, rouge, à la limite du palais et du voile ; au centre des macules on aperçoit de toutes petites bulles blanchâtres, légèrement saillantes. Le troisième jour de la maladie, l'exanthème, en même temps qu'il apparaît sur les téguments, s'étend à toute la muqueuse du pharynx et de la bouche ; parfois il s'accompagne de petites hémorragies sous-muqueuses, rarement d'une desquamation épithéliale avec érosions.

Dans les premiers jours, on reconnaît à la lumière du jour l'exanthème de la muqueuse du nez et de l'épipharynx. L'obstruction nasale persiste ordinairement tant qu'il y a de la fièvre, et peut provoquer une sécheresse de la bouche qui peut aller jusqu'à la formation de croûtes et de gerçures à la langue et aux lèvres.

Scarlatine.

Elle est précédée d'une forte angine qui peut se transformer dans le cours de la maladie en diphtérie, sans doute par infection mixte. On peut également observer des abcès qui détruisent les piliers et le voile, occasionnant même des perforations permanentes. On les distingue des perforations syphilitiques par l'absence de cicatrices dans leur voisinage, mais on pourra les confondre avec des perforations congénitales. On décrit une « langue scarlatineuse », langue tuméfiée, caractéristique, sèche, très rouge avec forte tuméfaction des papilles, de telle sorte que la surface de la muqueuse ressemble à celle d'une fraise.

Il existe en outre de la sécheresse de la bouche, par suite du gonflement de la muqueuse nasale. Lorsque l'exanthème de la tête est très intense, il s'étend parfois aux fosses nasales et à l'épipharynx. Cette rhinite catarrhale peut ultérieurement aboutir à l'atrophie (V. Ozène).

Rubéole. — Son exanthème n'est visible que dans la bouche, jamais dans le nez qui reste normal ; la stomatopharyngite de la rougeole fait défaut.

Varicelle.

Elle se localise surtout au palais, rarement au nez ; les petites bulles se terminent par des érosions superficielles qui guérissent rapidement.

Variolo.

Elle atteint habituellement le pharynx buccal comme les téguments ; la terminaison se fait aussi par ulcération et cicatrisation. Les pustules caractéristiques se développent fréquemment dans les fosses nasales et principalement aux orifices narinaux.

Toutes ces affections déterminent consécutivement une complication qui leur est commune : l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx qui participe toujours en totalité à l'inflammation de la muqueuse. Dans les antécédents des enfants atteints de végétations adénoïdes, on notera en effet presque toujours l'existence d'une maladie éruptive, surtout de la rougeole et presque toujours aussi les symptômes surviennent aussitôt après la convalescence de cette affection.

Un traitement prophylactique des fosses nasales est absolument indiqué dans les exanthèmes pour éviter les otites et les inflammations chroniques des muqueuses. Il consiste à débarrasser les fosses nasales des mucosités qui les remplissent et à rétablir la respiration nasale. On conseillera donc les instillations dans le nez d'huile de vaseline, et les gargarismes ou lavages de bouche.

Stomatite aphteuse ou épidémique

La stomatite aphteuse, nommée avec raison stomatite épidémique, a quelques points de ressemblance avec les symptômes des exanthèmes aigus. Les phénomènes prodromiques violents durent trois jours (fièvre avec frissons et céphalalgie, coliques et diarrhée, parfois vomissements), sont suivis après la chute de la température de constipation et d'un exanthème aux bras et aux jambes, rarement au tronc, analogue à celui de la rougeole ; parfois il existe une éruption de petites bulles remplies d'un liquide trouble, au niveau du rebord unguéal, à la bouche et au nez, rappelant la fièvre aphteuse. En même temps il se produit une tuméfaction de toute la muqueuse bucco-pharyngienne avec rougeur et salivation abondante. Des bulles du volume d'un pois, à base un peu tuméfiée et infectée sont disséminées sur la muqueuse, elles se rompent et sont remplacées par des érosions superficielles, recouvertes de dépôts fibrineux.

La terminaison est habituellement favorable ; cependant l'inflammation peut atteindre parfois la musculature de la langue. Le traitement doit tendre à évacuer l'intestin ; l'infection ayant eu son point de départ à ce niveau par le lait de vaches malades ; pour les autres accidents, il sera symptomatique.

Fièvre typhoïde.

Les hémorragies nasales sont tellement fréquentes dans la fièvre typhoïde (jusqu'à 50 0/0), chez les malades au-dessous de 40 ans, qu'elles aident au diagnostic. Elles ne proviennent pas comme on le croyait autrefois d'une hyperémie diffuse de la muqueuse. Les sécrétions nasales, souvent purulentes surtout quand elles proviennent des sinus souvent atteints (sinus sphénoïdal) en se desséchant, forment des croûtes adhérentes à la cloison et c'est en cherchant à les enlever avec les doigts que le malade éraïlle légèrement la muqueuse ; c'est ainsi que se produisent des hémorragies, souvent très graves, au « point de Kiesselbach ».

Dans la bouche et le pharynx, le catarrhe diffus est accompagné de sécrétion visqueuse, sèche ; parfois l'épithélium se des-sèche et forme de petits squames (angine pultacée) ; il n'est pas rare de voir des érosions, des ulcérations superficielles, recouvertes de mucosités, de même apparence que les aphtes, sur les piliers et le voile du palais (pl. XIII, fig. 1) et qui guérissent ordinairement sans cicatrices. Le caractère fuligineux de la langue est bien connu ; il est caractérisé par un enduit épais avec rougeur des bords. Les soins de la bouche et du pharynx sont absolument indispensables dans la fièvre typhoïde et consisteront en lavages alcalins, en gargarismes et en applications de pommade liquide dans le nez.

Influenza.

Dans les premières épidémies d'influenza, les muqueuses des voies aériennes supérieures étaient atteintes presque régulièrement ; dans ces dernières années nous avons observé au contraire cette maladie sans catarrhes ; ceux-ci n'ont donc rien de caractéristique et constituent seulement des localisations de l'infection. Lorsque les fosses nasales sont touchées, il se produit souvent des hémorragies et toujours des rhinites catarrhales intenses, envahissant fréquemment les sinus ; si ces derniers étaient antérieurement malades, on voit l'écoulement augmenter. Les épidémies d'influenza à prédominance nasale s'accompagnent parfois de sinusites purulentes et même nécrosantes.

Les troubles subjectifs : vertiges, abattement et cépha-

lalgie sont particulièrement fréquents et violents dans l'influenza à forme nasale, quoique ces phénomènes puissent apparaître sans rhinite catarrhale sous forme de névralgie des branches nasale et faciale du trijumeau. Une complication rare de l'influenza, et qui peut survenir sans catarrhe, est l'apparition de cacosmie et de parosmie persistant parfois longtemps après la guérison.

Si le pharynx est également atteint, il se produit de l'angine catarrhale avec œdème et des infiltrations musculaires profondes accompagnées de troubles de la déglutition et de douleurs très violentes.

Herpès

L'infection générale qui produit l'herpès se localise parfois dans la bouche et le pharynx. On ne peut observer que très rarement la première période, caractérisée par la formation de phlyctènes, car elles apparaissent rapidement pour se transformer en ulcérations; celles-ci se recouvrent très promptement d'un léger exsudat fibrineux qui les fait ressembler à un aphte.

Le diagnostic est facilité par le début brusque de la maladie avec frissons et température à marche rapide, malaise général, douleur locale avec sensation de brûlure, mais surtout par la disposition des efflorescences en groupe (pl. XIII, fig. 2).

Pour combattre les douleurs violentes, on prescrit de l'antipyrine ou de la phénacétine à l'intérieur; localement un seul attouchement de l'ulcération avec du nitrate d'argent donne de bons résultats.

Syphilis (accidents primitifs et secondaires).

La syphilis de la cavité bucco-pharyngée, qui se manifeste ordinairement à la période secondaire a une importance symptomatique considérable, car elle apparaît peu de temps avant ou en même temps que l'exanthème et elle manque exceptionnellement.

Syphilis secondaire. — Le premier signe qui n'est pas toujours très net est un *érythème diffus*. Une rougeur catarrhale du vestibule pharyngé qui dure plus de huit jours surtout chez les jeunes adultes et s'accompagne de vives

douleurs sans cause apparente peut faire suspecter la syphilis. Au bout de quelques jours, le diagnostic s'affirme: l'épithélium devient terne, dépoli, macéré, la muqueuse se soulève légèrement; puis au niveau du vestibule pharyngé, souvent aussi sur la langue et surtout à la face interne des lèvres et des joues, apparaissent des papules qui se distinguent de la muqueuse du voisinage par une coloration blanc-bleuâtre pour revêtir plus tard une apparence de fausse membrane, épaisse, blanche ou gris jaunâtre (pl. X, fig. 2).

Sur la muqueuse nasale cette forme secondaire, ou *plaque muqueuse*, survient, quoique rarement, sur la cloison et à la partie antérieure du plancher, tandis que les condylomes ou papilles hypertrophiées, s'observent surtout sur la muqueuse des cornets ou dans l'épipharynx, sous forme de végétations, de crêtes de coq, ou encore à l'orifice des fosses nasales sous forme d'infiltrations diffuses, sèches, rouges, brunes, un peu surélevées. Dans la bouche et le pharynx elles forment des élevures larges, brun rougeâtres ou bleuâtres, légèrement ombiliquées au centre et dépourvues d'épithélium à la surface (pl. II, fig. 1, pl. XVII, fig. 2).

L'évolution de tous ces accidents est assez lente et il s'écoule au moins plusieurs semaines jusqu'à leur régression spontanée; parfois cependant chez les anémiques ou les débilités il peut se produire des ulcérations étendues et même de la gangrène, sans doute par infection surajoutée.

Le diagnostic n'offrira pas de difficultés dans les formes bien caractérisées, mais il est plus difficile à faire dans la période précoce qui, on le sait, est très contagieuse. Outre la douleur, exceptionnellement violente, signalons aussi les adénopathies de voisinage, souvent un trouble de l'état général très marqué, un peu de fièvre, chez les femmes, la chute des cheveux. L'apparition de la roséole ou la cicatrice de l'accident primitif éclaireront le diagnostic.

Le traitement doit être général, c'est-à-dire mercuriel, et local. Les cautérisations avec une perle d'acide chromique répétées à intervalles de deux ou trois jours sont utiles pour calmer les douleurs et hâter la guérison; les larges condylomes du nez seront traités avec de la poudre de calomel ou de la pommade au précipité blanc. Signalons la facilité de la récurrence des papules par suite des irritations artificielles répétées de la muqueuse par les aliments, le

tabac. Enfin le traitement mercuriel sera lui-même surveillé pour éviter la stomatite.

Chancre. — L'*accident primitif* des muqueuses est très rare, ce qui s'explique par le mode d'infection, le plus souvent génital; on l'observe cependant sur tous les points du pharynx buccal, à l'intérieur des fosses nasales et même dans l'espace naso-pharyngien. Le plus fréquemment, c'est l'amygdale qui est atteinte, car ses cryptes forment une excellente porte d'entrée pour l'infection. Le diagnostic n'est souvent fait que secondairement, lorsque les accidents secondaires ont attiré l'attention sur un état durant depuis plusieurs semaines; la douleur, très violente parfois, selon la localisation, peut mettre sur la piste. Pour différencier l'accident primitif, on se basera sur sa localisation unilatérale, sur l'infiltration circonscrite, profonde, cartilagineuse et à bords indurés.

Le traitement sera purement symptomatique.

MALADIES CHRONIQUES

I. — FORMES IDIOPATHIQUES

A. — FORMES DIFFUSES

1. — LÉSIONS HYPERTROPHIQUES

Les inflammations chroniques des muqueuses des voies aériennes supérieures proviennent : 1° soit à la suite d'inflammations aiguës répétées; 2° soit consécutivement à une seule infection aiguë, grave, résultant d'une virulence spéciale; 3° soit encore de la localisation de l'infection à une région dont la situation anatomique contrarie la guérison; 4° les catarrhes chroniques peuvent enfin reconnaître comme origine des intoxications lentes et continues comme une carie dentaire, l'alcool, le tabac, etc., et certaines causes professionnelles (poussières, vapeur, etc.).

BOUCHE

Dans la cavité buccale, la muqueuse de la langue enflammée chroniquement est épaissie, recouverte d'un enduit saburral, rouge sur les bords qui présentent l'empreinte des arcades dentaires. — Les *gencives* sont fréquemment

altérées, ne présentent qu'une légère altération épithéliale, puis de la tuméfaction, et deviennent ensuite livides. La muqueuse gonflée pénètre entre les collets des dents, en d'autres points, elle se rétracte de manière à découvrir les racines (pl. IV, fig. 2). Au-dessous de la muqueuse ainsi décollée, il se produit même une suppuration du périoste ou pyorrhée alvéolaire; finalement les dents se déchaussent et tombent. Ces troubles sont favorisés dans leur apparition et leur marche par un mauvais état général: les convalescences longues, à la suite de fatigue ou de privations, chez des cachectiques (diabète, néphrite chronique, tabes, etc.). On ne saurait trop répéter que la stomatite et la pharyngite sont entretenues par les caries dentaires et que la déplorable habitude de beaucoup de dentistes d'utiliser de mauvaises dents, comme base d'appareils dentaires, occasionne de la gingivite purulente, accompagnée de fétidité de l'haleine. — La *muqueuse des joues* participe également à l'inflammation et prend une coloration blanchâtre, au niveau des molaires. Parfois cette muqueuse épaissie présente des empreintes qui résultent de la pression sur les arcades dentaires. — L'*irritation des glandes salivaires* provoque une salivation exagérée, cette sécrétion peut devenir ultérieurement plus visqueuse et plus lente et lorsqu'elle contient des sels calcaires, ceux-ci peuvent en séjournant dans les canaux excréteurs déterminer la formation de calculs salivaires.

PHARYNX

Pharyngite chronique. — Dans le pharynx, on observe souvent de l'*hyperémie chronique*, résultant de l'irritation provoquée par l'abus des épices, du tabac et de l'alcool, etc. A ces causes locales s'ajoutent encore celles provenant d'une rhinite chronique, c'est ce qui explique la raison pour laquelle on rencontre peu d'adultes dont le pharynx soit normal.

Pharyngite granuleuse hypertrophique et latérale. — On constate fréquemment une légère tuméfaction des piliers en même temps qu'un peu de rougeur à ce niveau ainsi qu'à la face postérieure du pharynx, sans que ces lésions légères déterminent de troubles appréciables. On observe également une dilatation veineuse, des arborisa-

tabac. Enfin le traitement mercuriel sera lui-même surveillé pour éviter la stomatite.

Chancre. — L'*accident primitif* des muqueuses est très rare, ce qui s'explique par le mode d'infection, le plus souvent génital; on l'observe cependant sur tous les points du pharynx buccal, à l'intérieur des fosses nasales et même dans l'espace naso-pharyngien. Le plus fréquemment, c'est l'amygdale qui est atteinte, car ses cryptes forment une excellente porte d'entrée pour l'infection. Le diagnostic n'est souvent fait que secondairement, lorsque les accidents secondaires ont attiré l'attention sur un état durant depuis plusieurs semaines; la douleur, très violente parfois, selon la localisation, peut mettre sur la piste. Pour différencier l'accident primitif, on se basera sur sa localisation unilatérale, sur l'infiltration circonscrite, profonde, cartilagineuse et à bords indurés.

Le traitement sera purement symptomatique.

MALADIES CHRONIQUES

I. — FORMES IDIOPATHIQUES

A. — FORMES DIFFUSES

1. — LÉSIONS HYPERTROPHIQUES

Les inflammations chroniques des muqueuses des voies aériennes supérieures proviennent : 1° soit à la suite d'inflammations aiguës répétées; 2° soit consécutivement à une seule infection aiguë, grave, résultant d'une virulence spéciale; 3° soit encore de la localisation de l'infection à une région dont la situation anatomique contrarie la guérison; 4° les catarrhes chroniques peuvent enfin reconnaître comme origine des intoxications lentes et continues comme une carie dentaire, l'alcool, le tabac, etc., et certaines causes professionnelles (poussières, vapeur, etc.).

BOUCHE

Dans la cavité buccale, la muqueuse de la langue enflammée chroniquement est épaissie, recouverte d'un enduit saburral, rouge sur les bords qui présentent l'empreinte des arcades dentaires. — Les *gencives* sont fréquemment

altérées, ne présentent qu'une légère altération épithéliale, puis de la tuméfaction, et deviennent ensuite livides. La muqueuse gonflée pénètre entre les collets des dents, en d'autres points, elle se rétracte de manière à découvrir les racines (pl. IV, fig. 2). Au-dessous de la muqueuse ainsi décollée, il se produit même une suppuration du périoste ou pyorrhée alvéolaire; finalement les dents se déchaussent et tombent. Ces troubles sont favorisés dans leur apparition et leur marche par un mauvais état général: les convalescences longues, à la suite de fatigue ou de privations, chez des cachectiques (diabète, néphrite chronique, tabes, etc.). On ne saurait trop répéter que la stomatite et la pharyngite sont entretenues par les caries dentaires et que la déplorable habitude de beaucoup de dentistes d'utiliser de mauvaises dents, comme base d'appareils dentaires, occasionne de la gingivite purulente, accompagnée de fétidité de l'haleine. — La *muqueuse des joues* participe également à l'inflammation et prend une coloration blanchâtre, au niveau des molaires. Parfois cette muqueuse épaissie présente des empreintes qui résultent de la pression sur les arcades dentaires. — L'*irritation des glandes salivaires* provoque une salivation exagérée, cette sécrétion peut devenir ultérieurement plus visqueuse et plus lente et lorsqu'elle contient des sels calcaires, ceux-ci peuvent en séjournant dans les canaux excréteurs déterminer la formation de calculs salivaires.

PHARYNX

Pharyngite chronique. — Dans le pharynx, on observe souvent de l'*hyperémie chronique*, résultant de l'irritation provoquée par l'abus des épices, du tabac et de l'alcool, etc. A ces causes locales s'ajoutent encore celles provenant d'une rhinite chronique, c'est ce qui explique la raison pour laquelle on rencontre peu d'adultes dont le pharynx soit normal.

Pharyngite granuleuse hypertrophique et latérale. — On constate fréquemment une légère tuméfaction des piliers en même temps qu'un peu de rougeur à ce niveau ainsi qu'à la face postérieure du pharynx, sans que ces lésions légères déterminent de troubles appréciables. On observe également une dilatation veineuse, des arborisa-

tions vasculaires, plus ou moins considérables, surtout s'il y a une gêne de la circulation abdominale ou des troubles cardiaques. Les follicules lymphatiques participent presque toujours au catarrhe chronique, sous forme de tuméfaction diffuse déterminant des inégalités de la surface de la muqueuse, ou sous forme d'hypertrophies plus circonscrites au niveau de la paroi postérieure et des plis salpingo-pharyngiens (pl. XVIII, fig. 1), c'est la *pharyngite granuleuse hypertrophique et latérale*.

On peut également voir ces follicules entourés d'une muqueuse anémiée, atrophique, inflammatoire; ils sont alors symptomatiques d'une hyperplasie lymphatique.

La syphilis paraît créer, soit au niveau des plaques muqueuses, soit d'une façon générale, une prédisposition particulière aux affections chroniques, surtout épithéliales auxquelles s'ajoutent l'atrophie du tissu conjonctif; c'est ainsi qu'on voit les taches blanchâtres persister pendant des années à la suite d'accidents secondaires et prêter à confusion avec des plaques.

Leucoplasie buccale. — C'est principalement à la partie antérieure de la cavité buccale, sur les bords de la langue, sur sa face antérieure, sur la muqueuse des lèvres et des joues qu'on voit des plaques et des zones plus ou moins épaissies, blanc bleuâtres, blanchâtres ou jaunâtres et qui sont formées par un épithélium hyperplasique et corné (pl. VI, fig. 1). Lorsqu'on enlève les couches cornées il se produit des rhagades douloureuses, sinon il existe peu de troubles subjectifs. L'affection peut devenir grave, d'abord au point de vue psychique en éveillant la syphilophobie, puis lorsque la prolifération épithéliale devient atypique et se transforme en carcinome.

EPIPHARYNX

Dans l'épipharynx le catarrhe chronique s'accompagne constamment de *végétations adénoïdes*, plus ou moins volumineuses. Le diagnostic « catarrhe naso-pharyngien » n'est pas justifié dans la plupart des cas, parce que 90 fois sur 100, l'accumulation de sécrétions et de croûtes à ce niveau y est produite par des affections nasales (pl. XXII, fig. 2; pl. XXIV, fig. 2).

FOSSÉS NASALES

Dans les fosses nasales, on peut observer, mais assez rarement, la desquamation de l'épithélium, à la partie antérieure de la cloison, lorsqu'il y a formation de croûtes dans le nez; l'épithélium se nécrose en effet par la pression des croûtes, très adhérentes à la muqueuse, car ce siège est très favorable à la dessiccation. On peut enlever ces croûtes plus tard, lorsqu'elles sont minces et blanchâtres, avec des pinces, sans déterminer d'hémorragie (pl. XXVII, fig. 3).

Ulcère perforant de la cloison.

On observe rarement cet état anatomique et clinique, car les croûtes sont le plus souvent détachées prématurément par le grattage qui produit alors des hémorragies. Ces croûtes ainsi enlevées par le grattage se reproduisent par la suite, mais à la longue il se forme des ulcérations et parfois même la nécrose du cartilage sous-jacent avec une perforation. De plus, toutes ces ulcérations constituent autant de portes d'entrée possibles pour l'érysipèle ou d'autres infections. Cette affection est connue sous le nom d'ulcère perforant de la cloison.

Le catarrhe chronique du nez est toujours accompagné de l'inflammation du tissu érectile qui réagit facilement à toutes les irritations; cette hyperémie, surtout au niveau des cornets inférieurs, peut échapper à l'attention du malade, pendant un certain temps. Dans les cas légers, la tuméfaction ne se produit que d'un côté alternativement, l'air passant en quantité suffisante par l'autre fosse nasale; mais plus tard pendant le sommeil, la respiration devient uniquement buccale et les malades se plaignent de sécheresse de la gorge au réveil.

Rhinite hypertrophique.

Lorsque l'hyperémie persiste, elle se transforme en hyperplasie qui peut s'étendre à toute la muqueuse ou se localiser à certaines parties. *Les cornets inférieurs*, le plus fréquemment *hypertrophiés*, semblent aussi volumineux que dans l'hyperémie mais ils ne diminuent plus de volume même à la suite de la déplétion sanguine. Pour différencier ces deux états pathologiques, on peut recourir à un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1/0/0; l'hyperémie

simple disparaît tandis que le cornet hypertrophié ne se rétracte pas surtout au niveau de ses extrémités ou de son bord supérieur. Le cas le plus fréquent, consiste en une hypertrophie lisse, rouge, un peu en forme de massue et de renflement aux extrémités (pl. XXVII, fig. 1); hypertrophie à laquelle participent tous les éléments, sauf l'épithélium. Lorsque ce dernier commence à proliférer il se forme d'abord des ondulations à la surface (pl. XXVIII, fig. 2), puis survient un aspect irrégulier, dû à des néoformations papillaires (pl. XXVI, fig. 1) dont le siège de prédilection est à l'extrémité postérieure des cornets inférieurs qui prennent un aspect mûriforme; on les rencontre également sur la tête de ces cornets, sur les cornets moyens (pl. XXVIII, fig. 2), rarement sur la cloison (pl. XXVII, fig. 4) ou sur le plancher des fosses nasales. Selon la prédominance des différentes lésions, on distingue histologiquement des adénomes (pl. XXXV, fig. 1) des adéno et angio fibromes (pl. XXXIII, fig. 1), des fibromes papillaires et fibro-épithéliomes (pl. XXXIX, pl. XL, fig. 1), ainsi que des hystadénomes, produits par l'occlusion des glandes (pl. XXXIV). Toujours on constate une infiltration de cellules rondes autour des glandes et surtout autour des vaisseaux, preuve de l'origine inflammatoire.

Polypes muqueux.

On observe également une prolifération excentrique et concentrique de la paroi des vaisseaux et à un degré tel qu'il survient des troubles circulatoires locaux avec des œdèmes (pl. XXXIII, fig. 2); c'est ainsi que les polypes muqueux (pl. XXVI, fig. 2; pl. XXVIII, fig. 1) sont des fibromes œdémateux; ces petites tumeurs sont constituées par du tissu conjonctif lâche infiltré de sérosité et parfois distendu jusqu'à formation de kystes, contenant des fibres élastiques et des vaisseaux hypertrophiés par l'inflammation et ultérieurement oblitérés (pl. XXXIII, fig. 2).

Cliniquement les polypes se présentent sous l'aspect de tumeurs gris-jaunâtre ou rose pâle, lisses, tantôt isolées et peu volumineuses, siégeant en un point quelconque du méat moyen; tantôt nombreuses et souvent de volume extraordinaire (nous en avons vu jusqu'à 120 dans un nez et parmi eux le plus gros pesait 28 grammes), et reconnais-

sant comme point de départ le cornet moyen ou supérieur, parfois le sinus.

Il est exceptionnel de ne constater, après leur disparition, aucune autre lésion des fosses nasales qu'une atrophie du squelette déterminée par leur pression: c'est ce qu'on observe chez les personnes âgées. Au contraire, il est de règle qu'ils soient symptomatiques de l'irritation causée par une inflammation locale profonde qu'il faut rechercher dans tous les cas, car la persistance de cette affection causale explique les récives même après leur extirpation en apparence complète, et peut faire croire à une guérison impossible. Dans certains cas la guérison d'une sinusite peut suffire pour enrayer la marche de ces polypes; d'autres fois, au contraire, le processus ayant gagné le périoste ou l'os sous-jacent, il faut absolument gratter toutes ces régions malades pour faire disparaître tous les accidents. La cause sera plus difficile à trouver si les polypes ont leur point de départ au niveau de la muqueuse ou du périoste d'un sinus; il est vrai qu'alors ce sont en général des tumeurs qui ne franchissent pas les limites des cavités sinuses, surtout des grandes et qu'ils constituent une découverte au cours d'une intervention ou d'une autopsie.

Kystes.

Dans la muqueuse des sinus on peut rencontrer des kystes provenant rarement de dilatations glandulaires; le plus souvent il s'agit de fentes lymphatiques contenant un épanchement séreux; leur enveloppe mince, composée d'une mince couche de tissu conjonctif avec de l'épithélium plat correspond à la membrane très mince, inséparable du périoste qui tapisse les sinus. Ils peuvent à la longue produire l'atrophie de l'os par compression et distension des parois, et réalisent alors l'*hydropisie* de l'antre d'Highmore. ®

Dans les fosses nasales, on ne connaît que les kystes muqueux contenus dans les tumeurs et résultant de dilatations glandulaires (pl. XXXIV), ou d'un ramollissement du tissu polypeux œdémateux; le contenu est ambré et tellement visqueux qu'on ne peut que difficilement le distinguer des polypes.

2. — LÉSIONS ATROPHIQUES

Nous venons de voir une des réactions de la muqueuse naso-bucco-pharyngée vis-à-vis l'inflammation chronique : la *forme hypertrophique*. Il est des cas où elle aboutit à la *forme atrophique*.

Elle s'observe déjà dans la cavité buccale ; en effet la sécheresse anormale de la muqueuse est due non-seulement à la respiration buccale, mais aussi à la persistance de catarrhes secondaires, surtout à l'atrophie des glandes muqueuses et salivaires. Il faut tenir compte aussi d'un élément nécessaire à cette transformation : l'hyponutrition de la muqueuse, congénitale ou acquise dans l'enfance. L'atrophie de la muqueuse apparaissant à un âge avancé et donnant lieu à de la sécheresse doit faire examiner minutieusement l'état général, et surtout rechercher le diabète.

Dans la *bouche*, l'atrophie de la muqueuse détermine peu de troubles objectifs. Il n'en est pas de même dans le *pharynx* : la muqueuse de la face postérieure présente des reflets allongés, en forme de stries, produits par les plis de la muqueuse atrophiee ; à un degré plus accentué le voile du palais et la luette paraissent aussi plus amincis. C'est surtout dans les *fosses nasales* que l'on observe l'atrophie complète lorsque la muqueuse ne recouvre plus absolument que le squelette. Le cornet inférieur rétracté, on aperçoit l'épipharynx à travers le méat inférieur, de même au-dessus du cornet moyen on distingue le cornet supérieur et même la voûte des fosses nasales.

B. — AFFECTIONS LOCALES

Toute muqueuse pathologique présente avant tout des *anomalies de sécrétion* ; nous verrons donc dans les régions qui nous occupent des sécrétions anormales quantitativement et qualitativement et l'on observe toutes les transitions depuis les sécrétions aqueuses, les mucosités claires, filantes ou grisâtres ; les mucosités épaisses, gris-jaunâtres, verdâtres jusqu'aux matières purulentes concrétées ou au pus jaune ou verdâtre ; on trouvera en outre des croûtes plus ou moins épaisses, parfois teintées de sang qui en modifient la couleur de façon variable. Lorsque les sécrétions stagnent, ainsi que le fait se produit dans les fosses nasales atrophiees,

il se forme des croûtes d'odeur fétide qui ont fait donner à plusieurs états pathologiques le nom collectif d'« ozène ». Pour découvrir la véritable origine des sécrétions pathologiques et surtout pour instituer un traitement rationnel, il est nécessaire de distinguer les catarrhes diffus ou localisés. En effet les fosses nasales peuvent servir de déversoir en quelque sorte et de lieu de passage à toutes les sécrétions des cavités voisines ; il faudra donc, avant de pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'un catarrhe nasal diffus, s'être rendu compte qu'il n'existe pas une affection isolée qui pourrait constituer la véritable source.

Nous allons successivement étudier ces affections localisées.

EPIPHARYNX

Les sécrétions du pharynx buccal proviennent souvent de l'épipharynx, au cours d'affections du rhino-pharynx consécutives à des rhinites chroniques ; on les aperçoit sur le plancher des fosses nasales sous forme de mucosités, plus ou moins épaisses, alors que tout le reste des fosses nasales est absolument libre et sec. L'examen complémentaire qui s'impose est la rhinoscopie postérieure qui ne doit jamais être omise en pareil cas. Lorsqu'on ne trouve rien dans le pharynx, libre, et que la sécrétion persiste, il faut chercher plus loin.

VESTIBULE DU NEZ

Au niveau de l'orifice des fosses nasales, les sécrétions se dessèchent fréquemment et forment des croûtes ; rarement elles proviennent d'une inflammation vestibulaire ; le plus souvent elles ont leur source en un point plus éloigné et c'est seulement aux orifices narinaux qu'elles se dessèchent. La conséquence qui résulte de ce fait est l'infection des glandes sébacées des vibrisses, infection chronique et récidivante. Un traitement local s'impose ; il faut d'abord ramollir les croûtes adhérentes par de petits tampons d'ouate imbibés d'huile de vaseline ; les follicules suppurés, les pustules d'acné ou les furoncles, les abcès seront incisés, enfin l'eczéma des narines sera traité par des applications de pommade afin de prévenir la réinfection.

Les affections des racines des incisives sont rarement une cause d'abcès du plancher des fosses nasales ; on y songera seulement en l'absence de folliculite.

MÉATS NASAUX

Les méats, qui servent très souvent de réservoirs aux sécrétions des cavités de voisinage, peuvent aussi être atteints pour leur propre compte.

Dans le méat inférieur se déversent et peuvent se collecter les sécrétions du canal naso-lacrymal et des conjonctivites, mais comme ces troubles oculaires et lacrymaux sont souvent secondaires à des affections nasales, on ne pourra admettre l'origine purement oculaire que si l'œil étant manifestement malade, la muqueuse du méat, au voisinage de l'orifice naso-lacrymal, est indemne. Lorsque de grandes quantités de muco-pus, sécrétées par l'amygdale pharyngée enflammée, provoquent une hypertrophie consécutive du cornet inférieur, on peut observer l'occlusion du méat et une accumulation de sécrétions; la persistance ou la cessation de ces troubles après l'ablation de l'amygdale pharyngée indiquent bien l'origine de ces sécrétions catarrhales. Cependant elles peuvent encore être fournies par un sinus, surtout le sinus maxillaire ou le sinus sphénoïdal dont l'écoulement n'apparaît souvent que sur le plancher des fosses nasales. Le pus du sinus maxillaire est ordinairement plus filant et abondant, celui du sinus sphénoïdal tend à se dessécher et à former des croûtes; de plus tandis que les sécrétions du sinus maxillaire s'étalent sur les faces supérieure et interne du cornet inférieur en formant une large nappe, les sécrétions du sinus sphénoïdal s'écoulent le long de la cloison jusqu'au niveau du plancher; on se basera enfin pour la recherche du sinus en cause en isolant par un tampon le point d'origine supposé malade.

Les troubles subjectifs dans les maladies du méat inférieur sont rarement très marqués et caractérisés par des élancements dans le maxillaire supérieur et des douleurs frontales. Ils sont plus intenses dans les inflammations chroniques, beaucoup plus rares, des méats moyen et supérieur; dans ce cas les sécrétions s'étalent sur la face externe ou la face interne du cornet moyen. Ces catarrhes chroniques sont dus à la persistance d'un catarrhe aigu s'accompagnant de tuméfaction du cornet avec rétention.

Objectivement on constate une hypertrophie des cornets: elle frappe d'abord la tête du cornet inférieur, puis se dif-

fuse à la totalité de l'organe. Les autres cornets sont atteints par le même processus (pl. XXIX, fig. 2). Quant aux sièges de prédilection où se collectent les sécrétions c'est au-dessous du cornet inférieur, puis au niveau du méat moyen, entre la paroi externe des fosses nasales et la cloison un peu en arrière au-dessous du point d'inflexion du cornet moyen ou encore entre les cornets moyen et supérieur. Comme la suppuration des méats est entretenue par la rétention, il faut les découvrir largement, pour amener la guérison; la résection des têtes de cornets hypertrophiés est toujours indiquée; il sera parfois nécessaire d'étendre plus loin la turbinotomie.

SINUSITES MAXILLAIRES

De toutes les cavités annexes des fosses nasales, ce sont les sinus maxillaires qui sont le plus souvent malades, et c'est à tort que l'on s'imagine que l'empyème de l'antre d'Highmore est une affection aussi rare que grave. En effet dans les violentes inflammations catarrhales aiguës, les sinus sont très souvent intéressés, mais il ne faut pas cependant exagérer et rapporter à ces cavités chaque douleur qui s'irradie dans les dents ou dans le front; la tuméfaction des téguments sous-orbitaires et une expectoration purulente, périodique et abondante devra les faire suspecter. Le diagnostic ne sera cependant assuré que par la ponction exploratrice; ponction, suivie de lavage, qui pourra suffire pour amener la guérison, si la suppuration n'est pas d'origine dentaire. Nous avons déjà signalé la fréquence des sinusites maxillaires chroniques, assertion justifiée, par le résultat des autopsies. La sinusite maxillaire étant le plus souvent une affection bénigne peut être découverte sur un malade chez lequel on avait porté le diagnostic de catarrhe nasal chronique; en effet l'écoulement persistant de pus ne peut provenir que de cavités ou réservoirs et parmi eux on doit penser le plus souvent aux sinus maxillaires, surtout dans le cas où les sécrétions sont surtout muqueuses. Enfin en présence d'expectoration, surtout matinales, de sécrétions visqueuses, muco-purulentes, on devra songer à l'hypothèse d'une sinusite maxillaire.

Une conséquence fréquente de ces sinusites chroniques, est la rhinite hypertrophique. Quelle est la proportion d'hyperémies chroniques et d'hyperplasies vraies du cornet in-

férier, déterminées par une sinusite maxillaire ? il est difficile de le dire, mais il y a quelques particularités qui peuvent y faire penser, c'est un *épaississement persistant de la face supérieure du cornet*, et qui est plus fréquent que l'épaississement de la lèvre inférieure de l'hiatus maxillaire (pl. XXVII, fig. 5). Les sinusites catarrhales, muco-purulentes ou purulentes fétides, sont relativement plus rares que les sinusites catarrhales muqueuses, mais il ne faut pas croire qu'à une forme grave correspondent des symptômes très intenses. En effet, il peut exister des suppurations profuses, fétides, sans la moindre douleur tandis qu'on peut observer toute une symptomatologie nasale des plus complètes dans des cas de catarrhe bénin, dont l'existence était même niée par les malades. Sans fixer de délimitation nette entre les différentes formes et degrés de la sécrétion, il faut cependant distinguer les sinusites catarrhales muqueuses, muco-purulentes, pyo-muqueuses et purulentes, les deuxième et troisième formes étant les plus fréquentes.

Nous avons déjà indiqué les lésions secondaires que l'on observe dans les fosses nasales, spécialement au niveau du cornet inférieur, mais le cornet moyen qui délimite l'hiatus en haut est également atteint ; on observe assez fréquemment une hyperplasie de la muqueuse qui peut aller jusqu'à la formation de polypes. A la suite de cautérisation ou d'infection, il peut apparaître des ulcérations de la lèvre inférieure de l'hiatus ou même de la paroi latérale du cornet moyen, intéressant également la paroi osseuse.

La muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire est toujours transformée, très épaissie, œdématisée, présentant de petits polypes qui peuvent augmenter de volume ou se multiplier jusqu'à remplir totalement la cavité. Il peut également se former des kystes et autrefois ces derniers, qui n'étaient pas traités en temps opportun, pouvaient prendre une telle extension que finalement la paroi antérieure ou inférieure subissait un ramollissement et une distension d'où l'hydropisie de l'autre d'Highmore ; l'os aminci et saillant donnait au doigt une sensation de crépitation parcheminée. On peut confondre cette lésion avec les kystes proprement dits du maxillaire d'origine dentaire, l'intervention seule fera découvrir l'erreur de diagnostic.

La suppuration continue a aussi pour effet la *destruction de la muqueuse* de revêtement du sinus ; elle peut présenter

des ulcérations avec dénudation osseuse, parfois même on observe la destruction complète de certaines parties de la paroi, surtout au cours de l'opération.

Le diagnostic de la sinusite maxillaire repose, en premier lieu, sur la constatation de sécrétion anormale ; il faut y penser quand la rhinoscopie montre la présence de mucosités au fond des fosses nasales, dans le méat moyen, surtout lorsqu'elles sont purulentes. Si après nettoyage minutieux, l'écoulement de pus continue à ce niveau, le doute devient presque certitude. Mais il faut savoir que dans le méat moyen, s'abouchent également le sinus frontal et quelques cellules ethmoïdales moyennes ; le premier tout à fait à la partie antérieure, les secondes en dedans. La ponction exploratrice suivie d'une insufflation ou de lavage donnera une certitude absolue. Lorsque l'écoulement n'est pas très abondant, il faut faire un tamponnement provisoire pour accumuler le pus en quantité appréciable ; on enfonce un gros tampon d'ouate dans le méat moyen et en arrière ; pour rechercher l'écoulement provenant du sinus frontal on placera un second tampon devant l'hiatus semi-lunaire ; puis selon le point où le pus se collectera sur le tampon on pourra déduire l'origine de la suppuration.

La ponction exploratrice donne en général un diagnostic de certitude, parfois cependant le résultat peut être douteux, mais avant de dire qu'il est négatif, on peut supposer que le sinus était vide à la suite d'un écoulement abondant, il est alors nécessaire de faire deux et trois ponctions pour obtenir un diagnostic de certitude.

Parfois la ponction donne un exsudat séreux, clair ou ambré, s'écoulant soit goutte à goutte, soit en plus grande quantité, soit seulement après insufflation d'air dans le trocart, ce fait indique avec certitude l'existence de kystes dans le sinus et rend le pronostic plus mauvais.

Ce procédé d'exploration et de diagnostic n'est indispensable que s'il existe des troubles subjectifs intenses ; on s'abstiendra dans un grand nombre de cas douteux d'assurer le diagnostic par ce procédé parce que ni cette intervention, ni la gêne qui en résulte ne sont proportionnelles à la gravité de l'affection.

On se rend compte de la grande fréquence des sinusites maxillaires si l'on songe : 1° à la situation du sinus dans lequel se propage facilement l'infection par le cornet inférieur ; 2° à la situation élevée de l'orifice au-dessus du niveau

du plancher du sinus (alors que les orifices des autres sinus sont situés au point le plus déclive). Cette fréquence est encore augmentée par le voisinage de lésions organiques voisines, affections dentaires en particulier, l'infection partant de la pulpe et gagnant le sinus par voie lymphatique. Inversement les sinusites peuvent déterminer de la périodontite de la racine, ce qui constitue un cercle vicieux, car l'inflammation du sinus se trouve entretenue même après la suppression des autres causes.

En pareil cas, la première indication thérapeutique est d'extraire les dents malades, car la ponction n'est pas nécessaire pour assurer le diagnostic; la guérison d'une sinusite catarrhale rebelle s'observe souvent et en peu de temps sans autre traitement. Malheureusement dans les formes purulentes et en général dans toutes les sinusites accompagnées de troubles graves il n'en est pas ainsi et l'on doit ouvrir le sinus maxillaire, en particulier par le rebord alvéolaire. On sait en effet que les alvéoles de la deuxième prémolaire et de la première molaire affleurent le plancher du sinus (fig. 3) tandis que les alvéoles de la première prémolaire ou de la deuxième molaire sont situées à une certaine distance. Lorsque l'une de ces deux dents est malade, on utilisera leur alvéole pour pénétrer dans le



Fig. 13. — Trocart pour la perforation du sinus.

sinus; dans ce but on emploie un trocart pour perforer avec plus de facilité la couche osseuse (fig. 13).

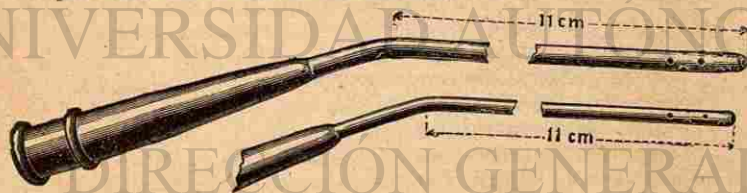


Fig. 14. — Canules pour lavage du sinus sphénoïdal.

On ne tamponnera l'orifice avec de la gaze iodoformée que pendant un à deux jours, puis on introduira une ca-

nule (fig. 14) à laquelle on ajustera l'extrémité d'un tube de caoutchouc terminé par une poire. Avec cet appareil le malade s'injectera deux à trois fois par jour une solution tiède aseptique alcaline.

Ce procédé de traitement bénin ne donne de succès que si la paroi du sinus ne présente pas de graves lésions. Dans le cas contraire, ainsi dans les catarrhes purulents sans



Fig. 15. — Canule pour lavage du sinus maxillaire.

affection dentaire, s'il y a des polypes ou un kyste, ou si après deux et trois semaines de lavages alvéolaires inefficaces, il faut ouvrir plus largement le sinus et sous chloroforme.

On badigeonne la gencive avec une solution de cocaïne au 10^e et l'on place un gros tampon entre les dents et la joue, très en arrière; un écarteur (fig. 4) découvre le champ opératoire. On incise alors d'un coup de bistouri au-dessus de la deuxième molaire le pli muqueux qui se tend en relevant la lèvre supérieure; on rugine le périoste en haut et on place un écarteur à griffes, à branches verticales très longues pour écarter le lambeau périosté-muqueux (fig. 16).

Si les dents de cet écarteur n'étaient pas suffisamment longues, elles seraient insuffisantes pour soulever les parties mobilisées à cause de l'épaisseur de la lèvre supérieure. La paroi antérieure du sinus maxillaire est alors à nu. On la trépane avec un ciseau (fig. 17) et on détache aux dépens de la fosse canine un carré osseux, qu'on retire avec des pinces. Lorsqu'il échappe en pénétrant dans la cavité sinusale on le retire ultérieurement soit avec une mèche de gaze pénétrant dans



Fig. 16. — Ecarteur

la cavité, soit avec un instrument et sous le contrôle d'un éclairage direct. On tamponne rapidement le sinus pour faire l'hémostase, puis on explore la cavité avec le stylet pour en examiner le contenu. Les polypes et les fongosités seront enlevés avec l'anse, la pince ou la curette; on gratte la muqueuse friable et les points osseux dénudés particulièrement au niveau de la paroi inférieure. On termine enfin par le tamponnement du sinus bien cureté avec une bande de gaze iodiformée d'environ un mètre de long. Retirant ensuite l'écarteur, le lambeau périosto-muqueux se trouve libre; on le mobilise latéralement par deux incisions verticales partant de chaque angle de la plaie et dirigées en haut; puis on le fixe avec un nouveau et court tampon de gaze au niveau du bord supérieur de la brèche osseuse; on place une autre mèche de gaze dans l'angle postérieur de la plaie, là où la muqueuse forme une poche. Au bout de deux à trois jours, on retire la mèche sinusale, les autres tampons ayant été changés dans l'intervalle. On inspecte encore à nouveau la cavité du sinus avec un miroir frontal et on enlève les corps étrangers qui peuvent encore s'y trouver, tels que polypes, esquilles osseuses, etc... Après réunion et adhérence du lambeau muqueux au bord supérieur de la brèche, on fera des lavages deux à trois fois par jour; aucune médication interne ne peut abrégier la durée du traitement. Ordinairement, dans les cas très graves avec dégénérescence complète de la muqueuse du sinus, il faut que la cavité sinusienne diminue jusqu'à être réduite à son minimum pour obtenir la guérison; dans les cas légers, au contraire, surtout dans les cas de suppuration fétide, l'écoulement est tari parfois en une à trois semaines, plus souvent au bout de un à trois mois.

L'opération radicale n'est indiquée que si l'orifice du sinus



Fig. 17. — Ciseau pour la trépanation.

est situé très haut et si l'eau du lavage ne peut s'écouler, s'il existe des lésions osseuses très marquées. Dans ce cas, après avoir ouvert largement le sinus on enlève la plus grande partie de sa paroi antérieure et on fait sauter la paroi externe de la fosse nasale correspondante, puis on invagine la muqueuse du nez dans le sinus pour établir une communication facile entre le sinus et le nez. On introduit enfin une mèche par le nez et on la laisse jusqu'à la réunion du lambeau muqueux.

SINUSITES ETHMOIDALES

Les cellules ethmoïdales sont ordinairement atteintes au cours des infections générales, le plus souvent dans l'influenza. La tuméfaction de la muqueuse et sa prolifération en obstruant les orifices des cellules provoquent la rétention du pus. A l'état aigu on peut favoriser la marche de l'affection en cathétérissant prudemment les méats moyen et supérieur, mais il ne faut jamais essayer de pénétrer dans les cellules elles-mêmes.

La suppuration chronique s'accompagne ordinairement de troubles intenses qui augmentent avec la rétention du pus, et alternent avec des rémissions indolores, accompagnées d'écoulement abondant; celui-ci peut être profus, mais en général, il est modéré. Dans certains cas, on peut observer de la sensibilité à la pression, au niveau de l'os lacrymal.

Il n'est pas rare de voir un arrêt dans l'écoulement par occlusion des orifices, comme nous l'avons déjà signalé, dans ce cas il se forme un empyème vrai; les parois osseuses amincies se distendent, se ramollissent et il se constitue une cavité plus grande. Lorsque celle-ci pointe au dehors, elle détermine une saillie dans l'angle interne de l'œil avec refoulement du globe en dehors, et parfois un abcès de l'orbite.

L'ethmoïdite isolée n'est pas fréquente, plus souvent elle accompagne les sinusites maxillaire et frontale, aussi le diagnostic différentiel en est-il difficile.

A la rhinoscopie on constate un aspect assez caractéristique dans les cas bien tranchés; ce sont des modifications d'aspect du cornet moyen qui n'est en somme qu'un appendice de l'ethmoïde; la tête du cornet présente des saillies irrégulières dues à la tuméfaction de la muqueuse et au

gonflement de l'os ; plus tard elle devient friable, lacunaire lorsque l'os est ramolli ou carié. Enfin il est des cas où l'on n'aperçoit qu'un amas plus ou moins considérable de polypes baignant dans le pus.

Pour diagnostiquer l'ethmoïdite il faut se baser, en dehors de l'examen objectif, sur les résultats fournis par le cathétérisme qui doit démontrer que le pus provient réellement de cavités de la partie supérieure du cornet moyen. En effet les cellules ethmoïdales antérieures et moyennes s'évacuent dans le méat moyen et c'est par là qu'on doit les explorer ; les cellules postérieures s'ouvrent dans le méat supérieur, au-dessus et en arrière du cornet moyen.

Comme les sinus maxillaire et frontal se vident également dans le méat moyen, il faut ou bien exclure la participation de ces sinus, ou si elle existe évacuer leur contenu de telle sorte qu'il ne puisse y avoir de confusion. Donc pour le sinus maxillaire un lavage par le trocart, pour le sinus frontal un lavage par l'orifice, ce qui est plus facile en théorie qu'en pratique ; en effet, très fréquemment une intervention seule peut permettre de vider le sinus frontal. De plus la cellule ethmoïdale antérieure par sa situation élevée et par sa grande dimension peut être prise pour le sinus frontal ; mais comme dans ce cas toutes ces cavités sont atteintes simultanément il n'y a aucun inconvénient à ne pas faire un diagnostic très exact pourvu que pendant l'intervention on mette à nu largement toutes ces cavités.

On confond facilement l'ethmoïdite postérieure avec la sphénoïdite. Quoiqu'il soit relativement facile d'explorer ce sinus avec le stylet, il peut être parfois impossible de voir si le pus provient réellement de ce sinus ou d'un autre, lorsque le cornet moyen est au contact de la cloison. Dans ce cas, et en général dans tous les cas douteux il ne faut pas hésiter à réséquer la tête du cornet moyen ou le cornet en totalité, car c'est le seul traitement rationnel. On voit ensuite facilement les cellules ethmoïdales et l'orifice du sinus sphénoïdal (pl. XXVIII, fig 4).



Fig. 18. — Pince coupante.

Outre cette intervention, il faut encore enlever les parois antérieures et inférieures des cellules malades jusqu'à la cessation de la rétention du pus. Dans ce but on emploie principalement la pince

coupante (fig. 18) et des curettes appropriées ; presque toujours ces interventions intranasales suffiront.

Dans les cas très graves seulement l'intervention par la voie externe sera indiquée. On pratique une incision curviligne immédiatement au-dessous et parallèlement au sourcil, partant du milieu du sourcil pour gagner la racine du nez où elle s'infléchit pour aller jusqu'au milieu de l'os nasal et se terminer à l'angle interne de l'œil (fig. 19). Au

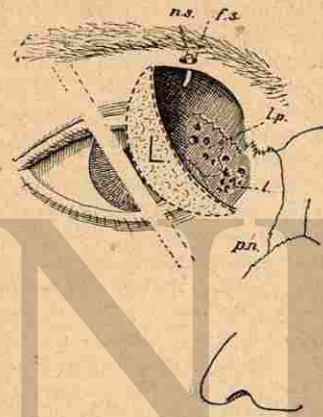


Fig. 19. — Ouverture du sinus frontal.

cours de l'incision périostée, on ménage le nerf sus-orbitaire (n. o.), il peut même être nécessaire de le récliner, après avoir fait sauter prudemment le pont osseux qui recouvre le trou sus-orbitaire (f. s.), ou s'il n'existe qu'un sillon, en incisant le tissu fibreux qui le recouvre. On détache avec une rugine tout le lambeau avec son périoste et comme on ne rencontre que des vaisseaux cutanés cette intervention se fera sans hémorrhagie et découvrira une grande partie de la paroi interne de l'orbite (l. p., lame papyracée. L. lambeau récliné). L'os lacrymal (l.) est le plus facilement accessible, en le trépanant avec un ciseau en dedans et en bas ou en arrière on parvient facilement dans les cellules ethmoïdales.

(Afin de mieux s'orienter et pour démontrer qu'il est possible de pénétrer ainsi dans le sinus frontal, l'apophyse

montante du maxillaire supérieur (*p. n.*) qui ne se trouve pas découverte par l'incision, la suture naso-maxillaire et fronto-nasale sont mises à nu dans la figure).

L'appareil lacrymal n'est pas intéressé au cours de cette intervention.

Lorsqu'il existe une sinusite frontale simultanée, on commencera par ouvrir le frontal, puis l'ethmoïde.

Il faut encore rappeler que des ethmoïdites suppurées peuvent survenir comme symptômes d'autres affections voisines; c'est ainsi qu'on a vu des abcès de l'orbite, des sinusites frontales, des sinusites sphénoïdales, des abcès du lobe frontal et même des abcès otitiques du lobe temporal se frayer une voie par l'ethmoïde.

SINUSITE SPHÉNOÏDALE

Le sinus sphénoïdal ne possède à l'état normal qu'un orifice situé entre la cloison et le cornet moyen ou supérieur. Très grand sur le squelette cet orifice est extrêmement petit sur l'os revêtu de ses parties molles, disposition qui explique la facilité de la rétention purulente lorsque la muqueuse est tuméfiée.

Les sphénoïdites aiguës sont plus fréquentes qu'on ne le suppose; elles se dissimulent derrière un violent coryza accompagné de forte céphalalgie et même de délire avec vertige; elles guérissent spontanément, et il est très rare qu'elles nécessitent une intervention, en particulier le cathétérisme.

Lorsque la sphénoïdite passe à l'état chronique, soit catarrhale, soit suppurée, le pronostic est plus grave car outre les lésions hypertrophiques et atrophiques de la muqueuse de revêtement, la carie et les perforations osseuses ne sont pas rares. Le pus qui est peu abondant se concrète, se dessèche et se transforme souvent en croûtes, surtout au niveau du bord postérieur du vomer, sur le dos du voile du palais et à la partie postérieure du plancher des fosses nasales (pl. XXII, fig. 2). Dans d'autres cas il chemine sur le côté interne du méat moyen, le long de la cloison. Mais comme la plupart des sphénoïdites suppurées sont compliquées d'autres sinusites, en particulier ethmoïdales, l'écoulement seul ne peut pas fixer le diagnostic: il faut rechercher le pus dans le sinus lui-même, au niveau de son orifice, pour différencier cette sinusite d'une ethmoïdite.

Les symptômes de la sinusite sphénoïdale ne diffèrent pas énormément de ceux des autres sinusites; ils sont caractérisés par de violents maux de tête qui peuvent toutefois faire défaut, une douleur au niveau du vertex et des vertiges. Dans les cas graves, on observe des troubles dans le territoire du ganglion sphéno-palatin et du nerf optique (névrite et atrophie du nerf). La tuméfaction de la partie supérieure de la cloison devra attirer l'attention du côté du sinus sphénoïdal; c'est à peine en effet si on constate d'autres symptômes secondaires du côté des fosses nasales.

Il est donc nécessaire de pratiquer une exploration pour assurer le diagnostic. On cathétérise le sinus avec un stylet dirigé en arrière le long du cornet moyen et de la cloison; en suivant cette direction on atteint la paroi antérieure du sinus à une distance de 8 centimètres $\frac{1}{2}$ chez l'homme, 7 centimètres $\frac{1}{2}$ chez la femme, à compter du bord de la lèvre supérieure et de la cloison. Comme l'orifice du sinus présente en général une situation latérale, en dehors de la ligne médiane, il faut tourner l'extrémité antérieure du stylet un peu en dehors. On peut être certain d'avoir pénétré dans le sinus si le stylet ne peut pas descendre lorsque l'on cherche à l'abaisser; placé dans le recessus il glisserait obliquement en bas. Le cathétérisme permet de reconnaître si l'os est rugueux, dénudé ou si la muqueuse est tuméfiée. Quant à la recherche du pus elle est simplifiée lorsqu'on le voit s'écouler à côté du stylet, sinon il faut faire un lavage avec la canule sphénoïdale (fig. 13) la tête étant très penchée en avant, on évacue ainsi le liquide contenu dans le sinus.

Dans le traitement de la sinusite chronique on ne doit jamais s'attarder aux lavages; il faut au contraire mettre à nu le sinus en enlevant ses parois antérieure et inférieure. En bas il n'y a aucun danger à craindre et l'on peut agrandir la brèche soit avec une petite curette (fig. 11), soit avec la pince (fig. 20).

Lorsque le cornet moyen est très saillant, il faut d'abord le réséquer mais il n'est pas toujours nécessaire de recourir à cette intervention. La trépanation du sinus par voie externe, c'est-à-dire par voie orbito-ethmoïdale est absolu-



Fig. 20. — Pince.

ment inutile, car l'intervention par voie nasale suffit et ne produit pas autant de délabrements (pl. XXVIII, fig. 4).

SINUSITE FRONTALE

On croit généralement la sinusite frontale très fréquente, en réalité elle est assez rare. En effet beaucoup de suppurations nasales s'accompagnent de céphalalgie frontale, mais ce symptôme ne correspond pas toujours à une sinusite. Avec son orifice large et déclive le sinus n'est pas facilement atteint, mais par contre lorsqu'il est touché la guérison spontanée est rare : 1° en raison des recessus dont le niveau peut être inférieur à celui de l'orifice, 2° de l'obstruction du canal excréteur. Plus encore que le sinus sphénoïdal et le sinus maxillaire, le frontal représente le type de la cavité à parois rigides et inextensibles et les chirurgiens connaissent sa résistance aux traitements doux et modérés.

Le plus souvent la sinusite frontale est associée aux suppurations voisines : ethmoïdites et sinusites maxillaires ; en effet : d'une part, les cellules ethmoïdales antérieures forment au sinus frontal une sorte de vestibule ; d'autre part, l'infundibulum s'ouvre si largement dans la direction du sinus maxillaire que le pus du premier s'écoule directement dans ce dernier.

Il est beaucoup plus facile d'exclure la sinusite que de la constater. On peut en effet l'éliminer avec certitude lorsque certaines régions du nez sont normales et sèches : la fente olfactive, la fissure nasale antérieure, l'espace compris entre la cloison, la tête du cornet moyen et la paroi externe de la fosse nasale externe (apophyse nasale du maxillaire supérieur) et surtout si l'on aperçoit directement l'orifice du canal naso-frontal. Cependant la présence du pus qui stagne ou son apparition à ce niveau peut provenir des cellules ethmoïdales antérieures et même du sinus maxillaire lorsque le cornet moyen est au contact de la cloison et forme un espace capillaire par lequel le pus s'évacue en haut.

Il existe rarement des *symptômes* très caractéristiques, cependant nous avons souvent observé une douleur occipitale. La sensibilité à la pression au niveau du trou sus-orbitaire se rencontre aussi bien dans les sinusites maxillaires et la douleur à la pression ou à la percussion au niveau de la paroi antérieure du sinus ne s'observe que dans les cas

graves ou nettement caractérisés. Il est impossible de se baser sur les résultats fournis par l'éclairage par transparence, car la configuration anatomique du sinus est très variable ; l'épaisseur des parois pouvant varier de l'épaisseur d'une lamelle transparente jusqu'à celle d'un centimètre ; de même les dimensions du sinus, pouvant atteindre le volume d'une noix et être réduites à celles d'un pois, si même la cavité ne fait pas défaut.

Par conséquent en présence d'un écoulement purulent et continu à la partie antérieure des fosses nasales, faisant suspecter une sinusite frontale, il ne reste pour faire le diagnostic qu'à rechercher le pus dans le sinus même. Dans ce but on fait le cathétérisme à l'aide d'une sonde que l'on recourbe en arc de cercle, à trois ou quatre centimètres de son extrémité antérieure, et on la dirige doucement en avant et en haut dans l'infundibulum préalablement anesthésié à la cocaïne ou dans l'orifice du sinus frontal qui est rarement visible. Dans un tiers des cas seulement on peut espérer par ce procédé pénétrer dans le sinus. On vérifie l'exactitude de cette exploration en mesurant la longueur de la partie du cathéter (fig. 21) qui a été introduite dans le



Fig. 21. — Cathéter pour le sinus frontal.

sinus ; dans les cas douteux, la situation de la sonde peut être contrôlée à l'aide des rayons Röntgen. Si on voit le pus s'écouler à côté de la sonde, le diagnostic est assuré ; s'il est impossible de pénétrer dans le sinus, on enfonce la canule frontale (fig. 20) dans l'infundibulum ou dans l'orifice frontal et une insufflation d'air avec la poire fera s'écouler du pus s'il en existe. Pour s'assurer qu'il provient bien réellement du sinus, on injecte par la canule une solution froide d'eau phéniquée au centième et, si le malade accuse une sensation nette au-dessus de l'arcade sourcilière on peut être certain d'avoir pénétré dans le sinus frontal.

Un autre moyen de diagnostic, et qui sert surtout à dif-

férencier la sinusite frontale d'une sinusite maxillaire associée, consiste dans l'examen du méat moyen. Lorsque, après nettoyage complet de ce méat, le pus est remplacé par des mucosités provenant de la partie supérieure, celles-ci ne peuvent venir que du sinus frontal.

Lorsque le diagnostic, en se basant sur les signes fournis par la rhinoscopie, et en particulier l'examen du méat moyen est impossible, lorsque, de plus, les symptômes sont douteux, enfin et surtout lorsque l'apparition de phénomènes graves nécessite un diagnostic rapide, l'ouverture exploratrice du sinus, par voie externe, peut être proposée; nous ne conseillons pas, en effet, cette ponction exploratrice par voie nasale, au niveau de la paroi inférieure. Si le résultat de l'exploration est positif, on pourra immédiatement opérer.

La technique opératoire est la suivante :

On fait une incision verticale dans le pli cutané formé par le sourcilier, tout près de la ligne médiane; il n'est pas nécessaire qu'elle soit plus longue que ce pli, c'est-à-dire elle ne doit pas atteindre plus de un centimètre et demi environ. Lorsque les plis frontaux manquent, on pourra pratiquer l'incision parallèlement au bord supérieur du sourcil. Après avoir ruginé le périoste, on trépane en dedans, sur une petite surface et prudemment jusqu'à ce que l'on soit certain d'avoir pénétré dans le sinus; la muqueuse mince est facile à refouler, contrairement à la dure-mère qui est plus résistante; cependant il faut savoir qu'elle peut également présenter des battements comme cette dernière. On s'oriente alors dans le sinus avec un stylet puis on explore la cloison intersinusienne, qui, parfois, en raison de sa situation très variable, a pu être ouverte. Si l'orifice du canal naso-frontal est obstrué par des fongosités, on l'agrandit à la curette. Toute la cavité du sinus est nettoyée, muqueuse et os malade sont enlevés, soit à la curette, soit avec des pinces coupantes. Lorsque le sinus saigne assez abondamment, on empêche le sang de descendre dans les voies respiratoires en tamponnant provisoirement l'orifice du sinus, ce qui évite d'opérer la tête déclive. La cavité étant absolument nettoyée, toutes les anfractuosités ayant été explorées, on pratique un tamponnement et on suture la plaie en laissant une ouverture pour les soins consécutifs. Le traitement post-opératoire commence trois jours plus tard lorsqu'on a enlevé la mèche sinusale; et consiste en

lavages de la cavité avec de petites canules (fig. 14) qui sont introduites dans le sinus seulement et non dans le canal naso-frontal. Au bout d'une dizaine de jours, le malade pourra faire ses lavages lui-même car à ce moment une fistule se sera constituée. Les lavages sont faits avec une solution bouillie alcaline. Comme pansements, on recouvre l'orifice de la fistule avec un tampon d'ouate et une petite compresse.

Il faut employer d'autres procédés opératoires : 1° lorsque le canal naso-frontal est rétréci, soit primitivement, soit consécutivement à des lésions pathologiques; 2° lorsque les parois du sinus sont atteintes d'ostéite au point de ne pouvoir plus espérer la *restitutio ad integrum*. Dans le premier cas on élargira le canal naso-frontal dans la direction du nez; dans le second, on supprimera la cavité sinusienne.

Pour élargir le canal naso-frontal, on emploie la méthode de Killian pour la résection temporaire de l'os nasal et la découverte du canal, par voie externe, après avoir détruit les cellules infundibulaires. Je doute que cette intervention suffise dans tous les cas; je crois que parfois, il faut encore se donner du jour en réséquant la partie supérieure de la cloison du nez. Il est clair que, selon les cas, on peut employer d'autres procédés; c'est ainsi que Luc agrandit le canal à travers les cellules ethmoïdales.

Lorsque la table interne est atteinte d'ostéite sur une vaste étendue ou lorsqu'il existe des recessus très profonds il y a peu d'espoir d'obtenir la guérison si l'on ne supprime pas définitivement la cavité, selon la méthode de Kuhnt.

On fait l'incision des téguments au niveau du sourcil préalablement rasé; après avoir ruginé le périoste on ouvre le sinus comme précédemment mais on résèque la totalité de sa paroi antérieure, de manière à ne plus laisser au devant que les parties molles; on enlève toute la muqueuse, y compris celle du canal excréteur. La cavité se comble ultérieurement par bourgeonnement provenant de l'os dénudé et du périoste du lambeau cutané antérieur.

Nous avons déjà signalé l'association des sinusites et la difficulté de leur diagnostic différentiel. Il y a grand intérêt à bien préciser ce point, pour diriger le traitement en conséquence. En effet les sinusites supérieures, c'est-à-dire frontales, réagissent sur les cavités inférieures, c'est-à-dire ethmoïdales et maxillaires, par suite de la direction de l'é-

coulement vers les parties déclives et en entretenant la tuméfaction des orifices sinusiens ; aussi la guérison des premières est-elle la condition nécessaire des secondes. D'autre part il faut obtenir la guérison le plus rapidement possible, et lorsqu'on a reconnu la présence de sinusites combinées, on peut faire suivre immédiatement l'opération d'un sinus de celle de l'autre.

Donc s'il existe une ethmoïdite associée à une sinusite frontale, on découvrira ces cellules et on les curettera après la trépanation du frontal en réséquant temporairement l'os nasal suivant la méthode de Killian. Lorsque l'ethmoïdite est associée à une sinusite maxillaire, on traitera l'ethmoïdite par voie nasale avant d'ouvrir le maxillaire. Lorsque les sinusites maxillaire et frontale sont associées, on ne pourra guérir le premier sinus qu'après avoir tari le dernier.

Enfin il faut prévoir la possibilité de sinusites combinées suivant plusieurs types et le traitement sera différent selon les cas.

FORMES SYMPTOMATIQUES

Syphilis tertiaire.

La syphilis peut déjà, à la période secondaire, tendre à la chronicité, mais il s'agit alors d'une transition vers la période tertiaire qui se caractérise ordinairement par l'infiltration diffuse ou circonscrite (*gomme*). Il est exceptionnel d'observer l'affection à la période de développement de la tumeur, avant l'apparition des lésions destructives. C'est surtout à la langue qu'une gomme peut persister pendant de longues semaines, avec une lente évolution, avant de s'ulcérer (pl. VII, fig. 1). Cette ulcération « à l'emporte-pièce », à fond sanieux (pl. VII, fig. 1 ; — pl. X, fig. 3 ; — pl. XV, fig. 1 et 2 ; — pl. XIX, fig. 1 et 2 ; — pl. XXV, fig. 1 ; — pl. XXX, fig. 3), une fois détergée et nettoyée, aboutit à une perforation circonscrite ou à une cicatrice étoilée. Les ulcérations tertiaires ont en général des sièges de prédilection commandés par des irritations fréquentes ou une situation exposée, par conséquent des points de moindre résistance ; ce sont en particulier le palais membraneux, la région antérieure des fosses nasales (le palais n'est en

général atteint que secondairement par propagation des gommés du plancher) ; du reste toutes les régions peuvent être envahies, ainsi que le démontrent les localisations dans l'épipharynx. Au niveau du maxillaire inférieur et sur la muqueuse des joues, il est exceptionnel d'observer des accidents tertiaires.

L'ulcération n'est pas la seule manifestation tertiaire de la syphilis. On n'attache pas assez d'importance, et c'est peut-être la raison qui les rend plus tenaces, à certaines infiltrations diffuses, à marche très lente, greffées surtout sur des lésions vasculaires, qui ne se terminent pas toujours par des lésions atrophiques ou hypertrophiques (pl. XXV, fig. 2) du tissu conjonctif. C'est ainsi que, dans les fosses nasales, en particulier, on observe des lésions du premier genre sous forme de *rhinite atrophique*. On peut également rencontrer, à côté des lésions destructives ou indépendamment d'elles, des tumeurs polypiformes de consistance dure quoique friables, caractérisées par d'abondantes lésions périartérielles.

Les symptômes des gommés en voie de ramollissement sont au début souvent trompeurs, car leur développement a été très lent : les signes caractéristiques sont la douleur ordinairement très violente, la marche subaiguë malgré une forte rougeur inflammatoire, la fréquente unilatéralité ou l'isolement des foyers bucco-pharyngiens souvent fétides. Dans le nez une obstruction intense, des douleurs irradiées, une odeur nauséabonde, des croûtes sanguinolentes seront pathognomoniques, en particulier si ces croûtes et l'infiltration siègent sur le plancher des fosses nasales ou la partie moyenne de la cloison.

L'adénopathie en rapport avec la région malade manque rarement. Les gommés non traitées aboutissent à l'ulcération, puis à des perforations et même à une fonte totale de certaines régions. Les *pertes de substance* varient de la dimension de petites fissures, au niveau des piliers du voile, jusqu'à de larges orifices faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales ; il en résulte des troubles de la déglutition et de la phonation extrêmement gênants. Des nécroses étendues avec formations de séquestres se produisent consécutivement au ramollissement de gommés cartilagineuses ou osseuses ; c'est ainsi que le rebord alvéolaire peut être éliminé avec un assez grand nombre de dents ; la destruction des os délimitant les sinus produit de

coulement vers les parties déclives et en entretenant la tuméfaction des orifices sinusiens ; aussi la guérison des premières est-elle la condition nécessaire des secondes. D'autre part il faut obtenir la guérison le plus rapidement possible, et lorsqu'on a reconnu la présence de sinusites combinées, on peut faire suivre immédiatement l'opération d'un sinus de celle de l'autre.

Donc s'il existe une ethmoïdite associée à une sinusite frontale, on découvrira ces cellules et on les curettera après la trépanation du frontal en réséquant temporairement l'os nasal suivant la méthode de Killian. Lorsque l'ethmoïdite est associée à une sinusite maxillaire, on traitera l'ethmoïdite par voie nasale avant d'ouvrir le maxillaire. Lorsque les sinusites maxillaire et frontale sont associées, on ne pourra guérir le premier sinus qu'après avoir tari le dernier.

Enfin il faut prévoir la possibilité de sinusites combinées suivant plusieurs types et le traitement sera différent selon les cas.

FORMES SYMPTOMATIQUES

Syphilis tertiaire.

La syphilis peut déjà, à la période secondaire, tendre à la chronicité, mais il s'agit alors d'une transition vers la période tertiaire qui se caractérise ordinairement par l'infiltration diffuse ou circonscrite (*gomme*). Il est exceptionnel d'observer l'affection à la période de développement de la tumeur, avant l'apparition des lésions destructives. C'est surtout à la langue qu'une gomme peut persister pendant de longues semaines, avec une lente évolution, avant de s'ulcérer (pl. VII, fig. 1). Cette ulcération « à l'emporte-pièce », à fond sanieux (pl. VII, fig. 1 ; — pl. X, fig. 3 ; — pl. XV, fig. 1 et 2 ; — pl. XIX, fig. 1 et 2 ; — pl. XXV, fig. 1 ; — pl. XXX, fig. 3), une fois détergée et nettoyée, aboutit à une perforation circonscrite ou à une cicatrice étoilée. Les ulcérations tertiaires ont en général des sièges de prédilection commandés par des irritations fréquentes ou une situation exposée, par conséquent des points de moindre résistance ; ce sont en particulier le palais membraneux, la région antérieure des fosses nasales (le palais n'est en

général atteint que secondairement par propagation des gommés du plancher) ; du reste toutes les régions peuvent être envahies, ainsi que le démontrent les localisations dans l'épipharynx. Au niveau du maxillaire inférieur et sur la muqueuse des joues, il est exceptionnel d'observer des accidents tertiaires.

L'ulcération n'est pas la seule manifestation tertiaire de la syphilis. On n'attache pas assez d'importance, et c'est peut-être la raison qui les rend plus tenaces, à certaines infiltrations diffuses, à marche très lente, greffées surtout sur des lésions vasculaires, qui ne se terminent pas toujours par des lésions atrophiques ou hypertrophiques (pl. XXV, fig. 2) du tissu conjonctif. C'est ainsi que, dans les fosses nasales, en particulier, on observe des lésions du premier genre sous forme de *rhinite atrophique*. On peut également rencontrer, à côté des lésions destructives ou indépendamment d'elles, des tumeurs polypiformes de consistance dure quoique friables, caractérisées par d'abondantes lésions périartérielles.

Les symptômes des gommés en voie de ramollissement sont au début souvent trompeurs, car leur développement a été très lent : les signes caractéristiques sont la douleur ordinairement très violente, la marche subaiguë malgré une forte rougeur inflammatoire, la fréquente unilatéralité ou l'isolement des foyers bucco-pharyngiens souvent fétides. Dans le nez une obstruction intense, des douleurs irradiées, une odeur nauséabonde, des croûtes sanguinolentes seront pathognomoniques, en particulier si ces croûtes et l'infiltration siègent sur le plancher des fosses nasales ou la partie moyenne de la cloison.

L'adénopathie en rapport avec la région malade manque rarement. Les gommés non traitées aboutissent à l'ulcération, puis à des perforations et même à une fonte totale de certaines régions. Les *pertes de substance* varient de la dimension de petites fissures, au niveau des piliers du voile, jusqu'à de larges orifices faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales ; il en résulte des troubles de la déglutition et de la phonation extrêmement gênants. Des nécroses étendues avec formations de séquestres se produisent consécutivement au ramollissement de gommés cartilagineuses ou osseuses ; c'est ainsi que le rebord alvéolaire peut être éliminé avec un assez grand nombre de dents ; la destruction des os délimitant les sinus produit de

larges communications entre des cavités voisines ou avec la peau (sinus frontal). D'autres fois on constate seulement des fistules conduisant sur des surfaces osseuses, nécrosées sur une vaste étendue. Le cartilage quadrangulaire de la cloison des fosses nasales est atteint avec une sorte de prédilection et détruit de telle sorte que l'on trouve à sa place une grande perforation ovale, allongée (pl. XXX, fig. 3) dont les bords sont limités, après guérison, par une muqueuse cicatricielle. La formation de cicatrices étoilées est caractéristique de la guérison (pl. XIX, fig. 3). Elle produit ainsi une rétraction de l'arête dorsale du nez « nez en lorgnette ». Le nez camard (écrasement de la partie supérieure du nez) est également dû à la rétraction cutanée consécutive à la disparition de la lame perpendiculaire de l'éthmoïde et de l'os nasal.

Ces ulcérations laissent après la guérison des *adhérences*, elles-mêmes sujettes à des rétractions cicatricielles ; on les observe surtout au niveau du pharynx où elles peuvent déterminer une occlusion partielle et même totale entre le méso et l'épi-pharynx avec rhinolalie fermée ; elles peuvent également produire l'occlusion d'une ou des deux narines, ou des obstructions tubaires. L'occlusion de l'orifice des sinus, qui est très rare mais qu'on a observée cependant, peut déterminer la dilatation de ces cavités.

Sur ces accidents tertiaires peuvent se greffer des complications dues : 1° soit à une infection surajoutée qui, même après la régression des accidents spécifiques, retarde la guérison ; 2° soit à des accidents parasyphilitiques occasionnés surtout par des troubles de nutrition dus à des lésions vasculaires : atrophie de la muqueuse et des muscles, ulcérations et infiltrations torpides, résistant au traitement anti-syphilitique.

On s'explique facilement que la présence de *séquestres* cartilagineux et osseux entretienne longtemps des ulcérations et des fistules dont la cause n'est pas toujours facile à dépister. Le diagnostic est au début, à la période d'infiltration, beaucoup plus difficile qu'à la phase d'ulcérations et dans ce cas il est trop tard pour intervenir ; il est donc capital de pouvoir faire le diagnostic à la période initiale.

Outre les signes décrits plus haut (unilatéralité, rougeur inflammatoire et douleur subaiguë très violente, hémorrhagies, adénopathie, roséole, prédilection pour certains points, odeur), il faut rechercher les antécédents et faire un examen

général. Chez la femme, la chute des cheveux, des accouchements prématurés et des avortements ainsi que la mort prématurée des enfants ; dans les deux sexes un mauvais état général, une sensation de malaise, de violentes céphalalgies surtout nocturnes, sont des éléments précieux de diagnostic ; malgré tout, lorsqu'il y a doute, il faut aussitôt prescrire l'iode de potassium.

TRAITEMENT. — Ce médicament est en général le réactif de l'affection le plus souverain en l'espèce, et on le prescrit d'emblée à forte dose :

Solution d'iode de potassium.	10 à 15/150
Carbonate de soude	0 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères	25 gr.

3 cuillerées à bouche par jour.

L'addition d'un sel de soude prévient ou diminue l'iodisme. On cicatrise les ulcérations superficielles avec une perle d'acide chromique pour diminuer la douleur et combattre l'infection surajoutée. On prescrira des lavages du pharynx et de la bouche avec une solution alcaline tiède ; des nettoyages du nez avec de l'huile de vaseline pour ramollir les croûtes.

On recherchera les surfaces nécrosées et on enlèvera les séquestres le plus rapidement possible. Pour prévenir la destruction complète du cartilage ou de l'os, il faut, si l'on est consulté en temps opportun, dénuder largement toutes les surfaces malades et faire un tamponnement à la gaze iodoformée. Un bon curettage est très utile pour obtenir la guérison des ulcérations torpides de la période tertiaire ; en effet, à cette période qui n'est plus spécifique, le traitement interne par le mercure ne peut que prévenir l'apparition d'autres accidents ; au contraire, un grattage chirurgical énergique est absolument indiqué pour hâter la guérison. Il faut aviver avec le fer et le feu les larges surfaces dans lesquelles, à côté de granulations torpides des îlots de tissu mortifié entretiennent souvent pendant des années des inflammations rebelles à la guérison. Le lupus syphilitique des narines et de la peau doit être traité absolument comme le lupus tuberculeux.

Les reliquats de la syphilis tertiaire exigent un traitement consécutif. Les perforations et pertes de substance du voile du palais doivent être obturées si c'est possible par la staphylorrhaphie ou la staphyloplastie, au besoin par des appa-

reils prothétiques. De même il faut corriger ou tout au moins diminuer par des procédés opératoires les rétractions des ailes et de l'arête dorsale du nez. Les adhérences vélo-palatines avec la paroi postérieure du pharynx présentent au point de vue thérapeutique de grosses difficultés; pour arriver à faire recouvrir les surfaces avivées d'une couche épithéliale qui empêche de nouvelles synéchies, il faut d'abord créer de chaque côté du voile une perforation qu'on laissera se recouvrir d'épithélium, grâce à un tamponnement prolongé; dans un second temps on séparera les deux perforations par une large incision qui se recouvrira également d'épithélium, par un tamponnement prolongé puisque les angles externes qui sont presque toujours le point de départ de nouvelles adhérences sont cicatrisés.

Il peut aussi être utile de faire des dilatations périodiques à ce niveau avec des tampons ou avec des dilateurs.

On ne pratiquera toutes ces interventions plastiques que si l'on est absolument certain de la guérison complète sans danger de récidives.

Morve.

Nous décrivons ici *la morve*, car elle ne se manifeste chez l'homme que sous la forme chronique, les cas aigus malins étant exceptionnels.

L'infection provient presque toujours du cheval, rarement d'un sujet malade. Tandis que chez les animaux les muqueuses des voies respiratoires supérieures sont toujours atteintes, elles peuvent être épargnées chez l'homme et à côté des symptômes de pyémie, on trouvera des ulcérations de la peau, des catarrhes gastro-intestinaux et des affections bronchiques comme signes prédominants. Le véritable caractère de la maladie ne s'affirme que si des éruptions apparaissent dans le nez, la bouche et le pharynx; ce sont des pustules se transformant en ulcérations à l'emporte-pièce, des phelgmons étendus, plus tard même la fonte du squelette sur une grande étendue; en même temps la peau du nez participe au processus pathologique, par une inflammation érysipélateuse, plus tard par des ulcérations.

La terminaison est souvent mortelle surtout si la marche est aiguë; dans le cas contraire, l'affection traîne en longueur car les ulcérations ne guérissent que difficilement et

il survient souvent des adhérences avec rétractions cicatricielles. On n'observe guère la guérison complète que dans 10 à 20 0/0 des cas environ.

Le diagnostic se fait surtout par la recherche minutieuse des antécédents, en dehors de la découverte du bacille qui peut être identifié par des expériences sur les animaux.

Le traitement consiste à détruire les foyers avec le fer et le feu, en intervenant le plus rapidement possible et le plus radicalement. L'iodure de potassium à hautes doses a la réputation d'être très efficace.

Tuberculose.

La tuberculose des muqueuses naso-bucco-pharyngées survient: 1° soit au cours de la tuberculose pulmonaire, le plus souvent à la période ultime; 2° soit primitivement. D'où, cette déduction que la première variété ne nécessite qu'un traitement symptomatique tandis que la seconde exige des soins minutieux, pour obtenir la guérison. On observe surtout la forme endogène dans le pharynx buccal, l'infection se produisant par les crachats au niveau des éraillures ou des débiscences de la muqueuse; la forme exogène se rencontre plutôt à la partie antérieure des fosses nasales (plancher et cloison); ce sont les doigts qui constituent les véhicules de l'infection. Le cas reproduit à la planche II, fig. 2 est un bel exemple d'infection par les crachats: les ulcérations sont précisément très fréquentes aux commissures labiales. Il ne faut pas s'étonner que des dents cariées ou des ulcérations gingivales constituent volontiers des portes d'entrée à l'infection.

La propagation se fait ordinairement par région et dans les deux variétés elle est très lente.

Une porte d'entrée fréquente et intéressante se trouve dans les cryptes de l'anneau lymphatique pharyngien. Certes il est plus fréquent de voir les bacilles traverser le tissu lymphatique pour n'atteindre que les ganglions de la région, au lieu de produire des lésions au niveau de la porte d'entrée, mais en tout cas si les lésions sont limitées à la profondeur des follicules elles ne peuvent être démontrées que par l'examen microscopique. Quant à leur importance clinique, elle est douteuse et mal élucidée encore.

Les différentes formes que l'on observe sont: l'ulcération

superficielle aphteuse (pl. II, fig. 2) l'infiltration granuleuse (pl. XVII, fig. 3) et (pl. XXX, fig. 4), la tumeur polypeuse qui peut atteindre la grosseur d'une noix (pl. XXXVI, fig. 2), l'ulcération profonde (pl. IV, fig. 1) et l'infiltration à petits nodules (pl. XVI, fig. 2). L'aspect bosselé des tumeurs est commun à toutes les formes; les infiltrations sont peu indurées, les tumeurs plus molles, friables et saignent facilement; les ulcérations sont peu profondes, leurs bords irréguliers, noduleux, jamais taillés à pic comme dans la syphilis. La tuberculose se distingue encore de cette dernière par la pâleur des régions voisines, l'absence de cicatrices, la marche plus torpide durant souvent des années, tout au moins des mois, par une douleur beaucoup moindre et qui peut faire défaut.

Tous ces éléments aident au diagnostic qui dans les cas douteux peut être assuré par l'iodure de potassium ou l'injection de tuberculine. La recherche du bacille de Koch est difficile et n'est concluante que si on constate sa présence dans les tissus et non à la surface.

La marche est lente mais rarement bénigne, la gomme se ramollit superficiellement et se transforme en ulcération ou bien elle détruit les tissus voisins comme une tumeur maligne et gagne en profondeur. L'os peut également être détruit et se recouvrir de bourgeons mais la formation de séquestres est absolument rare, contrairement à ce qui a lieu dans la syphilis. Continuant sa marche envahissante la tuberculose gagne les cavités voisines, passe des fosses nasales dans la bouche (pl. XVII, fig. 3), de la cavité buccale gagne le sinus maxillaire; des fosses nasales, elle se propage dans toutes les régions voisines, même dans la cavité crânienne. Pour envahir cette dernière elle peut encore emprunter la voie lymphatique et il est bien probable que la méningite tuberculeuse siège surtout à la base parce que les bacilles de Koch qui séjournent surtout dans l'épipharynx et en particulier dans son tissu adénoïde passent de là facilement dans les espaces lymphatiques sous-duraux.

Le pronostic, toujours très réservé, est plus favorable s'il s'agit de lupus ou d'une tumeur bien circonscrite. La marche du traitement est indiquée par l'état général: en effet une tuberculose avancée rendra tout résultat local incertain, on agira seulement lorsque des troubles respiratoires ou douloureux nécessiteront une intervention. On détruira les tumeurs ou tuméfactions qui obstruent le nez ou le pharynx,

on modifiera les ulcérations par des cautérisations avec de l'acide lactique à 50 0/0, par le curettage ou le galvano-cautère mais tous ces moyens ne constituent qu'un traitement symptomatique.

Les tuberculoses locales survenant chez des individus sains ou peu atteints commandent une destruction complète des foyers morbides. Il faut prévenir la propagation en dépassant par l'intervention la limite des tissus malades et en considérant que les infiltrations s'étendent toujours beaucoup plus loin qu'on ne peut s'en rendre compte à l'examen visuel. On emploiera surtout les cautérisations qui détruisent les germes dans les plaies opératoires.

Pour les fosses nasales, les foyers, si petits soient-ils, ne seront pas attaqués par les voies naturelles, il est absolument nécessaire de se donner du jour et d'agir en tissu sain. Dans les pansements consécutifs on se servira toujours d'iodoforme. Le malade sera mis ensuite en observation très attentive, de façon à dépister les récidives possibles et un traitement général énergique sera institué.

Lèpre.

La lèpre est d'un intérêt tout particulier pour le rhinologiste puisque, dans un bon nombre de cas, il est probable, sinon démontré que l'affection se développe primitivement au niveau des fosses nasales; au niveau de la partie antérieure de la cloison, c'est-à-dire à la même porte d'entrée que la tuberculose. Ce fait explique la raison pour laquelle la lèpre ne se transmet que par des malades, elle n'est pas à proprement parler contagieuse, car son mode de transmission se fait par une inoculation locale.

Les premiers signes s'observent ordinairement dans l'intérieur des fosses nasales, rarement à la surface dorsale du nez, plus tard seulement elle apparaît au pharynx en même temps que les éruptions cutanées. Sur une infiltration plutôt diffuse (pl. XVI, fig. 3; lèvre), il se forme des nodules plus ou moins volumineux, nettement circonscrits, assez consistants, parfois élastiques et de coloration pâle, jaune cire (pl. XVI, fig. 3; pharynx). Dans le nez on ne peut pas distinguer les différentes périodes qui sont plus apparentes au niveau du pharynx. Les nodules s'ulcèrent, se détruisent et font place à de grandes pertes

de substance limitées par des cicatrices. En d'autres points on observe des nodules à un stade différent et l'on peut voir chez le même malade, la maladie à plusieurs de ses phases. Le squelette peut être détruit et on peut rencontrer de grandes pertes de substance osseuse au niveau du palais, la charpente du nez peut fondre en même temps que les parties molles et on a même noté la destruction complète du nez. Tout ce processus se produit sans formation de séquestres, car l'os est réduit en petites parcelles, et disparaît, pulvérisé en quelque sorte. Lorsque la cicatrisation a lieu, elle entraîne des rétrécissements et des adhérences.

Les premiers *symptômes* cliniques sont ceux d'un coryza violent, persistant, avec sécrétion aqueuse, sanguinolente; puis apparaît une tuméfaction considérable avec anesthésie des territoires atteints. En même temps on observe souvent un violent mal de gorge occasionnant une gêne dans la déglutition et de la salivation.

En dehors de l'anesthésie caractéristique, de l'aspect particulier et de la situation des nodules dont le siège de prédilection se trouve dans le pharynx au niveau de la suture palatine et des piliers postérieurs, le diagnostic se fait naturellement à l'aide des accidents cutanés et nerveux; de plus, dans les cas douteux on recherchera la présence des bacilles de la lèpre dans les sécrétions.

Il existe assez de signes différentiels pour distinguer la lèpre de la syphilis et de la tuberculose malgré une similitude extérieure apparente; le diagnostic devient très difficile par contre lorsqu'une de ces affections vient compliquer la lèpre.

Le traitement est seulement symptomatique.

Sclérome.

Le sclérome constitue une affection caractéristique des voies respiratoires supérieures et, jusqu'à une époque encore peu éloignée, on ne le connaissait que sous la désignation de rhinosclérome. Cette affection à marche extraordinairement lente, durant, non pas des années, mais des dizaines d'années débute le plus souvent à la partie postérieure des fosses nasales; aussi les symptômes du début sont-ils ceux d'un catarrhe chronique du nez avec croûtes et légère obstruction. La maladie ne devient nette que lors-

qu'éclatent ses propagations et lorsqu'apparaissent de vastes lésions au niveau du pharynx ou vers la partie antérieure des fosses nasales. Les tissus infiltrés deviennent pâles, d'aspect cartilagineux, avec des nodules et plus rarement une infiltration diffuse. Plus tard on remarque des atrésies consécutives à la rétraction des tissus malades. Quelquefois on trouve par places des érosions mais jamais de profondes ulcérations. La luette diminue de volume au point qu'elle semble avoir disparu: les cartilages du nez peuvent être détruits par la pression des tumeurs qui ont augmenté de volume. Des stries cicatricielles radiées, blanchâtres, indiquent les zones rétractées. Outre ces lésions on aperçoit de petits nodules aplatis, indurés, ou des masses granuleuses assez volumineuses obstruant par exemple l'épipharynx, mais ce qui domine surtout, ce sont les rétrécissements.

Les piliers postérieurs et le voile du palais sont rétractés au point de produire l'occlusion complète de l'isthme naso-pharyngien; les plis salpingo-pharyngiens sont tendus au point d'obstruer les orifices de la trompe et les narines sont rétrécies par la rétraction de la cloison et des ailes du nez.

Au début tant que les couches superficielles sont seulement atteintes et rétractées, la muqueuse nasale peut donner l'impression de l'atrophie, impression qui est encore augmentée par la présence de croûtes purulentes.

Cette affection est fréquente dans l'ouest de l'Europe, dans les autres parties du monde elle n'est que sporadique. En dehors de la marche extraordinairement lente, de l'induration cartilagineuse, des infiltrations et des cicatrices, le diagnostic se base sur la présence de cellules de Mikulicz, dans les tissus qui contiennent, à côté des corpuscules hyalins, les bacilles spécifiques du sclérome; on les retrouve également dans les sécrétions.

On n'a pas encore trouvé de traitement spécifique; on se contentera d'exciser les tissus exubérants et de créer des orifices au niveau des synéchies.

Actinomycose.

La forme la plus rare d'inflammation chronique est l'actinomycose. On connaît le mode de contagion par les objets

en contact avec des animaux malades ou par les plantes, épis, etc... qui renferment le champignon, agent pathogène; c'est ainsi que s'explique la fréquente localisation dans la cavité buccale. La carie dentaire et la gingivite constituent les portes d'entrée de prédilection de l'infection, cependant la langue peut être atteinte isolément. Dans le premier cas il se produit un abcès sous-périoste chronique au niveau du maxillaire inférieur, rarement de l'ostéite; dans le second cas il se développe une tumeur à évolution lente, dure, nettement circonscrite, siégeant à la pointe de la langue, plus rarement sur ses bords ou au centre et qui subit parfois un ramollissement. Cette tumeur linguale peut être confondue avec une gomme ou avec un cancer, surtout avec une gomme car elle peut subir une modification par l'iodure de potassium.

Le diagnostic n'est assuré que par l'examen microscopique ou histologique des sécrétions ou des tissus.

Le traitement doit être chirurgical et consiste à dénuder largement tous les foyers. L'iodure de potassium pourra être utile comme adjuvant.

AFFECTIONS DE L'ANNEAU LYMPHATIQUE DU PHARYNX

On peut décrire dans le même chapitre les affections des différents segments de cette anneau lymphatique, car leur unité anatomique et embryologique commande toute leur pathologie.

A. — INFLAMMATIONS

Angine lacunaire.

L'angine lacunaire représente le type de l'inflammation aiguë des amygdales palatines.

Elle se traduit par l'apparition de symptômes généraux souvent assez graves : fièvre élevée, atteignant 39°5 et par-

fois même davantage chez les enfants; céphalée et fatigue générale, violent abattement. Localement le malade éprouve une sensation de sécheresse et de constriction dans la gorge.

Objectivement on ne constate au début qu'une rougeur du pharynx, mais très rapidement les amygdales se tuméfient et se recouvrent de dépôts blanc jaunâtres au niveau des cryptes (pl. VIII, fig. 1); ces dépôts, qui se composent principalement de leucocytes, de cellules épithéliales et de nombreux microbes, se détachent au bout de quelques jours et tous les symptômes vont peu à peu en régressant.

Cette affection fréquente est très spéciale par sa localisation et sa grande tendance aux récidives; on l'observe en effet chez des individus dont les cryptes profondes ou ramifiées renferment de très nombreux microbes en quantité beaucoup plus considérable que ceux qui existent normalement dans toute cavité buccale; ces agents infectieux entretiennent une irritation continue qui constitue, lors des refroidissements par exemple, un lieu de moindre résistance à la fluxion sanguine qui se produit alors.

Angine fibrineuse bénigne.

L'aspect de l'angine lacunaire se modifie lorsque les dépôts pultacés augmentent de volume; ils peuvent alors s'étaler à la surface des amygdales et constituer l'origine bénigne fibrineuse (pl. VIII, fig. 2).

Cette affection, qui pourrait être confondue avec la diphtérie, s'en distinguera d'abord par l'examen bactériologique, ensuite par la facilité avec laquelle les membranes se détachent, sans hémorragies et sans perte de substance. Consécutivement à cette variété d'amygdalite, les cryptes, dont les limites sont formées par des follicules lymphatiques qui produisent eux-mêmes en partie la leucocytose inflammatoire, s'élargissent; ces follicules sont détruits, comme le montre la planche XXXI, fig. 3, sur une amygdale, de telle sorte qu'il se constitue d'abord de petites cavités qui se transforment ultérieurement en une seule par la destruction de leurs parois. Cette dilatation cryptique et surtout l'accumulation de masses caséuses ou même calcifiées dans leur contenu favorise la tendance continuelle

en contact avec des animaux malades ou par les plantes, épis, etc... qui renferment le champignon, agent pathogène; c'est ainsi que s'explique la fréquente localisation dans la cavité buccale. La carie dentaire et la gingivite constituent les portes d'entrée de prédilection de l'infection, cependant la langue peut être atteinte isolément. Dans le premier cas il se produit un abcès sous-périoste chronique au niveau du maxillaire inférieur, rarement de l'ostéite; dans le second cas il se développe une tumeur à évolution lente, dure, nettement circonscrite, siégeant à la pointe de la langue, plus rarement sur ses bords ou au centre et qui subit parfois un ramollissement. Cette tumeur linguale peut être confondue avec une gomme ou avec un cancer, surtout avec une gomme car elle peut subir une modification par l'iodure de potassium.

Le diagnostic n'est assuré que par l'examen microscopique ou histologique des sécrétions ou des tissus.

Le traitement doit être chirurgical et consiste à dénuder largement tous les foyers. L'iodure de potassium pourra être utile comme adjuvant.

AFFECTIONS DE L'ANNEAU LYMPHATIQUE DU PHARYNX

On peut décrire dans le même chapitre les affections des différents segments de cette anneau lymphatique, car leur unité anatomique et embryologique commande toute leur pathologie.

A. — INFLAMMATIONS

Angine lacunaire.

L'angine lacunaire représente le type de l'inflammation aiguë des amygdales palatines.

Elle se traduit par l'apparition de symptômes généraux souvent assez graves : fièvre élevée, atteignant 39°5 et par-

fois même davantage chez les enfants; céphalée et fatigue générale, violent abattement. Localement le malade éprouve une sensation de sécheresse et de constriction dans la gorge.

Objectivement on ne constate au début qu'une rougeur du pharynx, mais très rapidement les amygdales se tuméfient et se recouvrent de dépôts blanc jaunâtres au niveau des cryptes (pl. VIII, fig. 1); ces dépôts, qui se composent principalement de leucocytes, de cellules épithéliales et de nombreux microbes, se détachent au bout de quelques jours et tous les symptômes vont peu à peu en régressant.

Cette affection fréquente est très spéciale par sa localisation et sa grande tendance aux récidives; on l'observe en effet chez des individus dont les cryptes profondes ou ramifiées renferment de très nombreux microbes en quantité beaucoup plus considérable que ceux qui existent normalement dans toute cavité buccale; ces agents infectieux entretiennent une irritation continue qui constitue, lors des refroidissements par exemple, un lieu de moindre résistance à la fluxion sanguine qui se produit alors.

Angine fibrineuse bénigne.

L'aspect de l'angine lacunaire se modifie lorsque les dépôts pultacés augmentent de volume; ils peuvent alors s'étaler à la surface des amygdales et constituer l'origine bénigne fibrineuse (pl. VIII, fig. 2).

Cette affection, qui pourrait être confondue avec la diphthérie, s'en distinguera d'abord par l'examen bactériologique, ensuite par la facilité avec laquelle les membranes se détachent, sans hémorragies et sans perte de substance. Consécutivement à cette variété d'amygdalite, les cryptes, dont les limites sont formées par des follicules lymphatiques qui produisent eux-mêmes en partie la leucocytose inflammatoire, s'élargissent; ces follicules sont détruits, comme le montre la planche XXXI, fig. 3, sur une amygdale, de telle sorte qu'il se constitue d'abord de petites cavités qui se transforment ultérieurement en une seule par la destruction de leurs parois. Cette dilatation cryptique et surtout l'accumulation de masses caséuses ou même calcifiées dans leur contenu favorise la tendance continuelle

aux récidives jusqu'à ce que les cavités soient comblées ou aient disparu.

Dans l'intervalle même des poussées inflammatoires ces amas caséux provoquent souvent divers troubles qui sont souvent pendant longtemps méconnus. Ils consistent dans une sensation de corps étrangers, de gêne dans la déglutition, dans une expectoration muqueuse matinale parfois légèrement sanguinolente, enfin et surtout dans une fétidité de l'haleine perçue par le malade lui-même. Si l'on ne trouve pas l'explication de ces phénomènes dans une rhinite catarrhale ou dans une sinusite, dans un catarrhe naso-pharyngien, on fera un examen et une exploration soigneuse des amygdales. Elles peuvent en effet présenter diverses lésions : être déchiquetées, hypertrophiées partiellement ou en totalité, contenir des cryptes plus ou moins profondes renfermant de petites concrétions jaunâtres. Dans tous les cas il faudra avec une sonde explorer dans leur profondeur les recessus et leur contenu et lorsque l'examen est négatif, comprimer la surface des amygdales de bas en haut, manœuvre qui peut faire apparaître des bouchons caséux dissimulés dans l'intérieur des cryptes.

L'amygdalite lacunaire peut encore s'observer mais plus rarement au niveau de l'amygdale linguale ou de l'amygdale pharyngée ; on la suspectera en présence des symptômes précédents. Mais on ne peut faire un diagnostic de certitude que si l'on constate la présence de concrétions au niveau de ces régions (pl. XXI, fig. 1).

On peut rencontrer simultanément l'inflammation des deux amygdales, linguale et pharyngée. Mais ces deux segments du cercle lymphoïde sont plus rarement atteints, parce que l'amygdale linguale est mieux protégée et que sa surface est plus fréquemment nettoyée mécaniquement ; d'autre part l'amygdale pharyngienne est encore plus à l'abri de l'infection et l'orientation de l'orifice de ses cryptes, qui est dirigé en bas, favorise l'écoulement des sécrétions.

Complications des angines.

La description des inflammations lacunaires du cercle pharyngien serait incomplète sans celle des complications qui les accompagnent et sont souvent bien plus graves que l'affection locale. On peut l'expliquer de la sorte : dans la

plupart des cas l'invasion microbienne est arrêtée par les follicules enflammés dont les interstices sont obstrués par suite de l'énorme migration des leucocytes ; l'avant-garde seule a pu pénétrer et elle se trouve emprisonnée ; par contre, en aucun endroit de l'organisme cette invasion ne trouve une porte d'entrée aussi large que les cryptes amygdaliennes lorsque la défense leucocytaire est paralysée. On observera donc des irritations ou même des inflammations de toutes les membranes séreuses à la suite des amygdalites lacunaires ; on devra même rechercher l'origine de certaines inflammations séreuses, dont la cause apparente échappe, dans le cercle lymphatique pharyngien, même en l'absence d'une affection aiguë. On a pu avec raison observer une véritable septico-pyohémie cryptogénétique, des pleurésies, des endo ou péricardites, des polyarthrites ; des complications cutanées (purpura, érythème noueux, etc.). De légères arthrites périphériques, insidieuses, survenant pendant la période inflammatoire et mal observées disparaissent sous le voile des douleurs fébriles. On voit aussi des inflammations des séreuses tellement intenses qu'elles masquent l'angine causale ou font négliger sa recherche.

Il ne faut pas s'étonner s'il se produit parfois des métastases généralement disséminées, parfois même des phlébites. On a encore observé fréquemment des pneumonies consécutives à des angines lacunaires, sans découvrir, il est vrai, de relation bactériologique tandis que dans les inflammations des séreuses, on retrouvait les mêmes agents microbiens que dans l'angine primitive.

L'albuminurie fébrile ou la néphrite vraie qui, à l'occasion, peut accompagner les amygdalites, est un symptôme commun à toutes les maladies aiguës infectieuses et n'est pas caractéristique.

Par contre il faut mentionner ce fait que l'on a observé à plusieurs reprises des ostéomyélites, consécutives à des angines, avec des agents microbiens analogues dans les amygdales et dans le pus de la moelle osseuse ; le fait le plus frappant a été, dans un cas de fracture de l'humérus, l'apparition des symptômes d'une ostéomyélite immédiatement après une angine.

Une partie de ces complications les plus légères, en particulier les irritations des séreuses, est vraisemblablement produite par la résorption de toxines plutôt que par des métastases vraies, de même que ces névrites qui succèdent

parfois à une simple angine, aussi bien qu'à une diphtérie du pharynx et qui ont été déjà décrites. Nous avons également signalé les otites catarrhales et suppurées qui accompagnent souvent les amygdalites.

Lorsque les amygdalites lacunaires se répètent fréquemment, les amygdales peuvent s'atrophier par suite de la prolifération suivie de la disparition secondaire du tissu interstitiel, plus souvent elles s'hypertrophient par suite de la tuméfaction des follicules.

Traitement des angines.

Dans le traitement de l'angine lacunaire il faut envisager l'affection comme une infection générale. Localement, on ne doit employer que des calmants et l'idée d'arrêter l'évolution de la maladie par une antiseptie locale est théoriquement et pratiquement insoutenable car les antiseptiques ne parviennent pas au siège du foyer inflammatoire ; de plus ils sont presque inefficaces au titre où on les emploie et ils ne sont pas sans danger si le malade les avale.

Il n'y a donc pas d'antiseptique interne dont l'action soit suffisante pour arrêter la marche de l'affection. On se contentera des prescriptions suivantes :

En cas de constipation, immédiatement un laxatif ; chez les enfants, une à plusieurs doses de poudre de réglisse composée ; chez les adultes, le laxatif qui leur réussit ou une infusion de séné. Le malade gardera le lit ; si l'angine est à son début on prescrira plusieurs tasses d'infusion de sureau et on provoquera une transpiration abondante. Deux fois par jour un gramme d'antipyrine jusqu'à disparition de la céphalée et des douleurs musculaires.

Gargarismes chauds avec une infusion de sauge (30° C.) et enveloppements humides du cou (fig. 8). Les complications seront traitées selon les indications, l'examen des urines sera pratiqué.

Alimentation liquide ou bouillie, éviter les aliments irritants.

La tendance aux récurrences ne peut être combattue efficacement qu'en supprimant les foyers cryptiques, foyers de l'infection. S'il n'y a pas hypertrophie amygdalienne, les cryptes seront simplement ouvertes. On recommande la di-

lacération avec un instrument mousse, un crochet par exemple afin d'éviter la réunion, mais il est préférable de faire la discision avec l'instrument reproduit ci-contre (fig. 22) ou un autre petit bistouri analogue qui provoque

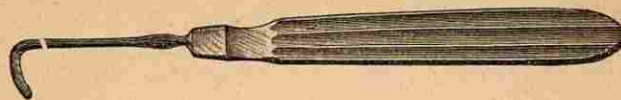


Fig. 22. — Bistouri à discision (réduit de moitié).

une douleur moins vive et qui incise mieux les brides cicatricielles souvent résistantes et assez profondes. Après avoir anesthésié on explore les recessus avec un crochet, on introduit ensuite le bistouri et on le ramène en avant, à soi.

Des gargarismes froids suffisent pour l'hémostase. Au niveau de l'amygdale pharyngée, en particulier de la bourse pharyngée dont on s'occupait beaucoup jadis, on pratiquera des cauterisations des recessus avec une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique fondue à la pointe d'un stylet ou bien on fera un grattage avec la curette de Trautmann.

Pour l'amygdale linguale, les ciseaux, l'anse, etc., suffiront dans les cas, du reste très rares, où l'on sera obligé d'intervenir.

Abcès amygdalien.

L'abcès de l'amygdale palatine s'accompagne des mêmes symptômes généraux et subjectifs que l'angine ordinaire, cependant les troubles de la déglutition sont plus intenses car il existe du trismus qui empêche l'ouverture de la bouche par suite de la tension de l'aponévrose de l'amygdale.

L'amygdale est tuméfiée et très sensible au toucher, sa surface est lisse ou légèrement inégale, parfois recouverte d'un dépôt purulent ou fibrineux. Les troubles cèdent après l'évacuation du pus mêlé de sang ; l'écoulement peut avoir dans certains cas un aspect grisâtre et sanieux, dû à des débris sphacelés de l'amygdale. Quelquefois, lorsqu'une seule crypte s'est vidée, en général au voisinage du pôle supérieur de l'abcès, le soulagement peut n'être que passa-

ger et le pus se collecter à nouveau. Dans ces cas il faut rechercher avec un stylet la crypte qui permet d'arriver le plus facilement à l'abcès et par suite d'introduire le bistouri amygdalien pour inciser. Lorsqu'on néglige cette technique l'abcès, n'ayant pas de tendance à s'ouvrir en un point déclive, ne peut s'évacuer complètement et il peut se produire un abcès amygdalien chronique. Il se forme alors de fréquentes rétentions de pus avec sensation de tension et de fétidité; l'amygdale reste tuméfiée et il se produit, de temps à autre, une ou plusieurs fois par jour, des évacuations que l'on peut provoquer en comprimant l'amygdale ou la région rétro-maxillaire. Si l'abcès n'a pas dépassé l'aponévrose, la simple incision suffit, mais s'il existe des trajets fistuleux il faudra inciser au galvanocautère, pour éviter l'hémorragie, le tissu péri-amygdalien et le voile du palais.

Abcès de l'amygdale pharyngée.

On observe, mais plus rarement, les mêmes phénomènes au niveau de l'amygdale pharyngée; le diagnostic n'est possible qu'en pratiquant la rhinoscopie postérieure. Ces abcès sont primitifs ou consécutifs aux amygdalites palatines. Ils se compliquent toujours d'une obstruction nasale intense et se terminent par l'évacuation du pus par les fosses nasales. La guérison se produit spontanément sans doute en raison de la situation favorable de l'abcès dont l'ouverture se fait en un point déclive.

Abcès de l'amygdale linguale.

Malgré sa situation plus apparente, l'abcès de l'amygdale linguale est plus difficile à reconnaître que celui de l'amygdale pharyngée qu'on peut soupçonner par l'obstruction nasale. Dans les amygdalites linguales phlegmoneuses, la région est très tuméfiée, rouge, recouverte d'amas lacunaires; la base de la langue participe également à l'inflammation et il peut exister des troubles de la déglutition très marqués. L'examen du pharynx étant négatif, l'éclairage avec le miroir seul fera faire le diagnostic.

Complications.

Les complications assez fréquentes donnent une importance toute particulière à ces suppurations du cercle pharyngien; nous avons vu, dans les amygdalites lacunaires, l'apparition de métastases; ici nous observons des phénomènes généraux de pyémie; les inflammations des séreuses ou des articulations sont rares, par contre les abcès de voisinage sont fréquents. Il peut se faire des fusées plus ou moins graves dans le pli intermaxillaire, le long du maxillaire inférieur, dans la région rétro-maxillaire, cervicale et rétro-pharyngienne, voire même dans le médiastin ou le long de la colonne cervicale. Leur guérison exige naturellement la suppression préalable du foyer primitif. Les phlegmons du plancher de la bouche et les phlegmons profonds du cou, dont nous avons déjà parlé ont parfois leur point de départ au niveau d'un abcès amygdalien. Pour prévenir les récidives, on supprimera les amygdales cryptiques, soit par l'incision, soit par l'ablation des tissus hypertrophiés.

B. — HYPERTROPHIE

Les hypertrophies du cercle pharyngien ont toujours nécessité l'intervention du médecin, surtout dans le pharynx, bien qu'elle ne soit pas toujours indiquée.

Ces hypertrophies sont surtout fréquentes dans l'enfance, occupent de préférence l'amygdale pharyngée, moins fréquemment (deux tiers des cas) les amygdales palatines, rarement l'amygdale linguale. Quand il existe simultanément des végétations adénoïdes et de grosses amygdales palatines, on retrouve à l'origine presque toujours les mêmes affections causales. Chez des enfants ne présentant aucun antécédent morbide antérieur, les symptômes sont apparus après une scarlatine, une rougeole ou une diphtérie, parfois aussi après la coqueluche; la leucocytose qui se produit alors détermine une hypertrophie persistante des tissus adénoïdes, souvent atteints pendant ces maladies. Cette hypertrophie peut également apparaître à la suite d'inflammations répétées, mais cette cause est beaucoup plus rare. Tandis que dans le premier cas, les régions hypertrophiées présentent en général une surface légèrement vallonnée,

ger et le pus se collecter à nouveau. Dans ces cas il faut rechercher avec un stylet la crypte qui permet d'arriver le plus facilement à l'abcès et par suite d'introduire le bistouri amygdalien pour inciser. Lorsqu'on néglige cette technique l'abcès, n'ayant pas de tendance à s'ouvrir en un point déclive, ne peut s'évacuer complètement et il peut se produire un abcès amygdalien chronique. Il se forme alors de fréquentes rétentions de pus avec sensation de tension et de fétidité; l'amygdale reste tuméfiée et il se produit, de temps à autre, une ou plusieurs fois par jour, des évacuations que l'on peut provoquer en comprimant l'amygdale ou la région rétro-maxillaire. Si l'abcès n'a pas dépassé l'aponévrose, la simple incision suffit, mais s'il existe des trajets fistuleux il faudra inciser au galvanocautère, pour éviter l'hémorragie, le tissu péri-amygdalien et le voile du palais.

Abcès de l'amygdale pharyngée.

On observe, mais plus rarement, les mêmes phénomènes au niveau de l'amygdale pharyngée; le diagnostic n'est possible qu'en pratiquant la rhinoscopie postérieure. Ces abcès sont primitifs ou consécutifs aux amygdalites palatines. Ils se compliquent toujours d'une obstruction nasale intense et se terminent par l'évacuation du pus par les fosses nasales. La guérison se produit spontanément sans doute en raison de la situation favorable de l'abcès dont l'ouverture se fait en un point déclive.

Abcès de l'amygdale linguale.

Malgré sa situation plus apparente, l'abcès de l'amygdale linguale est plus difficile à reconnaître que celui de l'amygdale pharyngée qu'on peut soupçonner par l'obstruction nasale. Dans les amygdalites linguales phlegmoneuses, la région est très tuméfiée, rouge, recouverte d'amas lacunaires; la base de la langue participe également à l'inflammation et il peut exister des troubles de la déglutition très marqués. L'examen du pharynx étant négatif, l'éclairage avec le miroir seul fera faire le diagnostic.

Complications.

Les complications assez fréquentes donnent une importance toute particulière à ces suppurations du cercle pharyngien; nous avons vu, dans les amygdalites lacunaires, l'apparition de métastases; ici nous observons des phénomènes généraux de pyémie; les inflammations des séreuses ou des articulations sont rares, par contre les abcès de voisinage sont fréquents. Il peut se faire des fusées plus ou moins graves dans le pli intermaxillaire, le long du maxillaire inférieur, dans la région rétro-maxillaire, cervicale et rétro-pharyngienne, voire même dans le médiastin ou le long de la colonne cervicale. Leur guérison exige naturellement la suppression préalable du foyer primitif. Les phlegmons du plancher de la bouche et les phlegmons profonds du cou, dont nous avons déjà parlé ont parfois leur point de départ au niveau d'un abcès amygdalien. Pour prévenir les récidives, on supprimera les amygdales cryptiques, soit par l'incision, soit par l'ablation des tissus hypertrophiés.

B. — HYPERTROPHIE

Les hypertrophies du cercle pharyngien ont toujours nécessité l'intervention du médecin, surtout dans le pharynx, bien qu'elle ne soit pas toujours indiquée.

Ces hypertrophies sont surtout fréquentes dans l'enfance, occupent de préférence l'amygdale pharyngée, moins fréquemment (deux tiers des cas) les amygdales palatines, rarement l'amygdale linguale. Quand il existe simultanément des végétations adénoïdes et de grosses amygdales palatines, on retrouve à l'origine presque toujours les mêmes affections causales. Chez des enfants ne présentant aucun antécédent morbide antérieur, les symptômes sont apparus après une scarlatine, une rougeole ou une diphthérie, parfois aussi après la coqueluche; la leucocytose qui se produit alors détermine une hypertrophie persistante des tissus adénoïdes, souvent atteints pendant ces maladies. Cette hypertrophie peut également apparaître à la suite d'inflammations répétées, mais cette cause est beaucoup plus rare. Tandis que dans le premier cas, les régions hypertrophiées présentent en général une surface légèrement vallonnée,

peu modifiée dans sa configuration ; dans le second cas, au contraire, on voit les vestiges de ces inflammations sous forme de sécrétions, de concrétions ou de petits kystes superficiels (pl. XXXI, fig. 3 ; pl. XXXII, fig. 2) ; ces derniers se sont développés au niveau des cryptes enflammées, qui plus tard ont été recouvertes par des adhérences épithéliales. Au niveau de l'amygdale pharyngée, ces lésions sont caractéristiques et constituent des recessus internes ou latéraux (pl. XXII, fig. 1) dont l'origine inflammatoire est démontrée par leur apparition seulement à un âge avancé.

Anatomiquement, l'hypertrophie de ces amygdales est surtout produite par l'accroissement et la néoformation des follicules lymphatiques. Dans l'enfance et en dehors des lésions inflammatoires il existe très peu de tissu interstitiel et de vaisseaux ; tandis que dans l'âge avancé ou après plusieurs inflammations, les follicules s'atrophient par suite de l'augmentation du tissu conjonctif qui forme des trames épaisses et il se produit une néoformation vasculaire abondante (pl. XXXI, fig. 2). Dans la profondeur des cryptes, ainsi qu'à la surface de l'amygdale, l'épithélium s'épaissit parfois fortement et peut subir la transformation cornée. Un point très particulier de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, est la découverte histologique de la tuberculose dans son épaisseur sans que la tumeur puisse se distinguer extérieurement des autres tumeurs adénoïdes. Comme l'anneau lymphatique du pharynx facilite la pénétration des bacilles de Koch dans les ganglions maxillaires et cervicaux, cette tuberculose ganglionnaire ne peut nous indiquer si les bacilles sont la cause de l'hypertrophie amygdalienne ou s'ils ont pénétré secondairement. Cette infection doit dans certain cas provoquer la récurrence de la végétation ou de l'amygdale.

Symptômes.

a) Hypertrophie de l'amygdale palatine. — Ils sont en général insignifiants tant qu'il n'y a pas d'amygdalites fréquentes. Lorsque l'hypertrophie est marquée au point que les amygdales se touchent au repos et à plus forte raison pendant la déglutition, la voix se modifie, devient un peu nasillarde par suite du trouble de la motilité du voile ; en outre par suite de la difficulté des mouvements

de la langue, l'enfant parle comme s'il avait un bol alimentaire dans la cavité buccale. Les aliments d'un certain volume provoquent des troubles de la déglutition, ils peuvent en effet tomber dans le larynx ou refluer par les fosses nasales.

b) Hypertrophie de l'amygdale palatine. — Elle détermine surtout des accidents nerveux : toux d'irritation persistant pendant des années sans cause laryngée ou pharyngienne, attribuée à des troubles neurasthéniques ou hystériques, mais due en réalité à l'irritation continuelle de l'épiglotte par l'amygdale linguale ou à l'étranglement de l'épiglotte dans le tissu adénoïde hypertrophié ; sensation de corps étranger, d'arête avalée, de boule hystérique. Toutes ces sensations sont toujours localisées dans la gorge mais parfois peuvent s'étendre assez loin du véritable point d'irritation.

Ainsi que nous venons de le voir les symptômes de l'hypertrophie des amygdales palatine et linguale ne présentent rien de caractéristique et pour faire le diagnostic on en est réduit à l'examen direct.

c) Hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — Elle peut être diagnostiquée rien qu'aux récits des parents qui amènent consulter leur enfant parce qu'il « a quelque chose dans le nez », qu'il a très souvent la bouche ouverte, qu'il ne peut se moucher et que son nez est continuellement rempli de mucosités. En examinant l'enfant, on constate que sa bouche est entr'ouverte, que le menton est abaissé, les plis naso-labiaux effacés, la physionomie a une expression éteinte, parfois même hébétée (fig. 23). La lèvre supérieure peut être épaissie, les ganglions sous et rétro-maxillaires augmentés de volume, troubles qui joints au faciès pâle, boursoufflé, contribuent à faire penser à la scrofule. Si l'on pratique alors la rhinoscopie antérieure, on constate qu'il n'y a pas d'obstacle à la respiration, que les méats inférieurs et moyens sont perméables et l'on aperçoit même la paroi postérieure du pharynx. L'examen attentif de cette paroi en faisant exécuter au malade un mouvement de déglutition est très important. Dans certains cas le pharynx nasal paraît immobile ; dans d'autres on aperçoit des masses rosées et lisses faisant hernie en quelque sorte à travers le bord supérieur des choanes dans la lumière de la fosse nasale (pl. 20, fig. 2). Dans le premier cas, l'amygdale pharyngée pend comme un rideau derrière les choanes, mas-

quant pendant les mouvements de déglutition, le bourrelet de Passavant et les trompes ; dans le second, les végétations moins développées laissent distinguer leur bord inférieur.

Mais il existe de petites amygdales pharyngées qui malgré la perméabilité des fosses nasales ne sont pas apparentes, et qui cependant peuvent produire une obstruction nasale très notable. Ceci se produit lorsque les tumeurs siègent au niveau de la voûte, car elles forment obstacle au courant d'air inspiratoire. Le plus souvent les fosses nasales ne sont pas libres ; en effet les cornets inférieurs sont hypertrophiés, plus encore au niveau de la tête qu'en arrière ; ils ont une coloration blanchâtre ; le méat inférieur enfin, surtout vers la partie moyenne, est comblé par d'abondantes mucosités épaisses, gris jaunâtres, parfois par du pus presque liquide, rarement par des croûtes sèches. L'haleine a une odeur particulière, occasionnée par la putréfaction des sécrétions.

L'ouverture de la bouche révèle une mauvaise implantation des dents : l'obliquité des incisives et des canines ; d'autres fois elles chevauchent par défaut de place, par suite du rétrécissement latéral du maxillaire inférieur et surtout du supérieur, le palais enfin est ogival. En déprimant ensuite la langue on aperçoit, soit immédiatement, soit avec la contraction du voile un amas épais de mucosités qui descendent le long de la paroi postérieure du pharynx, signe pathognomonique des végétations adénoïdes chez l'enfant. L'épipharynx étant insuffisamment ou non ventilé contient constamment des mucosités visqueuses qui s'écoulent difficilement, ce sont des produits analogues à ceux que nous avons rencontrés dans les fosses nasales et qui sont sécrétées par le tissu adénoïdien hypertrophié et les glandes. Parfois, mais rarement, on voit proéminer au-dessous du voile le pôle inférieur des tumeurs, le long de la paroi postérieure.

Dans ce cas clinique ce sont les troubles du côté du nez qui ont attiré l'attention des parents et les ont engagés à consulter.

D'autres fois les parents s'inquiètent d'une surdité qui « n'existe que depuis huit jours ». On examine l'oreille mais déjà l'examen du faciès du petit malade, peut avoir éclairé le diagnostic. Plusieurs cas se présentent : tantôt le tympan est pâle, un peu enfoncé, légèrement opaque, l'audition à la voix basse est plus ou moins diminuée, parfois d'une façon inquiétante à dix centimètres et même moins.

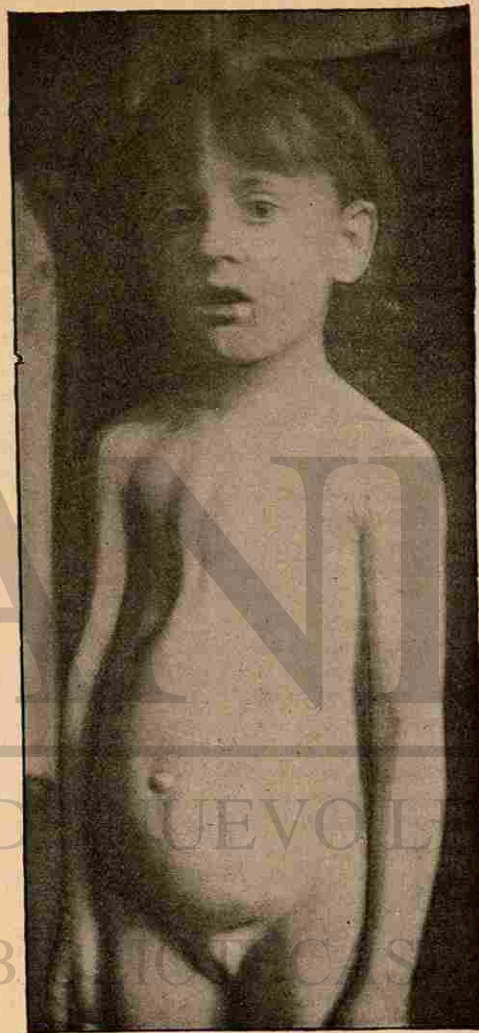


Fig. 23. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Ou bien il existe une suppuration chronique de l'oreille, parfois fétide, sans lésion osseuse apparente, quoique réelle. Dans le premier cas, il existe presque sans aucun doute des végétations adénoïdes, car les rétrécissements congénitaux ou syphilitiques qui seuls peuvent produire ces symptômes chez les enfants, sont rares; dans le deuxième cas il est absolument nécessaire de rechercher les végétations car la suppuration de l'oreille provient de la propagation de l'infection de l'épipharynx ou bien elle est entretenue à la fois par celle-ci et par une ventilation tubaire défectueuse.

Un autre cas clinique peut encore se présenter: la mère s'est souvent plainte à son médecin que son fils âgé de neuf ans est sujet à des maux de tête; en été on les attribue à la chaleur, en automne au surmenage de la classe et en hiver à l'habitude de rester enfermé. Mais les journées plus chaudes du printemps sont arrivées et bien que les vacances de Pâques aient été passées à la campagne, la céphalalgie a légèrement diminué. Quant à l'enfant il a un faciès pâle et fatigué, la croissance a été trop rapide, il faut lui donner du fer. Mais il ne se produit pas d'amélioration et malgré des consultations répétées on ne trouve toujours pas la cause, il n'y a pas de ténia, ou ne peut incriminer l'onanisme, etc. Que faire?

Ce n'est certes pas le cas d'envoyer le malade à une station balnéaire, de continuer à le droguer et surtout de l'accuser de simulation. Un examen s'impose afin de rechercher l'existence de végétations adénoïdes. On peut dire que non pas neuf fois sur dix mais 49 sur 50 on tombera juste. Dans quelques cas, il est vrai, on a pu d'autant plus négliger la véritable cause de ces céphalalgies juvéniles que l'aspect extérieur du malade ne correspond pas toujours au type du faciès décrit précédemment, en particulier lorsque l'hypertrophie est survenue à un âge assez tardif et n'a pas imprimé à la physionomie le faciès caractéristique. C'est en particulier dans ces cas que les parents vous apprennent souvent que, malgré punitions ou travaux supplémentaires, l'enfant reste en retard; il est distrait lui qui était autrefois sage et studieux; lorsqu'on l'interpelle, il semble effrayé ou se réveiller d'un sommeil, ne se rappelant rien, oubliant tout en peu de temps et ne pouvant prêter une attention soutenue. Ce dernier signe connu sous le nom d'aprosixie est caractéristique de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et surtout de tumeurs volumineuses à développement

rapide. Elle est due principalement à des troubles circulatoires de la base du crâne.

Ces symptômes graves ne constituent pas toute la symptomatologie des végétations qui peuvent déterminer d'autres troubles. Sur la figure 22, on voit une déformation du thorax qui n'est pas rare, caractérisée par une rétraction costale au niveau de l'insertion du diaphragme. Elle est due à ce que la tension inspiratoire du diaphragme n'est pas compensée par l'air qui est aspiré en trop petite quantité et ne suffit pas à dilater les parties inférieures du poumon sur lesquelles le thorax se rétracte. Cette ventilation défectueuse se produit également aux deux sommets et crée une prédisposition à la tuberculose.

Lorsque ces déformations et troubles n'existent pas, l'aspect anémié, souvent boursoufflé des enfants indique une insuffisance respiratoire à laquelle se joignent souvent des troubles digestifs dus à la déglutition des sécrétions du naso-pharynx.

L'examen du malade se pratique en le faisant asseoir de façon que sa cavité buccale se trouve à la même hauteur que l'œil du médecin; les petits enfants seront assis sur les genoux d'un aide, leurs jambes bien maintenues, mais légèrement cependant, pour ne pas provoquer de suite une résistance. On appuie l'abaisse-langue et le petit miroir rhinoscopique contre la joue de l'enfant pour bien lui montrer que ces instruments ne sont pas tranchants ou on les laisse se regarder dans le miroir. Si l'enfant est docile on peut souvent pratiquer facilement la rhinoscopie.

Lorsqu'on peut examiner le cavum, ce qui n'est pas toujours simple en raison des mucosités qui le tapissent, on peut constater plusieurs degrés dans le volume de la tumeur; au premier degré elle n'atteint pas le bord supérieur des choanes, au deuxième degré elle touche le bord; au troisième, les choanes sont en partie recouvertes.

Lorsque ce procédé ne réussit pas, il faut faire le toucher qui est alors indispensable, et bien se rendre compte s'il n'existe pas de masse hypertrophiée au niveau de la paroi postérieure.

Traitement

a) Hypertrophie des amygdales palatines et linguales.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales ne devrait jamais comporter de badigeonnages, de cautérisations, etc., la thérapeutique doit être chirurgicale.

Les *indications* sont : pour les amygdales palatines : 1° des amygdalites récidivantes ; 2° la présence d'un foyer continu d'infection ; 3° des cryptes très profondes, ou 4° un volume tel qu'il provoque des troubles de déglutition. Ce traitement chirurgical est indiqué également pour l'amygdale linguale, lorsqu'existent les troubles décrits antérieurement. Quant à l'amygdale pharyngée, il est toujours indiqué chez les enfants de l'enlever, quand elle est volumineuse, pour éviter des troubles généraux ultérieurs et en particulier la surdité. Plus tard, des troubles pharyngés, une insuffisance respiratoire, des lésions secondaires du côté des fosses nasales (hypertrophie des cornets, sinusites), nécessitent l'ablation des végétations adénoïdes. Chez les adultes végétants, la présence de ces troubles indique l'involution des végétations qui se produit ordinairement à l'âge mûr. En tout cas on n'opérera les petites végétations chez les adultes que lorsque leur influence nocive est certaine, par exemple dans la tuberculose au début lorsqu'il y a insuffisance nasale.

Il faut distinguer deux cas dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales linguales et palatines, suivant qu'elles sont moyennes ou volumineuses.

a) Lorsque les amygdales palatines sont petites, déchiquetées, difficiles à saisir on *discisera* les cryptes. Quand l'amygdale linguale est moyenne, on tentera d'abord les cautérisations avec l'acide trichloracétique ou avec le galvano-cautère.

b) Lorsque le volume est considérable on n'hésitera pas à pratiquer l'ablation. L'amygdale linguale pourra être enlevée à l'*anse chaude* ou à l'*anse froide*. Pour l'ablation de l'amygdale palatine, on emploiera le vieil *amygdalotome* de Mathieu qui permet d'éviter l'incision dangereuse de la capsule au niveau de l'artère tonsillaire, ce que l'on risque beaucoup plus en employant le bistouri et en attirant l'a-

mygdale en dedans avec une pince de Museux. Il est certain qu'on n'enlève jamais les amygdales dans leur totalité pour éviter tout accident et toute récurrence. Il faut craindre une hypertrophie du pédicule, qui peut atteindre le volume de l'amygdale primitive : cette récurrence est rare, mais le malade doit être prévenu.

En règle générale, dans le pronostic des affections de l'anneau lymphatique du pharynx, il ne faut pas être trop optimiste. C'est ainsi que les troubles provoqués par l'hypertrophie de l'amygdale linguale ne dépendent pas toujours de la lésion locale, mais peuvent tenir à une cause nerveuse, neurasthénique ; d'autre part l'ablation de végétations ne suffira pas toujours à enrayer des lésions nasales dont la présence pourra continuer encore à gêner la respiration.

On peut pratiquer l'ablation des amygdales palatines presque toujours sans anesthésie ; en tout cas il ne faut pas employer la cocaïnisation qui peut déterminer des hémorragies post-opératoires au moment de la vaso-dilatation consécutive. L'hémorragie ordinaire, de 50 à 100 centimètres cubes cesse complètement et en peu de temps, au besoin après quelques gargarismes d'eau froide. Dans les cas heureusement rares, d'hémorragie de l'artère tonsillaire, on ne peut avoir recours qu'à la compression directe par un tampon maintenu avec le doigt ou avec une pince ; ou encore à la compression de la carotide externe. Mickulicz a conseillé une pince à demeure dont un des mors est introduit par la cavité buccale, l'autre est appliqué à l'extérieur. Pour diminuer un peu la douleur après l'opération, on peut insuffler un peu d'orthoforme sur la plaie.

Comme traitement post-opératoire, on recommandera pendant les premiers jours des aliments tièdes, de mastication facile et non épicés, ainsi que des gargarismes après chaque repas. La plaie se recouvrira le lendemain ou le surlendemain d'une escharre fibrineuse blanc jaunâtre, dont le malade sera prévenu, pour qu'il ne craigne pas la diphthérie. ®

b) Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

L'ablation de l'amygdale pharyngée doit être pratiquée contrairement à celle de l'amygdale palatine, aussi complètement que possible, car cet organe a une action physiolo-

gique nulle. Son extirpation complète n'offre aucun danger et elle est d'autant plus nécessaire que les débris qui restent pourraient augmenter de volume, amener une récédive et reproduire les troubles antérieurs. Par suite de la configuration des végétations, de leurs divisions en plusieurs lobes implantés en différents points : parois latérale, supérieure ou postérieure de l'épipharynx, leur extirpation complète et radicale en une seule séance est impossible. Quoiqu'on puisse enlever, avec un instrument approprié, une tumeur aussi volumineuse que celle reproduite dans la fig. 24, il en reste ordinairement une quantité suffisante, pour nécessiter une nouvelle intervention.



Fig. 24. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Les adultes seront opérés sans anesthésie, les enfants au contraire toujours avec anesthésie, sauf de rares exceptions. J'ai cessé depuis longtemps de faire maintenir les enfants avec force, procédé pénible, qui donne en général un résultat insuffisant.

L'enfant est couché jusqu'au début de la narcose, puis on soulève la partie du corps avec un rouleau placé au-dessous de la tête, la bouche est ouverte avec un abaisse-langue.

Pour l'opération je recommande exclusivement l'emploi du couteau de Gottstein (fig. 25). Comme la courbure du premier instrument de Gottstein est le plus souvent insuffisante pour atteindre la paroi supérieure du pharynx, les dents de la mâchoire inférieure empêchent d'abaisser le manche,

comme de plus sa surface rectiligne ne permet pas le râclage complet dans la voûte concave, j'emploie ce couteau modifié grâce à une courbure de la partie tranchante et du manche. En outre, il présente une inflexion latérale indiquée par Schrötter pour les instruments du larynx (ce qui n'est pas indiqué sur la figure), afin de laisser le champ visuel complètement libre. On introduit l'instrument en le tenant comme une plume et on l'insinue doucement au-dessous de la luette (car il faut se rappeler que des opérateurs en ont pratiqué l'amputation !!), puis l'introduisant plus vigoureusement dans le cavum on curette de haut en bas en rasant la paroi supérieure du pharynx. On abaisse aussitôt la tête de l'enfant qui se réveille, tousse et crie, ce qui évite l'aspiration du sang et des débris de végétations dans les voies respiratoires ; la tumeur détachée descend presque toujours immédiatement avec ou derrière l'instrument, parfois elle est avalée ou pénètre dans les fosses nasales, d'où on l'expulse en faisant moucher l'enfant. Rarement elle reste fixée à un lambeau de muqueuse de la paroi postérieure, auquel cas on la détachera immédiatement avec une pince ou des ciseaux.

Après une nouvelle et légère dose de chloroforme on rase la paroi postérieure avec le couteau ordinaire de Gottstein ; puis on pratique, en profitant de la narcose, un toucher naso-pharyngien. Presque toujours on trouve encore des débris de végétations qu'il faut curetter.

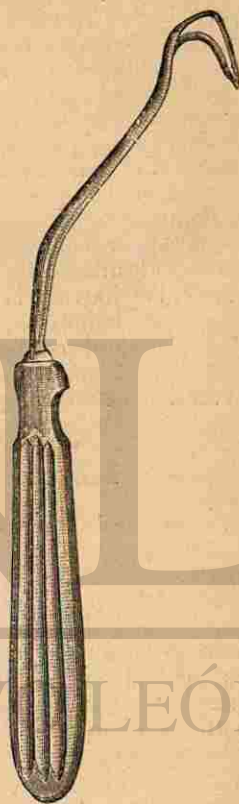


Fig. 25. — Couteau de Gottstein (demi-grandeur).

On termine l'opération par l'amygdalotomie palatine, lorsqu'elle est indiquée.

Le traitement post-opératoire consiste à faire moucher le malade d'une façon rationnelle ; on évitera tout lavage, et on les défendra expressément.

Les hémorragies consécutives ne surviennent le plus souvent que si l'opération a été mal faite, lorsque le bourrelet de la trompe a été intéressé, surtout avec les instruments inventés pour le curettage latéral, ou lorsque la tumeur n'a pas été enlevée mais seulement déchirée et qu'il persiste des lambeaux ; dans ce cas il faudra curetter à nouveau. Signalons enfin l'hémophilie qui est exceptionnelle et que l'on peut constater avant l'opération.

Quand on opère sans anesthésie et si l'on n'a pratiqué le toucher pour contrôler le résultat de l'opération, il faut examiner le malade dix ou quinze jours après ; à ce moment en effet l'escharre et la réaction inflammatoire ont disparu et presque toujours on devra encore enlever des débris de végétations qui ont échappé à l'action de la curette ; ce contrôle post-opératoire convaincra bien souvent que l'intervention a été incomplète.

Fibrome naso-pharyngien.

Une forme de tumeur spéciale au cavum est constituée par le polype ou fibrome naso-pharyngien et que je nomme sarcome juvénile de l'épipharynx : ce sont des tumeurs insérées sur la paroi supérieure du pharynx, au fibro-cartilage basilaire et qui se développent surtout chez les garçons avant et pendant la puberté. Histologiquement et par l'absence de réaction ganglionnaire ou de métastases elles ont un caractère bénin ; mais cliniquement elles se comportent comme des tumeurs malignes, par les prolongements multiples qu'elles poussent dans les os du crâne et de la face, en y déterminant des complications mortelles. Un caractère également singulier de leur évolution consiste dans leur régression spontanée qui s'observe parfois après la puberté. La plus grande partie de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif dense, à fibres courtes, avec des vaisseaux à parois minces et des amas de corpuscules lymphatiques (pl. XXXII, fig. 3) rappelant la structure des tumeurs adénoïdes à un âge adulte. On a l'impression que la néo-

formation de tissu conjonctif qui accompagne l'involution a pris un caractère atypique.

Cliniquement, le polype naso-pharyngien est caractérisé par son volume considérable, il envoie des prolongements multiples dans toutes les directions, dans le pharynx buccal, dans les fosses nasales, puis à travers toutes les déhiscences et orifices voisins : fissure ptérygo-palatine, fosse sphéno-maxillaire, orifices des sinus et orbite ; finalement il pénètre dans la cavité crânienne. La surface de la tumeur est lisse, légèrement ondulée (pl. XXVI, fig. 3) souvent modifiée par des ulcérations traumatiques.

Les symptômes varient avec le volume de la tumeur ; il existe toujours une obstruction nasale complète, plus tard des tuméfactions et des bosselures déformant la face, puis de la cécité, de la surdité ; rapidement on observe une certaine hébétéude et de la somnolence. Le tableau symptomatique se modifie et s'aggrave dès qu'il y a irritation cérébrale et compression des troncs nerveux de la base.

Citons encore les hémorragies fréquentes qui sont caractéristiques.

Malgré l'espoir d'une régression possible, il ne faut pas toujours y compter et toujours reculer devant une intervention, car la régression peut manquer et la tumeur déterminer rapidement la mort. Il est préférable d'intervenir le plus tôt possible car il semble que cette réduction artificielle hâte l'involution spontanée, mais il faut éviter les grandes interventions par voie externe, qui déforment la face, qui sont toujours dangereuses (pneumonie par déglutition) et qui en outre ne permettent pas toujours de faire une extirpation radicale mettant à l'abri des récidives.

On peut enlever les polypes naso-pharyngiens de petit volume, sans adhérence aux parois voisines, avec l'anse chaude. Comme il est souvent impossible d'introduire par les fosses nasales l'anse qui dévie en pénétrant dans l'épipharynx obstrué, on peut engager les extrémités libres de l'anse par la bouche avec une sonde de Belloc.

Vis-à-vis du pédicule et des prolongements que l'anse ne peut saisir, il est préférable de recourir à l'électrolyse, on utilise des courants de 20 à 50 milliampères qu'on fait agir aux deux pôles pendant un quart d'heure ; la tumeur est ramollie en plusieurs séances et peut être détruite. Les interventions sanglantes, l'ablation avec des pinces et des ci-

seaux ne sont pas exemptes de danger, car le malade est souvent très anémié.

L'usage de l'iodoforme prévient la suppuration des débris de polypes à la suite des interventions.

MYCOSE

Le muguet envahit la muqueuse buccale chez les nourrissons, rarement chez les adultes. Le mycelium de l'oidium albicans recouvre la bouche et le pharynx en formant des ilots blanchâtres, plus tard des membranes confluentes reposant sur un fond rougeâtre (pl. XIV, fig. 1) ; elles se détachent difficilement, et presque toujours avec lésion de l'épithélium. En général la marche est bénigne, sauf lorsque, chez les adultes en particulier, le muguet survient au cours d'affections générales graves. Le traitement doit donc tendre d'abord à supprimer la cause, localement on fera des badigeonnages avec des solutions boratées chez le nourrisson, avec de l'alcool salicylé chez l'adulte.

Le champignon appelé *leptothrix buccalis* se développe parfois sur les amygdales sous forme de petits grains blanc-jaunâtres situés sur les orifices des cryptes, plus rarement sur la muqueuse voisine ; c'est la pharyngo-mycose (pl. XIV, fig. 3). Les seuls symptômes déterminés par cette affection consistent en troubles psychiques.

Il existe aussi une Mycose nasale produite par le développement de myceliums ; on a trouvé l'*aspergillus fumigatus* et *glaucus*, le *penicillium glaucum* et *puccinia graminis*. Cette mycose se traduit par l'apparition de fausses membranes friables, gris-blanchâtres ou gris brunâtres, placées à la surface de la muqueuse tuméfiée du nez et qui se détachent facilement.

Le nettoyage mécanique et de légers antiseptiques suffisent pour obtenir la guérison.

NÉOPLASMES

NÉOPLASMES HOMOLOGUES

Les néoplasmes homologues correspondent, d'après leur structure, au tissu fondamental de la région où ils se développent ou à certaines parties de ce tissu.

Fibromes. — Les fibromes dont la masse principale est constituée par du tissu conjonctif dense, forment des tumeurs pédiculées, siégeant au niveau du voile du palais et de la luette, plus ou moins apparents, car ils sont appliqués contre la muqueuse à laquelle ils ressemblent par leur coloration et leur surface lisse (fig. 26).

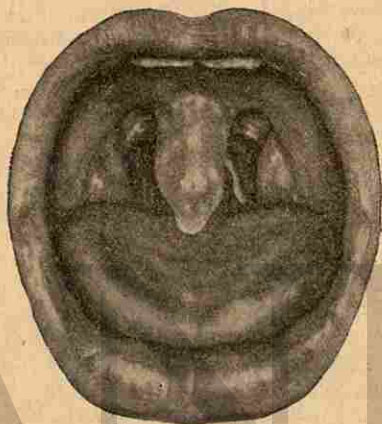


Fig. 26. — Fibromes du voile du palais et de la luette.

Au niveau de la langue, ils constituent des tumeurs volumineuses et la muqueuse qui les recouvre présente parfois des proliférations épithéliales superficielles qui peuvent induire en erreur sur la véritable nature de la tumeur. On peut observer également de larges tumeurs dans l'hypopharynx.

Granulomes. — Les granulomes sont constitués par du tissu lâche et surtout par de nombreuses cellules rondes ; on les observe dans les régions qui sont le siège d'irritations fréquentes, elles appartiennent donc plutôt au groupe des tumeurs inflammatoires. Sur les gencives, au voisinage de dents cariées, ils portent le nom d'*Epulis* (pl. V, fig. 1). Il serait préférable de les désigner sous le nom de *Périodontomes*. Dans les fosses nasales ces tumeurs se développent au niveau des points qui sont le siège d'irritation fréquente : sur la cloison ou sur le pourtour d'ulcère

seaux ne sont pas exemptes de danger, car le malade est souvent très anémié.

L'usage de l'iodoforme prévient la suppuration des débris de polypes à la suite des interventions.

MYCOSE

Le muguet envahit la muqueuse buccale chez les nourrissons, rarement chez les adultes. Le mycelium de l'oidium albicans recouvre la bouche et le pharynx en formant des ilots blanchâtres, plus tard des membranes confluentes reposant sur un fond rougeâtre (pl. XIV, fig. 1) ; elles se détachent difficilement, et presque toujours avec lésion de l'épithélium. En général la marche est bénigne, sauf lorsque, chez les adultes en particulier, le muguet survient au cours d'affections générales graves. Le traitement doit donc tendre d'abord à supprimer la cause, localement on fera des badigeonnages avec des solutions boratées chez le nourrisson, avec de l'alcool salicylé chez l'adulte.

Le champignon appelé *leptothrix buccalis* se développe parfois sur les amygdales sous forme de petits grains blanc-jaunâtres situés sur les orifices des cryptes, plus rarement sur la muqueuse voisine ; c'est la pharyngo-mycose (pl. XIV, fig. 3). Les seuls symptômes déterminés par cette affection consistent en troubles psychiques.

Il existe aussi une Mycose nasale produite par le développement de myceliums ; on a trouvé l'*aspergillus fumigatus* et *glaucus*, le *penicillium glaucum* et *puccinia graminis*. Cette mycose se traduit par l'apparition de fausses membranes friables, gris-blanchâtres ou gris brunâtres, placées à la surface de la muqueuse tuméfiée du nez et qui se détachent facilement.

Le nettoyage mécanique et de légers antiseptiques suffisent pour obtenir la guérison.

NÉOPLASMES

NÉOPLASMES HOMOLOGUES

Les néoplasmes homologues correspondent, d'après leur structure, au tissu fondamental de la région où ils se développent ou à certaines parties de ce tissu.

Fibromes. — Les fibromes dont la masse principale est constituée par du tissu conjonctif dense, forment des tumeurs pédiculées, siégeant au niveau du voile du palais et de la luette, plus ou moins apparents, car ils sont appliqués contre la muqueuse à laquelle ils ressemblent par leur coloration et leur surface lisse (fig. 26).

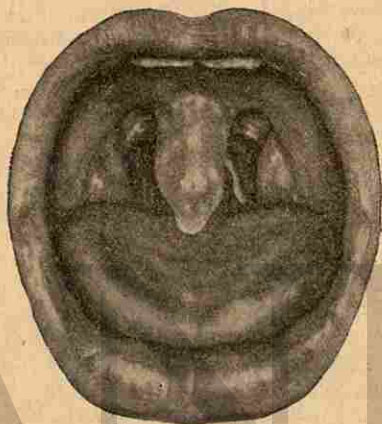


Fig. 26. — Fibromes du voile du palais et de la luette.

Au niveau de la langue, ils constituent des tumeurs volumineuses et la muqueuse qui les recouvre présente parfois des proliférations épithéliales superficielles qui peuvent induire en erreur sur la véritable nature de la tumeur. On peut observer également de larges tumeurs dans l'hypopharynx.

Granulomes. — Les granulomes sont constitués par du tissu lâche et surtout par de nombreuses cellules rondes ; on les observe dans les régions qui sont le siège d'irritations fréquentes, elles appartiennent donc plutôt au groupe des tumeurs inflammatoires. Sur les gencives, au voisinage de dents cariées, ils portent le nom d'*Epulis* (pl. V, fig. 1). Il serait préférable de les désigner sous le nom de *Périodontomes*. Dans les fosses nasales ces tumeurs se développent au niveau des points qui sont le siège d'irritation fréquente : sur la cloison ou sur le pourtour d'ulcère

rations traumatiques ; elles sont également constituées par un tissu inflammatoire néoformé mélangé de quelques glandes. En raison des hémorragies fréquentes dues à leur structure et à leur situation exposée aux traumatismes on leur a donné le nom de **polypes saignants de la cloison**, dénomination qui doit être rejetée, car il peut exister à ce niveau des tumeurs saignant facilement et de structure bien différente. Après une assez longue durée, ces granulomes peuvent acquérir le caractère des fibromes par l'augmentation des fibres du tissu conjonctif.

Papillomes. — Lorsque l'épithélium participe à la prolifération on se trouve en présence du papillome. Ils présentent deux variétés : le *fibro-épithéliome papillaire* lorsque la prolifération de l'épithélium est intense et a pénétré dans la profondeur, et le *fibrome papillaire* lorsque la couche épithéliale n'augmente qu'en raison de la formation



Fig. 27. — Papillome au niveau des piliers.

des papilles. Cliniquement la première variété peut être nommée papillome dur et la seconde, papillome mou. On

observe la première forme le plus souvent dans la cavité buccale, au niveau des piliers, et avec une large base d'implantation ou un pédicule (fig. 26) rarement dans le pharynx ou dans les fosses nasales (pl. XXX, fig. 2) ; leur siège de prédilection est alors le cornet moyen (pl. XXVIII, fig. 2) et il ne faut pas les confondre avec les polypes muqueux. Ils ne se développent que dans les régions où existent des papilles ; leur rareté dans les fosses nasales s'explique par l'absence de papilles, il faut donc pour qu'ils se produisent une prolifération atypique de l'épithélium dans la profondeur (pl. XXXV, fig. 2). L'évolution de ces tumeurs présente une transition avec les tumeurs malignes car elles ont une forte tendance aux récidives et leur nom de papillome malin se trouve alors justifié.

L'extirpation se fait facilement avec les ciseaux et l'anse ; pour les tumeurs malignes, il faut surtout employer l'anse chaude et au moindre doute, on n'hésitera pas à faire une résection temporaire du nez.

Langue noire. — La langue noire est une affection spéciale constituée par un néoplasme à multiples papilles filiformes, elles sont pour la plupart très allongées, leur épithélium a subi la transformation cornée avec plusieurs couches stratifiées et pigmentées en brun foncé ou noir, de sorte que dans certains cas, la langue semble à la vue et au toucher recouverte de poils (pl. V, fig. 3). On ne connaît pas la cause de ce néoplasme tout à fait spécial vis-à-vis duquel tout traitement est inutile.

Lipomes. — On observe surtout les lipomes au niveau de la langue, puis sur le plancher de la bouche, au niveau des joues et dans l'épaisseur du voile du palais. Malgré leur consistance molle et la lenteur de leur développement, le diagnostic ne sera souvent possible qu'après l'extirpation, à moins que, très superficielle, on puisse par transparence distinguer la couleur jaunâtre de la tumeur.

Myxomes. — Les myxomes sont encore plus rares et affectent à peu près la même localisation. On les observe parfois dans les fosses nasales, le plus souvent à la suite d'accidents syphilitiques anciens.

Tumeurs cartilagineuses et osseuses. — Elles font encore partie du groupe des tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif.

On n'observe de tumeurs cartilagineuses homologues que sous forme d'**enchondromes** et leur siège de pré-

dilection est au niveau de la cloison ; il ne faut pas les confondre avec des crêtes ou des épines. Ils peuvent se greffer

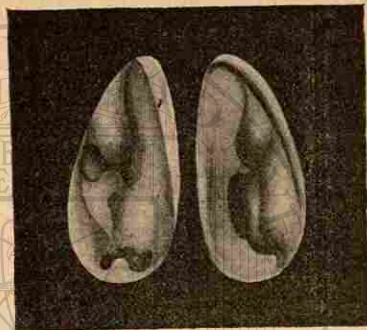


Fig. 28. — Enchondrome sur la cloison.

sur une déviation de la cloison comme dans la figure 28 mais jamais ils ne se présentent à angle aigu comme ces épaissements naturels ; ils ont au contraire une configu-

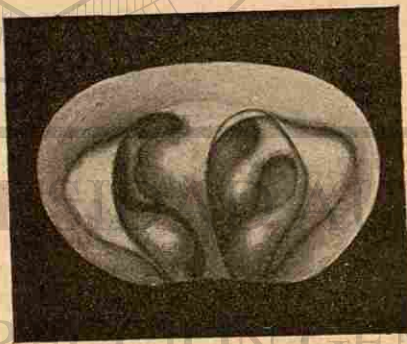


Fig. 29. — Exostose.

ration moins nette, plus diffuse et ne sont jamais constitués par du tissu osseux.

Les **tumeurs osseuses** se présentent sous forme d'os-

téomes et d'**exostose** (fig. 29). Les exostoses ont en général un petit volume qu'elles dépassent rarement, elles se développent au niveau de la cloison ou du plancher. Les ostéomes prennent naissance dans toutes les régions osseuses du nez, même aux dépens des sinus et peuvent atteindre un volume considérable, en refoulant toutes les parois osseuses voisines. Ils nécessitent une extirpation aussi radicale que les tumeurs malignes.

Néoplasmes du tissu musculaire. — On observe des néoplasmes du tissu musculaire au niveau de la langue. C'est une **macroglossie totale** qui est toujours congénitale et atteint un développement moins considérable que la langue disséquée (fig. 30). Cette anomalie produit souvent



Fig. 30. — Macroglossie totale.

une modification et une transformation de la muqueuse linguale connue sous le nom de langue géographique (pl. VI, fig. 2).

Les fibromyomes partiels de la langue sont très rares.

Angiomes. — Comme tumeurs vasculaires on observe parfois des angiomes caverneux au niveau du pharynx et qui peuvent être confondus avec une hypertrophie des amygdales ; on les distinguera à leur aspect rouge foncé ou violacé, et au dégonflement de la tumeur à la suite de

l'application de la cocaïne. Leur extirpation se fera avec l'anse chaude, ou on les détruira à l'électrolyse.

Anévrysmes. — Les anévrysmes sont beaucoup plus rares. Ils forment dans le pharynx des tumeurs lisses, larges, fluctuantes, soulevant la muqueuse, en général peu altérée; malgré les battements qui ne doivent pas échapper à un observateur attentif, on les confond souvent avec des kystes ou des abcès; on ponctionne et il se produit une hémorragie grave. Les petits anévrysmes peuvent être énucléés quand leur situation s'y prête; ordinairement on pratique la ligature des vaisseaux afférents. On sait que les phlébectasies du pharynx qui surviennent chez les malades atteints de troubles circulatoires sont la cause de petites VARICES, dont la rupture détermine parfois des hémorragies sérieuses nécessitant une cautérisation.

Tumeurs lymphatiques. — Les tumeurs développées aux dépens des vaisseaux lymphatiques présentent une particularité spéciale au niveau de la bouche et surtout de la langue. Elles semblent provenir en général de l'état embryonnaire, ce qui tend à prouver, en dehors de leur apparition pendant le jeune âge, la fréquence de leur siège au niveau des fentes branchiales. On en observe surtout deux formes: noduleuse et verruqueuse, lymphangiome diffus ou kystique.

La forme noduleuse apparaît de préférence à la base de la langue, sous forme d'une agglomération de petites bulles hémisphériques, d'un si petit volume qu'on ne peut constater leur véritable nature qu'avec une loupe. Un autre groupe peut se trouver disséminé à côté du groupe principal.

Le diagnostic peut être très difficile en raison des hémorragies (traumatiques) très fréquentes et des inflammations atteignant soit la tumeur, soit le tissu voisin, en surface ou en profondeur.

La forme diffuse se présente sous l'aspect d'une hypertrophie en masse des lèvres et de la langue recouvertes seulement de quelques bulles.

Le kyste lymphatique est exceptionnel. C'est pour ainsi dire, une rareté qu'on ne peut identifier qu'à l'aide du microscope. C'est une tumeur arrondie, lisse qui se développe principalement à la langue. Le traitement de toutes ces tumeurs lymphatiques consiste en une excision cunéiforme car elles pénètrent très profondément en tissu normal. Les

indications opératoires sont fournies principalement par une augmentation de volume rapide et l'apparition de lésions surajoutées. Il est fréquent d'observer cette variété de petites tumeurs, à l'état latent et sans le moindre trouble.

Tumeurs glandulaires. — Elles se développent partout sous forme d'hypertrophie aussi bien de la couche des glandes muqueuses des cornets que des glandes muqueuses et salivaires de la bouche et du pharynx. Elles se présentent sous l'aspect d'ADÉNOMES (diffus ou circonscrits) ou de KYSTES.

L'adénome diffus se rencontre le plus souvent au niveau de la lèvre supérieure constituant la « double lèvre », c'est-à-dire un deuxième bourrelet muqueux situé en arrière de la lèvre normale; on le supprime par une excision cunéiforme.

L'adénome circonscrit est caractérisé par des tumeurs molles, ressemblant à des polypes au niveau des fosses nasales (pl. XXXV, fig. 1) dans le pharynx buccal elles s'étendent sur une surface plus considérable et ressemblent à une hypertrophie de certaines glandes salivaires ou à de petites tumeurs multiples des glandes muqueuses.

La dégénérescence kystique s'observe comme complication



Fig. 31. — Grenouillette.

de l'hypertrophie des cornets (fig. 34); on la rencontre aussi dans le pharynx, au niveau des glandes muqueuses,

puis à la base de la langue ou en différents points de la muqueuse buccale, les kystes sont rarement plus gros qu'un pois. La dégénérescence kystique des glandes salivaires du plancher de la bouche constitue une tumeur caractéristique: la **grenouillette** (fig. 31).

Les kystes sont en général faciles à reconnaître car leur siège est superficiel. Quand ils sont situés profondément il est quelquefois indiqué de pratiquer une ponction exploratrice, mais après avoir auparavant éliminé l'hypothèse d'une tumeur vasculaire.

Comme traitement on peut pratiquer l'énucléation totale de la tumeur ou bien lorsqu'il existe une large base d'implantation, l'extirpation de la paroi kystique.

Il faut encore signaler les productions kystiques, qui apparaissent à la suite d'adhérences, presque toujours d'origine inflammatoire, de deux surfaces voisines d'une muqueuse. On les rencontre en général dans la région de l'anneau lymphatique du pharynx, mais on peut aussi les observer en d'autres points, en particulier au niveau des fentes branchiales; leur diagnostic différentiel avec les kystes dermoïdes ou les kystes glandulaires peut présenter alors une certaine difficulté.

NÉOPLASMES HÉTÉROLOGUES

Les néoplasmes hétérologues se différencient des tissus normaux par l'apparition d'éléments cellulaires atypiques ou d'éléments cellulaires étrangers; la plupart des tumeurs homologues tendent souvent à cette transformation atypique; c'est pour cette raison qu'elles sont de nature maligne; lorsqu'elles ne présentent pas cette particularité dès le début, elles l'offrent souvent ultérieurement.

Endothéliomes. — Tel est le cas pour les endothéliomes qui sont constitués par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques et sanguins et présentent au milieu du stroma rétiliforme des amas plus ou moins considérables de cellules épithéloïdes, dont la nature primitive est d'autant plus difficilement reconnue qu'il se produit d'une part des phénomènes régressifs de transformation en tissu graisseux et cartilagineux, de telle sorte que ces variations histologiques compliquent énormément le diagnostic. Il n'est pas rare d'observer une prolifération

excessive aboutissant à des sarcomes alvéolaires (endothéliaux) ou des angio-sarcomes, tous les éléments histologiques des vaisseaux participant à la néoformation (pl. XLII). Dans les régions qui nous intéressent, on observe ces variétés de dégénérescences tandis que l'endothéliome typique ne se rencontre qu'au niveau du voile du palais; son diagnostic sera basé sur l'aspect de la région: on voit en effet une tumeur « intra-pariétale » bomber dans l'épaisseur du voile.

D'autres tumeurs, comme les **sarcomes juvéniles de l'épipharynx** que nous avons étudiés ainsi que les **myo-sarcomes** également intra-pariétaux, sont dues à l'évolution de débris embryonnaires.

Sarcomes. — Les sarcomes, le plus souvent à cellules rondes, rarement fusiformes, se développent au niveau du pharynx et surtout des amygdales. Dans les fosses nasales leur siège de prédilection est le point de la cloison le plus exposé aux traumatismes extérieurs, tandis qu'ils sont rares sur les cornets et dans l'épipharynx (pl. XXIII, fig. 1).

Ils forment des tumeurs bosselées et noduleuses, plus rarement des infiltrations diffuses, indurées, largement implantées, légèrement bosselées et ayant une grande tendance aux hémorragies. Les ganglions sont envahis dès le début.

Lymphosarcomes. — Le lymphosarcome est une tumeur particulière au naso-pharynx caractérisée plutôt cliniquement qu'histologiquement (il est composé de petites cellules marginales à gros noyaux, offrant un aspect alvéolaire). Tandis que la tumeur, légèrement bosselée, assez pâle (pl. XI, fig. 2), située au-dessous de la muqueuse, de préférence au niveau des amygdales, des piliers ou de la luette, n'offre qu'une évolution lente; tous les ganglions cervicaux, rétro et sous-maxillaires sont envahis d'une manière précoce, et cette infiltration ganglionnaire peut atteindre des dimensions énormes. Dans certains cas on observe une véritable transformation en tumeurs multiples, leucémiques, avec altérations caractéristiques du sang, d'autres fois l'infiltration ganglionnaire prédomine comme dans la pseudo-leucémie et la tumeur du pharynx rétrocede totalement. On ne peut donc pas considérer cette tumeur comme ayant des caractères absolument nets.

La particularité intéressante du traitement est le mode d'action de l'arsenic; ce médicament diminue très rapide-

puis à la base de la langue ou en différents points de la muqueuse buccale, les kystes sont rarement plus gros qu'un pois. La dégénérescence kystique des glandes salivaires du plancher de la bouche constitue une tumeur caractéristique: la **grenouillette** (fig. 31).

Les kystes sont en général faciles à reconnaître car leur siège est superficiel. Quand ils sont situés profondément il est quelquefois indiqué de pratiquer une ponction exploratrice, mais après avoir auparavant éliminé l'hypothèse d'une tumeur vasculaire.

Comme traitement on peut pratiquer l'énucléation totale de la tumeur ou bien lorsqu'il existe une large base d'implantation, l'extirpation de la paroi kystique.

Il faut encore signaler les productions kystiques, qui apparaissent à la suite d'adhérences, presque toujours d'origine inflammatoire, de deux surfaces voisines d'une muqueuse. On les rencontre en général dans la région de l'anneau lymphatique du pharynx, mais on peut aussi les observer en d'autres points, en particulier au niveau des fentes branchiales; leur diagnostic différentiel avec les kystes dermoïdes ou les kystes glandulaires peut présenter alors une certaine difficulté.

NÉOPLASMES HÉTÉROLOGUES

Les néoplasmes hétérologues se différencient des tissus normaux par l'apparition d'éléments cellulaires atypiques ou d'éléments cellulaires étrangers; la plupart des tumeurs homologues tendent souvent à cette transformation atypique; c'est pour cette raison qu'elles sont de nature maligne; lorsqu'elles ne présentent pas cette particularité dès le début, elles l'offrent souvent ultérieurement.

Endothéliomes. — Tel est le cas pour les endothéliomes qui sont constitués par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques et sanguins et présentent au milieu du stroma rétiliforme des amas plus ou moins considérables de cellules épithéloïdes, dont la nature primitive est d'autant plus difficilement reconnue qu'il se produit d'une part des phénomènes régressifs de transformation en tissu graisseux et cartilagineux, de telle sorte que ces variations histologiques compliquent énormément le diagnostic. Il n'est pas rare d'observer une prolifération

excessive aboutissant à des sarcomes alvéolaires (endothéliaux) ou des angio-sarcomes, tous les éléments histologiques des vaisseaux participant à la néoformation (pl. XLII). Dans les régions qui nous intéressent, on observe ces variétés de dégénérescences tandis que l'endothéliome typique ne se rencontre qu'au niveau du voile du palais; son diagnostic sera basé sur l'aspect de la région: on voit en effet une tumeur « intra-pariétale » bomber dans l'épaisseur du voile.

D'autres tumeurs, comme les **sarcomes juvéniles de l'épipharynx** que nous avons étudiés ainsi que les **myo-sarcomes** également intra-pariétaux, sont dues à l'évolution de débris embryonnaires.

Sarcomes. — Les sarcomes, le plus souvent à cellules rondes, rarement fusiformes, se développent au niveau du pharynx et surtout des amygdales. Dans les fosses nasales leur siège de prédilection est le point de la cloison le plus exposé aux traumatismes extérieurs, tandis qu'ils sont rares sur les cornets et dans l'épipharynx (pl. XXIII, fig. 1).

Ils forment des tumeurs bosselées et noduleuses, plus rarement des infiltrations diffuses, indurées, largement implantées, légèrement bosselées et ayant une grande tendance aux hémorragies. Les ganglions sont envahis dès le début.

Lymphosarcomes. — Le lymphosarcome est une tumeur particulière au naso-pharynx caractérisée plutôt cliniquement qu'histologiquement (il est composé de petites cellules marginales à gros noyaux, offrant un aspect alvéolaire). Tandis que la tumeur, légèrement bosselée, assez pâle (pl. XI, fig. 2), située au-dessous de la muqueuse, de préférence au niveau des amygdales, des piliers ou de la luette, n'offre qu'une évolution lente; tous les ganglions cervicaux, rétro et sous-maxillaires sont envahis d'une manière précoce, et cette infiltration ganglionnaire peut atteindre des dimensions énormes. Dans certains cas on observe une véritable transformation en tumeurs multiples, leucémiques, avec altérations caractéristiques du sang, d'autres fois l'infiltration ganglionnaire prédomine comme dans la pseudo-leucémie et la tumeur du pharynx rétrocede totalement. On ne peut donc pas considérer cette tumeur comme ayant des caractères absolument nets.

La particularité intéressante du traitement est le mode d'action de l'arsenic; ce médicament diminue très rapide-

ment le volume de la tumeur, malheureusement l'amélioration n'est pas durable, et l'augmentation de volume reparaît aussitôt. Le traitement peut donc sembler embarrassant. Le mieux est de conseiller l'extirpation précoce et radicale comme pour les sarcomes ordinaires. L'opération sera suivie d'un traitement arsenical prolongé.

Dans les sarcomes très étendus il ne faut pas espérer grand chose d'une intervention car la tumeur a ordinairement envahi des organes essentiels de la région du cou et de la base du crâne.

Carcinomes. — Les carcinomes peuvent s'observer au niveau de toutes les muqueuses des voies aériennes. Histologiquement il y a lieu d'en distinguer deux variétés : l'un à épithélium plat cylindrique ; l'autre, le carcinome glandulaire. Le carcinome vilieux des fosses nasales est sans doute identique aux papillomes malins. Leur siège de prédilection est : dans la bouche, au niveau des lèvres, de la langue et des joues, en regard des dents ; dans le pharynx au niveau des amygdales ; dans le nez à la partie antérieure de la cloison, au niveau des cornets inférieurs et du sinus maxillaire. Dans le nez et les sinus seulement on peut observer de véritables tumeurs, tandis que dans la bouche et le pharynx on rencontre le plus souvent une infiltration indurée, bosselée, avec ulcération précoce de la surface ; parfois même on observe seulement une ulcération reposant sur une base indurée et épaissie (pl. XII, fig. 2).

A LA LÈVRE, cette infiltration reste souvent circonscrite, sans subir de ramollissement (pl. I, fig. 2), sous forme de verrue ou de tuméfaction superficielle jusqu'à ce que peu à peu elle s'étende et gagne les parties voisines.

A LA LANGUE, ce sont les bords qui sont le plus fréquemment atteints, puis la moitié antérieure, rarement la base ; la dégénérescence carcinomateuse est le plus souvent consécutive à des foyers leucoplasiques ou à des ulcérations dentaires, de même que le carcinome des lèvres est produit souvent par une cause traumatique (fumeurs de pipe). On observe tantôt une infiltration étendue, tantôt une ulcération superficielle avec bords taillés à pic ; dans le premier cas, le carcinome siège surtout à la surface ; dans le second, au niveau des bords. L'envahissement ganglionnaire se fait assez tard comme dans le carcinome des lèvres. Par la suite, lorsque le carcinome a envahi les régions voisines, il devient difficile de distinguer le point de départ.

Le CARCINOME DE LA MUQUEUSE DES JOUES et de la RÉGION INTERMAXILLAIRE est souvent provoqué par des ulcérations dentaires ; par son siège il entraîne des troubles pénibles de la déglutition.

AU NIVEAU DU PALAIS on observe des infiltrations bosselées arrondies, profondes (carcinome glandulaire), qui tendent à s'ouvrir dans le nez et le sinus maxillaire.

DANS LE NEZ, les carcinomes sont assez rares ; ils forment également des tumeurs bosselées, saignant facilement et que l'on ne reconnaît qu'à une période assez avancée.

En général le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours très simple ; à la lèvre, il est vrai, elles ont un aspect caractéristique, mais dans les autres régions on les confondra avec des tumeurs bénignes et des sarcomes, surtout avec la syphilis ; d'autant plus que carcinome et syphilis se trouvent parfois associés dans la cavité buccale et qu'on observe la transformation de gommés ulcérées en carcinomes. En général, les lésions syphilitiques siègent de préférence à la région médiane, le carcinome sur les bords, surtout au palais, mais ce siège n'est pas exclusif. La multiplicité des lésions dans le carcinome est rare tandis que les gommés apparaissent volontiers en plusieurs points simultanément ou successivement. De plus le caractère de l'ulcération tertiaire, taillée à l'emporte-pièce, forme un contraste avec l'ulcération carcinomateuse superficielle, décolorée, à bords taillés à pic et dont la base est indurée.

En outre le carcinome apparaît en général chez des sujets de 30 à 40 ans et la cachexie est très précoce. En cas de nécessité on pourra recourir au traitement par l'iodure à doses massives, 10 à 15 grammes par jour. Parfois l'examen microscopique de fragments de tumeur pourra éclairer le diagnostic mais il faut se garder de confondre les proliférations épithéliales survenant dans le voisinage des ulcérations syphilitiques avec des foyers carcinomateux.

Au niveau des amygdales les accidents primitifs peuvent prêter à confusion ; leur marche lente, l'infiltration indurée et l'aspect cratériforme de la perte de substance peuvent simuler le carcinome. On devra penser également à la tuberculose, aux phlegmons chroniques avec fistulisation et même à l'actinomyose pour éviter toute erreur.

Dans le nez on fera volontiers le diagnostic de sinusite tandis qu'en réalité il s'agit de carcinome ou de sarcome. La tumeur siégeant en effet dans la profondeur se trouve

dissimulée par la suppuration secondaire et par des végétations inflammatoires polypiformes ou granuleuses. On notera soigneusement l'état cachectique du malade, les troubles précoces de la motilité et de la sensibilité ainsi que les métastases ganglionnaires.

Tumeurs congénitales. — La dernière classe de tumeurs hétérologues est formée par les tumeurs congénitales provenant d'anomalies du blastoderme.

Ce sont d'abord les **kystes dermoïdes du pharynx**, tumeurs le plus souvent petites, dont la base est formée par du tissu graisseux ou fibreux dans lequel se trouvent inclus des fragments de cartilage, de nerfs et de muscles, parfois aussi des dents. L'origine ectodermique de la tumeur est révélée par l'existence de glandes sébacées et sudoripares et la présence de poils ; parfois ces petites tumeurs ont un aspect kystique, analogue aux kystes dermoïdes. Les premiers siègent le plus souvent au palais, les seconds au dessous de la base ou de la pointe de la langue (fig. 32). Enfin dans

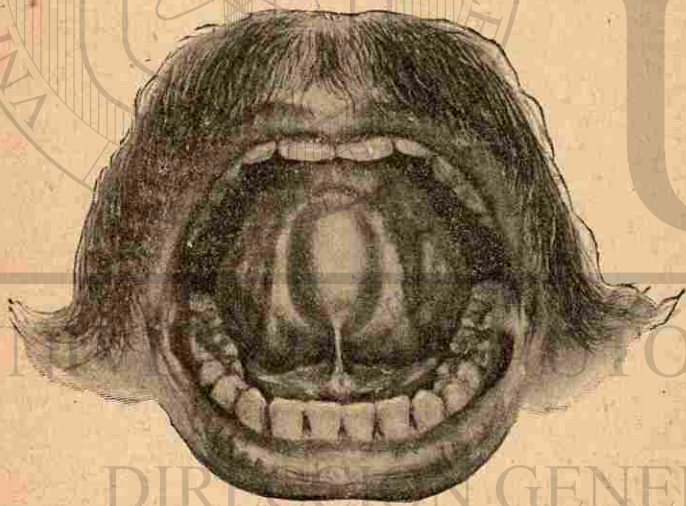


Fig. 32. — Kyste dermoïde du pharynx.

le nez et le sinus maxillaire on découvre parfois des dents surnuméraires, dont la présence est due à un trouble de

développement. Les goitres aberrants et accessoires sont constitués par une forme particulière de tumeurs provenant de débris embryonnaires ; ces tumeurs sont complètement isolées de la glande thyroïde et leur nature ne peut être reconnue qu'au microscope. Leur siège de prédilection est la base de la langue car elles proviennent des débris du conduit thyroïdologique. Il faut bien les distinguer des goitres rétroviscéraux, des glandes thyroïdes anormales qui peuvent s'étendre loin, derrière les organes bucco-pharyngiens mais conservent toujours des rapports directs avec la glande principale.

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DES NÉOPLASMES

Cliniquement il faut distinguer les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Parmi ces dernières, les unes sont graves par leur volume considérable qui distend des cavités étroites, d'autres sont dangereuses de par leur nature même, leur propagation dans les tissus normaux et la cachexie rapide qu'elles entraînent. A cette dernière catégorie appartiennent toutes les variétés de sarcome et de carcinome ; à la première les sarcomes juvéniles, les endothéliomes et leurs dérivés, parfois aussi les tumeurs dermoïdes. Toutes les autres tumeurs sont bénignes, tant qu'elles ne sont pas situées à l'entrée des voies respiratoires et digestives supérieures où toute tumeur d'un certain volume peut devenir dangereuse, si lent que soit son développement. De plus toutes les tumeurs de la bouche et du pharynx étant exposées à des traumatismes fréquents, elles peuvent présenter des lésions et des complications secondaires et surajoutées qui les font confondre avec des tumeurs malignes ou des lésions spécifiques.

Au point de vue symptomatique, les troubles respiratoires seront toujours le premier signe d'une tumeur tant soit peu considérable siégeant dans les fosses nasales ou l'épipharynx ; en outre, les hémorragies par troubles circulatoires et traumatismes inévitables sont fréquentes surtout si la tumeur a atteint un certain développement. Elle s'accompagne parfois de suppurations qui, ainsi que les proliférations secondaires de la muqueuse, peuvent induire en erreur. La torsion du pédicule ou l'étranglement de tumeurs bénignes ainsi que la nécrose spontanée de tumeurs malignes déterminent des phénomènes infectieux et des hémorragies. A une période avancée ces troubles n'ont plus qu'une valeur

clinique et non de diagnostic. Signalons également comme conséquence de la compression exercée par les tumeurs volumineuses et de l'extension de tumeurs malignes, la formation de nécroses osseuses qui peuvent prêter à confusion avec des accidents spécifiques tertiaires.

Dans la cavité buccale les tumeurs de petit volume produisent une gêne caractéristique qui détermine une salivation continue lorsqu'elles atteignent un volume plus considérable, la mastication devient difficile, les douleurs sont naturellement fréquentes, et lorsqu'elles siègent à la partie postérieure de la cavité buccale, elles provoquent de bonne heure du trismus réflexe ou mécanique, surtout quand le pli intermaxillaire est envahi.

Les tumeurs pharyngiennes, en dehors des troubles précédents, produisent encore des troubles de la déglutition, et facilitent la pénétration des aliments dans les fosses nasales ou le larynx; enfin elles déterminent des douleurs irradiées dans l'oreille.

Le traitement consistera surtout dans la destruction ou l'extirpation totale; autant que possible on interviendra par les voies naturelles, mais dans les tumeurs malignes on devra souvent recourir à des interventions préliminaires. Même dans les tumeurs nasales siégeant au voisinage du vestibule il ne faut pas reculer devant une rhinotomie et un large champ opératoire, si elles ne sont pas très apparentes, ou si une récurrence a suivi une intervention endonasale.

Dans les tumeurs de la partie antérieure de la cloison, on pratiquera la rhinotomie latérale; dans les tumeurs de la région latérale de l'éthmoïde, la luxation temporaire des os propres du nez; dans les tumeurs haut situées la résection temporaire de l'auvent nasal.

Pour atteindre certaines tumeurs du pharynx, il sera également nécessaire dans certains cas de procéder à des interventions préliminaires sur le squelette.

RHINO ET PHARYNGOPATHIES DANS LES MALADIES GÉNÉRALES

En dehors des inflammations symptomatiques déjà décrites, le nez et le pharynx participent encore à beaucoup d'autres affections générales.

L'anémie avec décoloration des muqueuses, s'observe dans l'anémie et la chlorose, et l'on voit les malades accuser une sensation de sécheresse anormale de la gorge et du nez, avec toux et sensation de corps étranger. On sait que les chlorotiques ont une tendance particulière aux affections des dents et des gencives.

Le diabète s'accompagne aussi de sécheresse avec atrophie des muqueuses.

L'hypérémie surtout passive accompagne la plupart des maladies des voies digestives et des affections circulatoires: cirrhoses hépatiques, rénales et maladies du cœur. A un léger degré, on n'observe qu'une rougeur de la muqueuse bucco-pharyngée avec hypérémie du tissu érectile du nez; plus tard on constate une dilatation persistante, des varicosités à la base de la langue et du naso-pharynx, finalement des hémorragies. Celles-ci constituent également un signe caractéristique du scorbut (pl. I, fig. 1, pl. XVII, fig. 4) de la maladie de Werlhof, de celle de Barlow, de la leucémie et de la pseudo-leucémie. Cette dernière affection s'accompagne souvent d'hypertrophie de l'anneau lymphatique pharyngien.

Sous l'influence de TROUBLES CHRONIQUES DE L'INTESTIN se développe la glossite de Muller, très rare il est vrai, et caractérisée par une inflammation superficielle exsudative de la langue, dont les éruptions ressemblent à celles de la langue géographique mais qui sont permanentes et douloureuses.

La muqueuse nasale est souvent atteinte de troubles vaso-moteurs, surtout chez la femme. L'hypérémie menstruelle du tissu érectile se caractérise par des symptômes d'obstruction ou même d'un violent catarrhe, de même que la ménopause détermine des troubles analogues qui attirent plus ou moins l'attention et peuvent aller jusqu'à l'asthme. De plus, on peut observer comme trouble supplémentaire de la menstruation et à la période de la ménopause, des hémorragies nasales, parfois d'une abondance extraordinaire et dont il est d'autant plus important de reconnaître la véritable nature que les hémostatiques sont inefficaces, tandis que l'extrait d'hydrastis canadensis est aussi efficace que dans les métrorrhagies.

Des troubles trophiques accompagnent parfois le tabes et la syringomyélie. Dans le tabes on peut observer la chute des dents et des ulcérations analogues au mal perfor-

rant ; la syringomyélie peut déterminer des ulcérations traumatiques consécutives aux hyperesthésies.

Les muqueuses peuvent parfois participer aux **affections des téguments** ; c'est ainsi que dans presque la moitié des cas de lichen plan, on constate de petits nodules blancs, indurés, pouvant atteindre la grosseur d'une lentille dans la bouche et sur le palais, groupés en cercle. Dans le pemphigus bulleux ou végétant, la localisation buccale n'est pas rare et assombrit en général le pronostic. Les éruptions sont toujours bien moins distinctes sur la muqueuse, où les bullés ne persistent jamais longtemps, qu'à la surface des téguments. Il en est ainsi pour les ulcérations buccales de l'érythème exsudatif.

TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES

TROUBLES MOTEURS

a) TROUBLES HYPOKINÉSIIQUES

On observe parfois des *troubles hypokinésiques d'origine musculaire* au niveau du releveur de l'aile du nez, soit par faiblesse congénitale, soit par atrophie due à l'inactivité du muscle dans la respiration buccale, il ne se contracte plus pendant l'inspiration et par suite rend la respiration très difficile. Le seul moyen de remédier à ce trouble consiste dans l'introduction d'appareils rigides dont le meilleur est celui de Schmithuisen.

Les **paralysies** des muscles bucco-pharyngés reconnaissent comme origine des lésions nerveuses ; on les observe dans la *paralyse bulbaire* où les lèvres, la langue, le voile du palais et les muscles profonds du pharynx sont atteints ; il en résulte une gêne de la parole et de la déglutition ; les aliments n'étant plus portés jusqu'à l'œsophage restent en partie sur la base de la langue. Une partie de ces symptômes bulbares sont également produits par d'autres affections des noyaux bulbares ils surviennent en particulier dans les maladies du système nerveux (tabes, sclérose etc.), dans les tumeurs et dans les affections syphilitiques. Dans ce cas, ce sont toujours les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien qui sont atteints, la participation

du facial à l'innervation du pharynx étant encore douteuse, il est probable que ce sont des variations individuelles de ses branches qui permettent d'expliquer la participation de ce nerf à l'innervation du voile dans certains cas et non dans d'autres. On observe parfois la *paralyse périphérique des nerfs* dans les tumeurs et suppurations de la base du crâne ; rarement isolées, elles sont le plus souvent associées à des paralysies d'autres nerfs crâniens ou médullaires. Il est plus fréquent de rencontrer des névrites isolées d'origine infectieuse, en particulier les névrites post-diphthériques au niveau du voile et de la luette, mais on les observe aussi consécutivement à d'autres pharyngites ou à des amygdalites infectieuses ou à la suite de compression.

Dans les formes graves on diagnostique facilement ces paralysies par le reflux des aliments dans les fosses nasales car l'occlusion du voile est insuffisante et par la rhinolalie ouverte. Habituellement les parésies et paralysies du voile sont bilatérales ; la paralysie du spinal seul provoque l'unilatéralité, et dans ce cas elle est compliquée de paralysie récurrentielle. Cette lésion est symptomatique d'une lésion de la base du crâne.

La paralysie totale du pharynx peut nécessiter l'alimentation artificielle, pour prévenir également les pneumonies par déglutition. Lorsque ces paralysies périphériques ont une tendance à la guérison ou à l'amélioration on les traite par le massage local et la faradisation combinés à la strychnine.

b) TROUBLES HYPERKINÉSIIQUES

Parmi les troubles hyperkinésiques, on observe parfois chez les sujets nerveux, au moment précis où ils veulent parler, des **contractures** des lèvres pouvant s'étendre à d'autres muscles de la parole, et déterminant une forme de bégaiement. On a pu observer une névrose professionnelle, sous forme de crampes de la langue, chez des clarinettes. Des troubles moteurs du voile provoquent chez des paralytiques généraux et chez des hystériques l'ouverture de l'épipharynx au lieu de son occlusion avec toutes ses conséquences.

Des contractures toniques et cloniques de l'orbiculaire des lèvres, des muscles de la langue et des masticateurs (trismus)

rant ; la syringomyélie peut déterminer des ulcérations traumatiques consécutives aux hyperesthésies.

Les muqueuses peuvent parfois participer aux **affections des téguments** ; c'est ainsi que dans presque la moitié des cas de lichen plan, on constate de petits nodules blancs, indurés, pouvant atteindre la grosseur d'une lentille dans la bouche et sur le palais, groupés en cercle. Dans le pemphigus bulleux ou végétant, la localisation buccale n'est pas rare et assombrit en général le pronostic. Les éruptions sont toujours bien moins distinctes sur la muqueuse, où les bullés ne persistent jamais longtemps, qu'à la surface des téguments. Il en est ainsi pour les ulcérations buccales de l'érythème exsudatif.

TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES

TROUBLES MOTEURS

a) TROUBLES HYPOKINÉSIIQUES

On observe parfois des *troubles hypokinésiques d'origine musculaire* au niveau du releveur de l'aile du nez, soit par faiblesse congénitale, soit par atrophie due à l'inactivité du muscle dans la respiration buccale, il ne se contracte plus pendant l'inspiration et par suite rend la respiration très difficile. Le seul moyen de remédier à ce trouble consiste dans l'introduction d'appareils rigides dont le meilleur est celui de Schmithuisen.

Les **paralysies** des muscles bucco-pharyngés reconnaissent comme origine des lésions nerveuses ; on les observe dans la *paralyse bulbaire* où les lèvres, la langue, le voile du palais et les muscles profonds du pharynx sont atteints ; il en résulte une gêne de la parole et de la déglutition ; les aliments n'étant plus portés jusqu'à l'œsophage restent en partie sur la base de la langue. Une partie de ces symptômes bulbares sont également produits par d'autres affections des noyaux bulbares ils surviennent en particulier dans les maladies du système nerveux (tabes, sclérose etc.), dans les tumeurs et dans les affections syphilitiques. Dans ce cas, ce sont toujours les noyaux du spinal, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien qui sont atteints, la participation

du facial à l'innervation du pharynx étant encore douteuse, il est probable que ce sont des variations individuelles de ses branches qui permettent d'expliquer la participation de ce nerf à l'innervation du voile dans certains cas et non dans d'autres. On observe parfois la *paralyse périphérique des nerfs* dans les tumeurs et suppurations de la base du crâne ; rarement isolées, elles sont le plus souvent associées à des paralysies d'autres nerfs crâniens ou médullaires. Il est plus fréquent de rencontrer des névrites isolées d'origine infectieuse, en particulier les névrites post-diphthériques au niveau du voile et de la luette, mais on les observe aussi consécutivement à d'autres pharyngites ou à des amygdalites infectieuses ou à la suite de compression.

Dans les formes graves on diagnostique facilement ces paralysies par le reflux des aliments dans les fosses nasales car l'occlusion du voile est insuffisante et par la rhinolalgie ouverte. Habituellement les parésies et paralysies du voile sont bilatérales ; la paralysie du spinal seul provoque l'unilatéralité, et dans ce cas elle est compliquée de paralysie récurrentielle. Cette lésion est symptomatique d'une lésion de la base du crâne.

La paralysie totale du pharynx peut nécessiter l'alimentation artificielle, pour prévenir également les pneumonies par déglutition. Lorsque ces paralysies périphériques ont une tendance à la guérison ou à l'amélioration on les traite par le massage local et la faradisation combinés à la strychnine.

b) TROUBLES HYPERKINÉSIIQUES

Parmi les troubles hyperkinésiques, on observe parfois chez les sujets nerveux, au moment précis où ils veulent parler, des **contractures** des lèvres pouvant s'étendre à d'autres muscles de la parole, et déterminant une forme de bégaiement. On a pu observer une névrose professionnelle, sous forme de crampes de la langue, chez des clarinettes. Des troubles moteurs du voile provoquent chez des paralytiques généraux et chez des hystériques l'ouverture de l'épipharynx au lieu de son occlusion avec toutes ses conséquences.

Des contractures toniques et cloniques de l'orbiculaire des lèvres, des muscles de la langue et des masticateurs (trismus)

se produisent, soit par une cause nerveuse générale soit par une excitation nerveuse centrale ou périphérique, soit enfin par voie réflexe à la suite d'affections douloureuses de la bouche : carie dentaire, etc...

Les contractures toniques du pharynx sont un symptôme caractéristique de la rage, mais peuvent survenir aussi comme symptômes de début des paralysies centrales ; elles se caractérisent par l'impossibilité d'avaler, de parler et à l'examen on voit les parties molles, le voile du palais en particulier, tendu, contracturé et non relâché comme dans les paralysies.

Les contractures hystériques accompagnées de dysphagie avec impossibilité du cathétérisme œsophagien peuvent simuler des rétrécissements et même des diverticules de l'œsophage. Le diagnostic se fera par un examen de l'état général, examen répété à diverses reprises.

Les premiers cas sont incurables, tandis que les seconds sont justiciables d'un traitement psychique.

Des *spasmes cloniques* du voile du palais et de la luette, parfois rythmiques et associés même aux contractions de l'élevateur de la trompe et du tenseur du tympan s'observent soit chez les hystériques soit comme névrose professionnelle chez les chanteurs ou encore dans les affections de la moelle.

TROUBLES SENSITIFS

Les nerfs sensitifs peuvent présenter divers troubles : anesthésie, hyperesthésie ou paresthésie.

L'**anesthésie des fosses nasales** reconnaît soit une origine hystérique, soit une lésion du trijumeau, en particulier la destruction de ce nerf. Elle se traduit par l'abolition du réflexe de l'éternuement et du larmolement, au niveau de la zone lésée. Ce trouble est en général unilatéral.

L'**anesthésie du pharynx** qui relève des mêmes causes que les paralysies peut s'observer à la suite du choléra, du diabète, des entérites, elle est grave surtout lorsqu'elle s'étend à toutes les régions du pharynx. Elle ne comporte pas de gravité sérieuse au niveau de la région supérieure car le mouvement de déglutition se continue automatiquement jusqu'au voile du palais, mais il n'en est pas de même au niveau du pharynx laryngé ; l'occlusion du larynx se produisant par acte réflexe à la suite de l'excitation du pharynx

et du larynx l'anesthésie pourra s'accompagner de troubles graves, la déglutition devra être surveillée et il pourra être nécessaire dans certains cas de recourir à l'alimentation artificielle.

Le traitement causal est le même que celui des paralysies. La diminution de la sensibilité du pharynx produite par l'ingestion habituelle d'aliments et de liquides trop chauds, trop froids ou trop épicés ainsi que l'insensibilité de la muqueuse nasale consécutive à l'abus du tabac à priser ou à d'autres irritations continuelles peuvent déterminer des affections graves. En effet le rôle de la muqueuse disparaît, sa sensibilité émoussée ne peut plus la préserver de l'introduction de corps nuisibles qui exercent une action néfaste sur les voies digestives et pulmonaires. De même dans les fosses nasales les appareils réflexes de défense, tels que l'érection du tissu érectile et l'éternuement n'étant plus mis en jeu permettent la pénétration de corps étrangers plus ou moins volumineux dans les voies aériennes.

L'**hyperesthésie de la muqueuse nasale** explique la douleur éprouvée par certaines personnes à la respiration d'un air froid ou mélangé de vapeurs irritantes, elle explique également l'éternuement ou le larmolement fréquents.

Tous les médecins connaissent bien l'**hyperexcitabilité du pharynx** provoquée par une influence psychique (la phobie des vomissements, par exemple) et qui empêche tout examen. Citons encore les nausées et les vomissements, qui se produisent le matin au réveil après l'abus du tabac et de l'alcool.

On observe enfin chez des sujets nerveux des **paresthésies** se traduisant sous forme de sensation de corps étrangers, de maladies imaginaires de la gorge et du pharynx et surtout de fausses localisations de troubles réels, mais existant en d'autres points. Ces derniers cas sont fréquents, car la faculté de localisation s'exerce d'une façon très défectueuse dans le pharynx : les premiers au contraire sont exceptionnels, quoiqu'on les diagnostique souvent, mais il faut tenir compte que ces sensations peuvent être produites par des affections réelles parfois difficiles à découvrir. On ne peut donc faire le diagnostic de paresthésies d'origine véritablement nerveuse qu'après exclusion de toute lésion objective. Le traitement est également psychique.

Parmi les troubles de la sensibilité il faut encore ranger

les **névralgies** ; on observe en effet des troubles névralgiques dans la sphère du trijumeau qui innerve la muqueuse bucco-pharyngienne, mais surtout la **glossodynie**. Cette affection apparaît à l'âge moyen et est produite par une névrite du glosso-pharyngien ou du trijumeau ; à proprement parler il s'agit d'une douleur continue et non par accès comme dans les névralgies. Il faut toujours en rechercher la cause dans l'hystérie ou dans l'hypocondrie.

TROUBLES SENSORIELS

Les troubles de l'odorat et du goût s'observent simultanément. On les désigne sous le terme d'agueusie et de paragueusie (l'hyperagueusie se rapporte principalement à la partie olfactive du goût).

L'**agueusie** se produit mécaniquement lorsqu'une inflammation catarrhale intense de la bouche ou un enduit saburral épais empêche l'excitation des terminaisons nerveuses (sensation de goût pâteux) ; elle est due aussi à la paralysie des nerfs sensitifs : trijumeau et glosso-pharyngien mais surtout corde du tympan et tronc du facial. Dans les névrites rhumatismales et inflammatoires, par exemple au cours d'otite moyenne, on peut observer de la **paragueusie** c'est-à-dire qu'il y a confusion entre les sensations sucrées et amères. Naturellement les paralysies centrales de ces nerfs ont les mêmes conséquences, mais on devra conclure à une origine névritique lorsque les troubles sont unilatéraux.

L'**anosmie** se produit lorsque des obstacles mécaniques empêchent le courant d'air respiratoire d'arriver à la fente olfactive ou lorsqu'il chemine le long du plancher des fosses nasales anormalement spacieuses. L'anosmie se produit encore lorsque la fonction des cellules olfactives est annihilée soit dans le cas de suppurations nasales, soit à la suite d'irritations violentes (vapeurs caustiques, parfums subtils).

Enfin l'anosmie centrale est due à des traumatismes, à des inflammations ou à des tumeurs des bulbes ou du tronc des nerfs olfactifs ; le diagnostic n'est possible que s'il existe d'autres symptômes de tumeurs de la base, quelquefois il se fait seulement à l'autopsie.

Des anosmies passagères s'observent dans le cours ou après des rhinites aiguës.

Le pronostic de l'anosmie de cause mécanique est lié à la suppression de l'obstacle, de même que les troubles de l'odorat dus à des suppurations dépendent de la guérison de ces rhinites purulentes, mais il faut toujours craindre l'atrophie définitive due à une inactivité prolongée.

Par **parosmie** on désigne la production par certaines odeurs de sensations différentes de celles qui devraient être perçues normalement. On observe ces fausses perceptions, souvent fort désagréables, dans l'hystérie, dans la convalescence de l'influenza, et dans ce cas elles sont liées vraisemblablement à des lésions directes de la membrane olfactive.

On rencontre ces phénomènes dans toutes les affections centrales et psychiques, et alors il ne faut pas les confondre avec les hallucinations de l'odorat qui se produisent spontanément, de même qu'il ne faut admettre le diagnostic de CACOSMIE SUBJECTIVE qu'après avoir examiné les fosses nasales, et éliminé l'existence d'une sinusite.

TROUBLES VASO-MOTEURS ET SÉCRÉTOIRES

L'hyperémie de la muqueuse nasale, d'origine vasomotrice, est le résultat d'une irritation de la muqueuse ; mais on peut aussi l'observer comme phénomène supplémentaire, en particulier de la menstruation. Elle se manifeste par des variations de volume du tissu érectile des fosses nasales, et elle s'accompagne de troubles sécrétoires : sécrétion de mucus nasal aqueux et salivation abondante. Ces phénomènes peuvent aussi dépendre d'excitations périphériques olfactives, thermiques et gustatives ou de simples excitations nerveuses. L'écoulement nasal, lorsqu'il est très abondant est qualifié d'hydrorrhée nasale vasomotrice, qu'il faut différencier d'avec les sinusites catarrhales. L'hydrorrhée nerveuse vraie sera combattue par l'atropine mais surtout par un traitement général.

Lorsqu'il se produit une excitation anormale au niveau de la muqueuse des voies aériennes supérieures les muscles respiratoires réagissent par un mouvement de défense comme dans les cas de pénétration de corps étranger ; le diaphragme se met en position expiratoire ainsi que les muscles du thorax, la glotte se ferme, les muscles des bronches se

contractent. La toux se produit si l'excitation s'est faite au niveau du larynx ou du pharynx inférieur; il y a éternuement dans le cas d'excitation des fosses nasales ou de la partie antérieure du palais.

TROUBLES RÉFLEXES

Des excitations périphériques ne déterminant chez certains sujets aucune réaction provoquent au contraire chez d'autres une contracture des muscles bronchiques et des autres muscles respiratoires, c'est-à-dire de l'asthme, parfois des accès de toux ou d'éternuement convulsifs. L'excitation peut être produite par des attouchements légers mais fréquemment répétés; tel est le cas de petits polypes mobiles provoquant un chatouillement en certains points de la pituitaire, d'autres fois à la suite de lésions des terminaisons nerveuses des cornets et de la cloison, le réflexe se produit consécutivement à de légères excitations thermiques. Parmi les causes de l'asthme, une des plus fréquentes et à laquelle on songe peu, est l'écoulement de mucosités dans le pharynx et surtout de sécrétions nasales anormales; les mouvements d'expectoration pénibles et souvent infructueux du pharynx en même temps que l'irritation provoquée par l'action chimique et mécanique des sécrétions déterminent facilement le réflexe expirateur.

A cette excitation locale et au tempérament du malade il faut ajouter bien souvent une prédisposition créée par les saisons; les accès ne surviennent en effet qu'à certaines périodes de l'année ou de la journée ainsi qu'à certains endroits; en général, le froid, la poussière ont une action incontestable sur l'apparition de l'accès. On ne devra donc pas attacher une trop grande importance à l'épreuve de la cocaïne pour constater le rapport qui existe entre le point irrité de la muqueuse et l'asthme. En général, on pourra incriminer les zones réflexes du nez et du pharynx dont l'anesthésie arrête ou calme un accès, mais non avec une certitude absolue.

Le traitement naso-pharyngien de l'asthme est purement empirique. On ne peut espérer la guérison qu'avec la suppression des zones de la muqueuse que la cocaïne a démontrées être le point du départ du réflexe, sans promettre quoi que ce soit au malade, le traitement doit se borner à sup-

primer ou diminuer les hypersécrétions: souvent des lavages réguliers suffisent, quelquefois une légère cautérisation des points suspects de la muqueuse, en particulier le tubercule de la cloison, le bord supérieur du cornet inférieur et les granulations du pharynx. Il faudra supprimer également les polypes, surtout ceux qui sont mobiles, et les autres tumeurs; enfin, assurer la perméabilité des fosses nasales. On devra complètement rejeter les vastes cautérisations, l'ablation de petites déviations de la cloison dont l'excision n'est indiquée que si elles sont au contact des cornets inférieur ou moyen. A ces soins locaux il faut joindre un traitement psychique et général ainsi que la pneumothérapie, et prescrire l'iodure de potassium à haute dose.

Les réflexes, plus rares, de toux et d'éternuement sont peut-être encore plus désagréables et pour le malade et pour le médecin. En effet lorsque, la suppression des points d'irritation (cloison, cornets, amygdale linguale, granulations, etc.), ne détermine pas la guérison, il faut alors compter avec le terrain neurasthénique ou hystérique, et le traitement est alors des plus aléatoires.

Les réflexes de la muqueuse nasale peuvent se produire également par l'excitation d'autres parties du corps, et en particulier du conduit auditif externe. En dehors des phénomènes respiratoires, les réflexes sont aussi en relation avec l'appareil cardiaque, par l'excitation ou la paralysie du pneumogastrique. Les névroses cardiaques, la tachycardie et la bradycardie ainsi que l'arythmie, peuvent reconnaître comme cause des excitations mécaniques, dont le point de départ siège au niveau de la muqueuse du nez. On a signalé des cas de syndrome de maladie de Basedow disparaissant après le traitement d'affection nasale. Néanmoins on devra se garder d'un optimisme exagéré dans le pronostic.

Le dernier groupe des réflexes comprend les phénomènes vaso-moteurs sécrétoires: érythèmes et œdèmes des téguments de la face dorsale du nez et des joues; hyperémie persistante des téguments et du tissu érectile des fosses nasales, hyperémie et conjunctivite catarrhale accompagnées d'asthénopie et d'autres troubles fonctionnels de la vue.

Il faut bien distinguer des réflexes, certains troubles éloignés, en particulier les sensations douloureuses siégeant en des points voisins ou très distants des cavités nasale ou bucco-pharyngienne. On peut les expliquer soit par l'irradiation d'une excitation sensitive, se produisant en certains points

d'une sphère nerveuse, ou d'un plexus nerveux voisin, soit par une hypersensibilité générale. Dans la première catégorie il faut ranger les douleurs occipitales au cours des sinusites frontales, la douleur sus-orbitaire dans la sinusite maxillaire, les douleurs d'origine dentaire occupant le maxillaire inférieur et supérieur dans les affections intéressant la région du nerf alvéolaire supérieur, etc. Dans la seconde catégorie, c'est-à-dire parmi les troubles éloignés proprement dits, il faut citer la gastralgie, les troubles dysménorhéiques et nombre de douleurs analogues qui disparaissent par la cocaïnisation d'un point quelconque du nez ou du pharynx.

Lorsque l'on tentera le traitement de ces troubles éloignés à point de départ probablement nasal, on ne devra rien promettre et en outre tenir compte du « nihil nocere ».

LÉSIONS TRAUMATIQUES, MÉCANIQUES, CHIMIQUES ET THERMIQUES

Les traumatismes des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngienne ne diffèrent pas en général quant à la symptomatologie et au traitement des affections chirurgicales ordinaires. Comme dans tous les traumatismes des muqueuses, la guérison se fait rapidement. Il n'y a de complications que lorsque la plaie provoque des adhérences ou synéchies entre deux surfaces opposées, grâce au tamponnement on les évitera.

TRAUMATISMES

Les **TRAUMATISMES DE LA CLOISON** entraînent des déformations spéciales. Lorsque la lésion frappe le cartilage, elle détermine une hémorragie, uni ou bilatérale, entre le péri-chondre et le cartilage quadrangulaire ; consécutivement à cet hématome, le cartilage cessant d'être vascularisé peut se nécroser rapidement et entraîner la déformation connue sous le nom de nez en lorgnette, surtout dans les cas où l'hématome, infecté à travers la muqueuse contuse ou rompue, a suppuré.

Il peut se produire également dans les traumatismes du nez un **abcès de la cloison**, caractérisé au début par

un peu de gêne respiratoire, une douleur accompagnée de battements, avec sensation de chaleur ; plus tard apparaît dans la région du tubercule de la cloison, d'un ou des deux côtés, une tuméfaction dépressible.

L'**hématome** devra être incisé largement puis après avoir enlevé les caillots, on appliquera la muqueuse sur le cartilage par un tamponnement. Les fragments de cartilage nécrosé et mobile seront enlevés ; les abcès seront largement incisés et drainés par une mèche. On peut aussi observer dans les traumatismes violents qui frappent les cornets (fig. 32), des synéchies, entre eux et la cloison et nécessitent un traitement analogue à celui des adhérences congénitales.

Dans la cavité buccale, les morsures de la langue s'observent surtout chez les épileptiques et constituent un élément précieux de diagnostic. Cependant il faut savoir que cette lésion peut aussi s'observer dans le catarrhe chronique de la cavité buccale, dans les cas d'anesthésie linguale et au cours des paralysies.



Fig. 33. — Adhérence du cornet moyen droit et de la cloison consécutive à une fracture du nez par coup de pied de cheval. Synéchie congénitale du cornet inférieur avec une épine de la cloison.

LÉSIONS MÉCANIQUES

Les **irritations mécaniques** des muqueuses s'exercent d'une façon tellement continue que souvent l'épithélium ne réagit plus ; c'est ce qui se produit en particulier vis-à-vis toutes les poussières. Quand l'irritation détermine un syndrome morbide, il faut admettre une irritabilité particulière dont l'explication reste encore à trouver. Un exemple typique est fourni par la **rhinique spasmodique** provoquée par la poussière des fleurs, le pollen, le **rhume des foins**. A une période déterminée de l'année, toujours constante, il se produit des troubles paroxystiques, caractérisés par une conjonctivite catarrhale intense, un catarrhe

d'une sphère nerveuse, ou d'un plexus nerveux voisin, soit par une hypersensibilité générale. Dans la première catégorie il faut ranger les douleurs occipitales au cours des sinusites frontales, la douleur sus-orbitaire dans la sinusite maxillaire, les douleurs d'origine dentaire occupant le maxillaire inférieur et supérieur dans les affections intéressant la région du nerf alvéolaire supérieur, etc. Dans la seconde catégorie, c'est-à-dire parmi les troubles éloignés proprement dits, il faut citer la gastralgie, les troubles dysménorhéiques et nombre de douleurs analogues qui disparaissent par la cocaïnisation d'un point quelconque du nez ou du pharynx.

Lorsque l'on tentera le traitement de ces troubles éloignés à point de départ probablement nasal, on ne devra rien promettre et en outre tenir compte du « nihil nocere ».

LÉSIONS TRAUMATIQUES, MÉCANIQUES, CHIMIQUES ET THERMIQUES

Les traumatismes des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngienne ne diffèrent pas en général quant à la symptomatologie et au traitement des affections chirurgicales ordinaires. Comme dans tous les traumatismes des muqueuses, la guérison se fait rapidement. Il n'y a de complications que lorsque la plaie provoque des adhérences ou synéchies entre deux surfaces opposées, grâce au tamponnement on les évitera.

TRAUMATISMES

Les **TRAUMATISMES DE LA CLOISON** entraînent des déformations spéciales. Lorsque la lésion frappe le cartilage, elle détermine une hémorragie, uni ou bilatérale, entre le péri-chondre et le cartilage quadrangulaire ; consécutivement à cet hématome, le cartilage cessant d'être vascularisé peut se nécroser rapidement et entraîner la déformation connue sous le nom de nez en lorgnette, surtout dans les cas où l'hématome, infecté à travers la muqueuse contuse ou rompue, a suppuré.

Il peut se produire également dans les traumatismes du nez un **abcès de la cloison**, caractérisé au début par

un peu de gêne respiratoire, une douleur accompagnée de battements, avec sensation de chaleur ; plus tard apparaît dans la région du tubercule de la cloison, d'un ou des deux côtés, une tuméfaction dépressible.

L'**hématome** devra être incisé largement puis après avoir enlevé les caillots, on appliquera la muqueuse sur le cartilage par un tamponnement. Les fragments de cartilage nécrosé et mobile seront enlevés ; les abcès seront largement incisés et drainés par une mèche. On peut aussi observer dans les traumatismes violents qui frappent les cornets (fig. 32), des synéchies, entre eux et la cloison et nécessitent un traitement analogue à celui des adhérences congénitales.

Dans la cavité buccale, les morsures de la langue s'observent surtout chez les épileptiques et constituent un élément précieux de diagnostic. Cependant il faut savoir que cette lésion peut aussi s'observer dans le catarrhe chronique de la cavité buccale, dans les cas d'anesthésie linguale et au cours des paralysies.



Fig. 33. — Adhérence du cornet moyen droit et de la cloison consécutive à une fracture du nez par coup de pied de cheval. Synéchie congénitale du cornet inférieur avec une épine de la cloison.

LÉSIONS MÉCANIQUES

Les **irritations mécaniques** des muqueuses s'exercent d'une façon tellement continue que souvent l'épithélium ne réagit plus ; c'est ce qui se produit en particulier vis-à-vis toutes les poussières. Quand l'irritation détermine un syndrome morbide, il faut admettre une irritabilité particulière dont l'explication reste encore à trouver. Un exemple typique est fourni par la **rhinique spasmodique** provoquée par la poussière des fleurs, le pollen, le **rhume des foins**. A une période déterminée de l'année, toujours constante, il se produit des troubles paroxystiques, caractérisés par une conjonctivite catarrhale intense, un catarrhe

des muqueuses nasale et pharyngienne, accompagné d'accès d'éternuements répétés. Le catarrhe peut même s'étendre aux muqueuses des voies respiratoires inférieures et provoquer un asthme violent. Le nombre des traitements proposés est énorme, leur efficacité est douteuse : la seule ressource est de trouver des endroits où les poussières nocives n'existent pas. Heligoland a pour cela une renommée toute spéciale.

[Véritablement cet exil dans une île constitue un traitement peu applicable].

LÉSIONS CHIMIQUES

Les *poussières fines* de chromate de potasse, de ciment, de tabac, provoquent à la fois une irritation mécanique et une irritation chimique. Chez les ouvriers qui respirent ces poussières, on peut observer des *perforations traumatiques de la cloison*, mais le plus souvent dues et consécutives à des démangeaisons, à des grattages et à des excoriations.

Les *médicaments toxiques* ont également une action purement chimique : l'iode produit un coryza et de même que le brome, une stomatite aiguë qui peut devenir caractéristique par la présence d'un enduit blanchâtre sur les gencives.

L'*intoxication chronique par le phosphore* atteint le maxillaire, par l'élimination qui se produit au niveau des gencives et des dents cariées ; aussi au début observe-t-on des signes de gingivite et de périostite alvéolaire.

Nous avons déjà parlé de la *stomatite mercurielle* ; d'autres métaux provoquent encore des lésions gingivales : le *cuivre* et le *plomb*, le premier agissant même en profondeur, tandis que les lésions provoquées par le second sont superficielles.

Les *acides et alcalins irritants* appliqués sur les gencives exercent une action chimique, employés soit comme médicament, soit dans des tentatives de suicide. Ils déterminent des escharres plus ou moins épaisses, le plus souvent blanchâtres, l'acide sulfurique seul provoque une coloration rouge brun ou noir ; l'acide nitrique, une coloration jaunâtre. Les hémorragies qui sont fréquentes après les cautérisations donnent une coloration plus foncée.

BRULURES

Dans les fosses nasales on n'observe guère que des *brûlures* produites par le médecin dans un but thérapeutique. Elles doivent être surveillées afin d'éviter la cautérisation de deux surfaces opposées qui pourraient déterminer des synéchies.

Dans la bouche et le pharynx, les brûlures sont provoquées par des aliments ou boissons trop chauds, ou par la respiration de vapeurs. Elles déterminent la formation de phlyctènes éphémères, qui laissent à leur suite un enduit fibrineux, recouvrant la muqueuse.

Le traitement de toutes ces lésions ne peut consister qu'à calmer les douleurs (glace, cocaïne, orthoforme).

CORPS ÉTRANGERS

En général on distingue deux variétés de corps étrangers : les uns inorganiques et les autres organisés.

A. — CORPS ÉTRANGERS INORGANIQUES

Nous avons déjà signalé dans les canaux salivaires et dans les cryptes amygdaliennes la présence de corps étrangers, amas de concrétions composés de sels calcaires et qui constituent les *calculs salivaires* ou *amygdaliens*. Dans le nez, on observe aussi ces calculs constitués en majeure partie par du phosphate de chaux ou d'autres sels qui forment une enveloppe et une gangue plus ou moins épaisse à des corps étrangers introduits dans le nez, en particulier des noyaux de cerise. C'est en général, chez les enfants et en jouant, que les corps étrangers dont les variétés constitueraient une collection curieuse et qui atteignent parfois des dimensions incroyables pénètrent dans les fosses nasales.

Dans la bouche et le pharynx, les corps étrangers pénètrent ordinairement par aspiration ou au moment de la déglutition quand ils sont mélangés aux aliments, mais ici les corps étrangers ne s'arrêtent pas, ils sont déglutis, sauf les

des muqueuses nasale et pharyngienne, accompagné d'accès d'éternuements répétés. Le catarrhe peut même s'étendre aux muqueuses des voies respiratoires inférieures et provoquer un asthme violent. Le nombre des traitements proposés est énorme, leur efficacité est douteuse : la seule ressource est de trouver des endroits où les poussières nocives n'existent pas. Heligoland a pour cela une renommée toute spéciale.

[Véritablement cet exil dans une île constitue un traitement peu applicable].

LÉSIONS CHIMIQUES

Les *poussières fines* de chromate de potasse, de ciment, de tabac, provoquent à la fois une irritation mécanique et une irritation chimique. Chez les ouvriers qui respirent ces poussières, on peut observer des *perforations traumatiques de la cloison*, mais le plus souvent dues et consécutives à des démangeaisons, à des grattages et à des excoriations.

Les *médicaments toxiques* ont également une action purement chimique : l'iode produit un coryza et de même que le brome, une stomatite aiguë qui peut devenir caractéristique par la présence d'un enduit blanchâtre sur les gencives.

L'*intoxication chronique par le phosphore* atteint le maxillaire, par l'élimination qui se produit au niveau des gencives et des dents cariées ; aussi au début observe-t-on des signes de gingivite et de périostite alvéolaire.

Nous avons déjà parlé de la *stomatite mercurielle* ; d'autres métaux provoquent encore des lésions gingivales : le *cuivre* et le *plomb*, le premier agissant même en profondeur, tandis que les lésions provoquées par le second sont superficielles.

Les *acides et alcalins irritants* appliqués sur les gencives exercent une action chimique, employés soit comme médicament, soit dans des tentatives de suicide. Ils déterminent des escharres plus ou moins épaisses, le plus souvent blanchâtres, l'acide sulfurique seul provoque une coloration rouge brun ou noir ; l'acide nitrique, une coloration jaunâtre. Les hémorragies qui sont fréquentes après les cautérisations donnent une coloration plus foncée.

BRULURES

Dans les fosses nasales on n'observe guère que des *brûlures* produites par le médecin dans un but thérapeutique. Elles doivent être surveillées afin d'éviter la cautérisation de deux surfaces opposées qui pourraient déterminer des synéchies.

Dans la bouche et le pharynx, les brûlures sont provoquées par des aliments ou boissons trop chauds, ou par la respiration de vapeurs. Elles déterminent la formation de phlyctènes éphémères, qui laissent à leur suite un enduit fibrineux, recouvrant la muqueuse.

Le traitement de toutes ces lésions ne peut consister qu'à calmer les douleurs (glace, cocaïne, orthoforme).

CORPS ÉTRANGERS

En général on distingue deux variétés de corps étrangers : les uns inorganiques et les autres organisés.

A. — CORPS ÉTRANGERS INORGANIQUES

Nous avons déjà signalé dans les canaux salivaires et dans les cryptes amygdaliennes la présence de corps étrangers, amas de concrétions composés de sels calcaires et qui constituent les *calculs salivaires* ou *amygdaliens*. Dans le nez, on observe aussi ces calculs constitués en majeure partie par du phosphate de chaux ou d'autres sels qui forment une enveloppe et une gangue plus ou moins épaisse à des corps étrangers introduits dans le nez, en particulier des noyaux de cerise. C'est en général, chez les enfants et en jouant, que les corps étrangers dont les variétés constitueraient une collection curieuse et qui atteignent parfois des dimensions incroyables pénètrent dans les fosses nasales.

Dans la bouche et le pharynx, les corps étrangers pénètrent ordinairement par aspiration ou au moment de la déglutition quand ils sont mélangés aux aliments, mais ici les corps étrangers ne s'arrêtent pas, ils sont déglutis, sauf les

aiguilles et les arêtes, etc. C'est surtout à la suite de vomissements que les corps étrangers pénètrent dans l'épipharynx.

Ces corps étrangers subissent une évolution variable; tantôt ils persistent longtemps sans déterminer de réaction mais le plus souvent ils produisent de violentes inflammations locales, en ouvrant des portes à l'infection: érysipèle, abcès avec nécrose osseuse de la cloison, du plancher, de la colonne cervicale et fusées purulentes de voisinage et parfois hémorragies graves. Parfois ils se mobilisent et sont expulsés spontanément; ils peuvent également subir une migration à distance et entraîner la mort. Le plus souvent on peut les enlever artificiellement.

Dans les fosses nasales les symptômes des corps étrangers sont presque toujours unilatéraux: obstruction, écoulement purulent le plus souvent fétide, teinté de sang, douleurs violentes selon le siège, les dimensions et les localisations. Comme cette évolution est analogue à celle des rhinites infectieuses, surtout à la syphilis, et comme de plus il se produit des granulations qui saignent facilement, le diagnostic devra être fait avec les tumeurs polypôides et en particulier avec les tumeurs malignes; les commémoratifs et l'exploration au stylet seront des plus précieux, ce dernier en particulier donnera une sensation de rugosité analogue à un os nécrosé.

Les corps étrangers de la bouche et du pharynx se dissimulent ordinairement beaucoup moins, sous ce masque trompeur, quoique se cachant souvent, dans des plis ou dans des anfractuosités de la muqueuse. Ils provoquent des douleurs, une sensation de corps étranger, symptômes qui peuvent persister plus ou moins longtemps après l'expulsion, parfois même il se développe une véritable phobie.

Le diagnostic de la présence du corps étranger peut être délicat; quand il est invisible, il faut explorer au stylet les fosses nasales, le pharynx avec le doigt car des objets piquants peuvent pénétrer si profondément dans les tissus que leur extrémité seule est accessible à la palpation; on se gardera bien au cours de cette manœuvre de les fragmenter ou de les enfoncer davantage. En cas de doute, les rayons Röntgen pourront parfois éclairer le diagnostic.

Le traitement consiste naturellement à extraire le corps étranger. Je ne puis souscrire aux différentes méthodes qui recommandent dans ce but la douche d'air car elle peut avoir des effets dangereux sur l'oreille. On doit tenter l'ex-

traction instrumentale après cocaïnisation, ou chez les enfants et dans les cas difficiles avec anesthésie générale. Dans les fosses nasales, il faut chercher à ramener le corps étranger d'arrière en avant, en employant des curettes coudées (fig. 11), des anses métalliques, des stylets recourbés, etc... puis on le saisira avec des pinces osseuses solides qui éviteront leur glissement ou leur chute en arrière. Les corps étrangers volumineux, mous ou gonflés, comme les légumineux, seront morcelés, s'il le faut, sur place. Il y a enfin des cas où on peut être obligé de recourir à des interventions chirurgicales pour mettre à jour la cavité renfermant le corps étranger, en particulier le sinus maxillaire; il est très rare en effet que l'on réussisse à extraire un corps étranger, petit cependant et facile à saisir, logé dans ce sinus, avec une anse introduite par une fistule opératoire ou une déchiscence alvéolaire.

B. — CORPS ÉTRANGERS ORGANIQUES

Ce sont les larves de différents insectes qui proviennent d'œufs pondus dans le nez; leur développement ne détermine parfois que des troubles légers, d'autres fois, au contraire, ils produisent une symptomatologie bruyante: écoulement purulent et sanguin, œdème de la face et destruction des parties molles et osseuses: cette allure clinique ne s'observe guère qu'aux tropiques, aux Indes, c'est le « Peenash ». D'autres larves peuvent encore se développer, par exemple: des myriapodes, des termites, quelquefois des sangsues, des oxyures, des lombrics, et même des lézards qui sont devenus des « troglodytes » des fosses nasales.

La symptomatologie qui accompagne la présence de ces êtres animés consiste en dehors des signes objectifs en une céphalalgie violente, allant jusqu'au délire, avec vertige, fièvre et insomnie et violents accès d'éternuement au début. On a signalé des cas mortels.

Le traitement de ces larves consistera en aspirations ou injections d'eau chloroformée; dans certains cas il pourra être nécessaire d'employer l'extraction à l'aide d'instruments.

MALFORMATIONS

Au moment du développement des cavités nasale et buccale, il se produit assez souvent des anomalies dues au défaut de réunion des différents segments de ces organes. La plus fréquente siège au niveau de la lèvre supérieure et constitue le bec de lièvre.

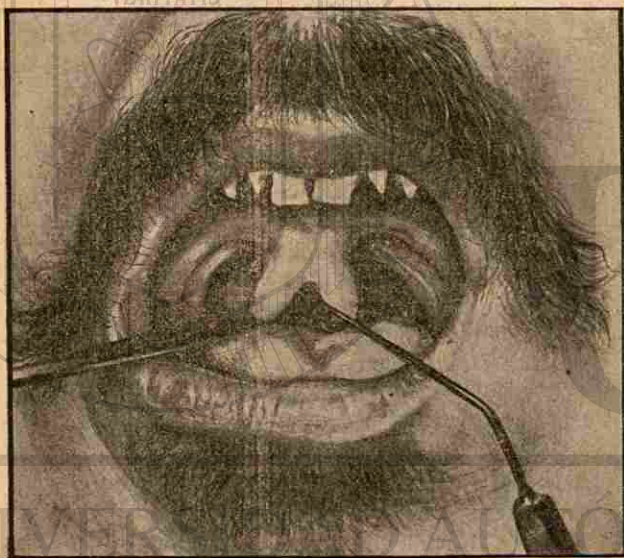


Fig. 34. — Bifidité de la lèvre.

La bifidité de la lèvre (fig. 34) bien que fréquente peut échapper à la vue lorsque les deux moitiés sont rapprochées et en quelque sorte accolées l'une à l'autre.

Au niveau du nez on peut observer des fissures médianes consistant, tantôt en une légère dépression à peine visible

de l'arête dorsale du nez, tantôt en une dépression profonde en forme de selle.

On rencontre aussi des perforations de la voûte palatine et du voile, de telle sorte que les fosses nasales communiquent parfois largement avec la cavité buccale, fig. 35.

Ces fissures résultent de la réunion imparfaite des apophyses du maxillaire supérieur avec l'apophyse nasale interne. Lorsque la soudure s'est faite entre les apophyses du maxillaire supérieur et les apophyses nasales externes,

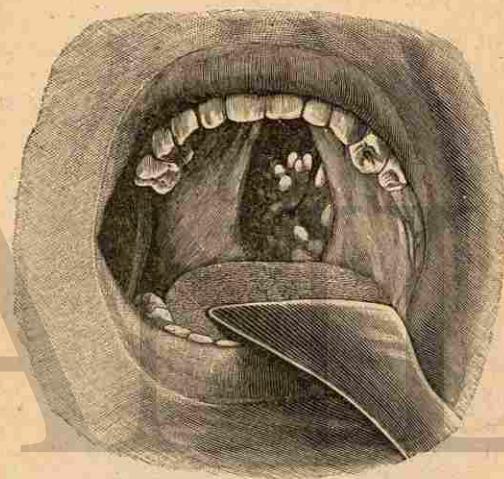


Fig. 35. — Fente palatine médiane chez un enfant de 4 ans. A l'intérieur on aperçoit une amygdale pharyngée hypertrophiée indiquée par des réllets.

on constate une fente latérale qui peut aussi être déterminée par un arrêt de développement de l'os intermaxillaire ; la première a pour résultat la fente oblique de la face, la seconde la fente latérale maxillaire et palatine.

Les fentes latérales sont uni ou bilatérales ; dans le premier cas il n'y a qu'une perte de substance longitudinale latérale de l'os intermaxillaire ; dans le second, il se forme un tubercule osseux. Ce dernier représente la partie antérieure de l'os intermaxillaire munie de quelques dents, sur

les deux côtés duquel existe une fente sagittale intéressant la lèvre et le maxillaire jusqu'en arrière.

On observe aussi des fentes rudimentaires représentées par l'absence d'une canine, d'une encoche latérale de la lèvre supérieure ou d'une déhiscence du palais ou du voile. Les petites perforations (en dehors de la syphilis) des piliers reconnaissent vraisemblablement la même origine. C'est également à un trouble de l'occlusion de la fente maxillaire latérale qu'il faut attribuer l'existence de germes dentaires dans les fosses nasales ou le sinus maxillaire.

Une occlusion incomplète des fentes branchiales produit les fistules du cou qui sont : ou *complètes*, c'est-à-dire pourvues d'un orifice interne et d'un orifice externe (la première toujours dans la région des amygdales palatines, ou *incomplètes*, avec un seul orifice.

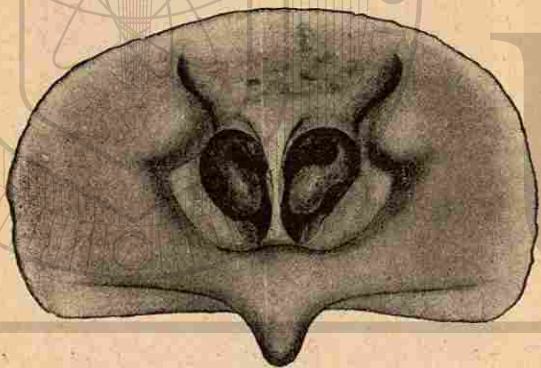


Fig. 36. — Saillie excessive des apophyses ptérygoïdes.

Comme formations rudimentaires de même origine on observe encore les kystes dermoïdes profonds du cou et du pharynx et les diverticules du pharynx qui étant congénitaux augmentent plus tard de dimensions. Pendant l'occlusion des fentes embryonnaires des organes superficiels peuvent parfois rester enfouis dans la profondeur et ces îlots épidermiques et épithéliaux peuvent produire par suite du développement embryonnaire continu des tumeurs ou carci-

nomes branchiogènes dont l'extirpation présente des difficultés quelquefois insurmontables en raison de leur siège profond et du voisinage des vaisseaux du cou.

Le développement souvent excessif des tissus osseux, cartilagineux et conjonctifs, au niveau des voies respiratoires supérieures, est souvent la cause de rétrécissements. On observe des rétrécissements du méso et de l'hypopharynx, par suite : soit d'une saillie exagérée des deuxième et troisième corps vertébraux, dans la lordose de la colonne cervicale, soit d'une saillie en forme d'ailerons de la partie supérieure du bord postérieur du vomer ; celle-ci constitue une difficulté dans l'ablation de l'amygdale pharyngée et une cause d'appréhension pour les débutants.



Fig. 37. — Membrane située en arrière des bourrelets tubaires et les recouvrant.

Il faut encore citer les exostoses du vomer (fig. 28) ou de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde au niveau de la crête de cloison, la saillie excessive des apophyses ptérygoïdes qui rétrécissent les choanes (fig. 36), les diaphragmes, partiels ou complets, rétro-choanaux (fig. 37 et 38), transversaux ou horizontaux, osseux et fibreux dans les fosses nasales, surtout dans leur partie postérieure.

Enfin des synéchies rudimentaires (fig. 39) qui se distinguent des adhérences acquises par l'absence de tissu cicatriciel.

Les épines de la cloison accompagnées ordinairement de

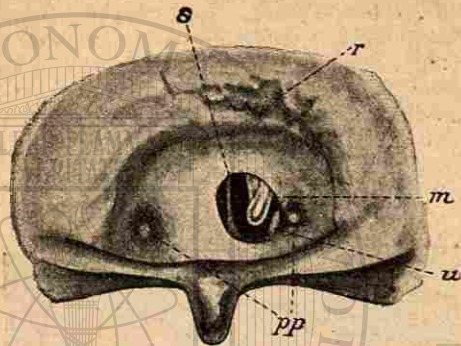


Fig. 38. — Membrane située derrière la choane droite et le bourrelet tubaire; pp, apophyses ptérygoïdes saillantes; — n, cornet inférieur; — m, cornet moyen; — s, cloison; — r, recessus de l'amygdale pharyngée.

crête sont une des malformations les plus fréquentes de ce genre (fig. 33 et planche XXVII, fig. 1), elles sont produites par une articulation déficiente du cartilage ou de la cloison osseuse avec l'os intermaxillaire.



Fig. 39. — Synéchies rudimentaires.

les moyennes et les petites, le bistouri reproduit ci-contre

On ne doit corriger toutes les malformations que s'il existe des troubles fonctionnels ou autres, sérieux et constituant de réels obstacles à la respiration. Irritations par le contact avec le cornet inférieur, arrêt et accumulations des sécrétions, telles sont les indications.

On a proposé une foule de méthodes et d'instruments. Je conseille d'employer pour les exostoses volumineuses une gouge de sculpteur; pour

(fig. 40) avec lequel on rase nettement en attirant l'instrument à soi.

Le traitement des atrésies nécessite une méthode spéciale à chaque cas en particulier.

Toutes ces interventions pourront être suivies de synéchies, qu'il faudra prévenir par un tamponnement séparant les plaies de deux surfaces opposées. Vis-à-vis des adhérences et des diaphragmes membraneux, il ne faut pas se contenter de les inciser (car après et surtout avec l'emploi du galvanocautère, la réunion est la règle) mais il faut encore les réséquer.

Dans les synéchies antérieures, qui existent surtout entre



Fig. 40. — Bistouri: Pour le manche, voir fig. 11.

le cornet et les épines (fig. 32) on commencera par inciser l'adhérence avec le bistouri, les ciseaux, ou au besoin avec la gouge, puis on en réséquera la base avec le bistouri annulaire.

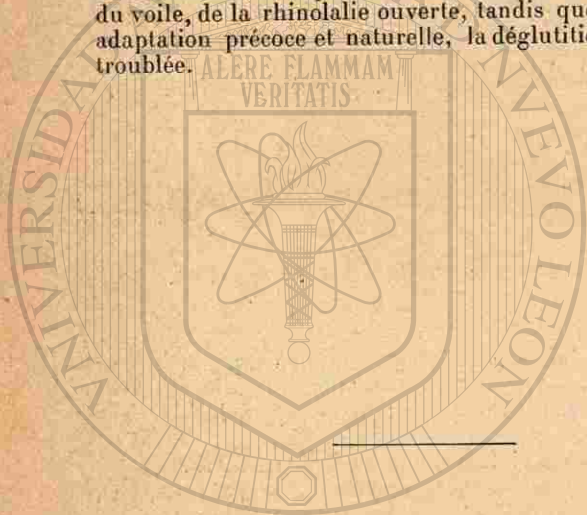
Les fréquentes déviations de la cloison (Pl. XXVII), qui nécessitent trop souvent une intervention, exigent les mêmes soins post-opératoires, c'est-à-dire tamponnement minutieux. A l'état normal la cloison est toujours déviée mais gêne davantage le rhinologiste que le malade qui la porte. Elle détermine en effet une gêne respiratoire peu accentuée en général, car il existe une dilatation du côté opposé au niveau de la surface concave. La convexité n'est ordinairement découverte et reconnue que si elle constitue un obstacle à l'ablation de tumeurs, par exemple, ou si elle gêne l'écoulement des sécrétions purulentes. Dans ce cas le redressement est permis en employant le procédé rapide et sanglant et non les méthodes mécaniques lentes et incertaines.

On pratique des incisions radiées sur le côté convexe de la déviation et on fait une mobilisation du côté concave par un tamponnement à demeure pendant plusieurs jours.

Pour toutes ces interventions une technique rhinologique

bien définie est nécessaire et on ne peut l'apprendre par théorie.

Citons encore la brièveté du frein de la langue qui ne doit être incisé que si les mouvements sont vraiment gênés, et l'insuffisance du voile du palais. Dans ce cas, il y a rétrécissement antéro-postérieur du palais, tel qu'au moment de la contraction du voile, celui-ci n'arrive pas au bourrelet de Passavant ; il se produit donc, comme dans la paralysie du voile, de la rhinolalie ouverte, tandis que, grâce à une adaptation précoce et naturelle, la déglutition est à peine troublée.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



PLANCHE I

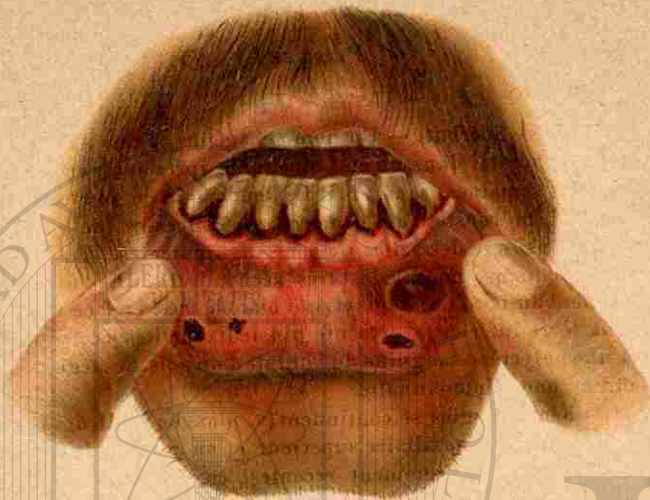


Fig. 1.

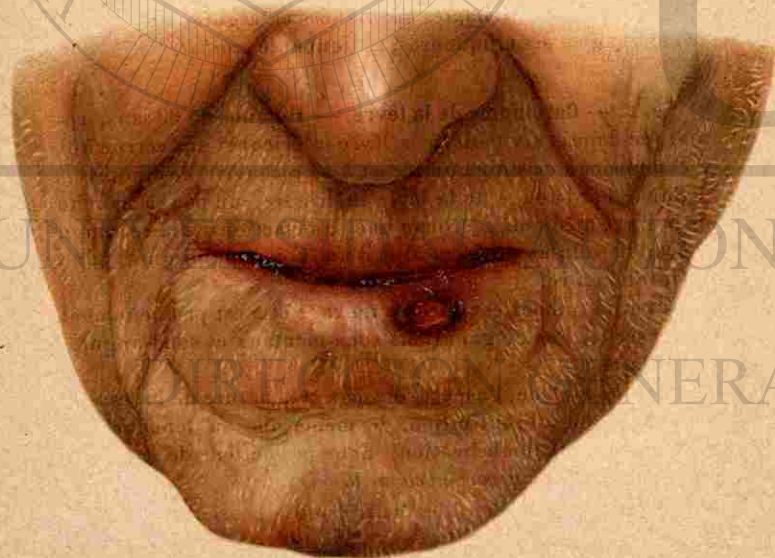


Fig. 2.

Fig. 1. — **Scorbute.** — Un homme âgé de 35 ans est transporté à l'hôpital dans un état misérable après avoir erré, pendant des semaines, sans abri. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on constate des hémorragies buccales, de l'hématurie, ainsi que des selles un peu sanguinolentes.

La muqueuse buccale est très sèche, livide. Les gencives saignent au bord des dents et sont blanchâtres. La face interne de la lèvre inférieure présente plusieurs petites ecchymoses et une phlyctène sanguine du volume d'un pois. Les téguments offrent une teinte jaunâtre.

Les hémorragies se continuent (v. planche XVII, fig. 1) sur les gencives du maxillaire supérieur et au niveau du palais où elles sont apparemment récentes, ce que démontrent la teinte plus claire et leur aspect plutôt linéaire. Les bords des lèvres sont recouverts de croûtes sanguinolentes desséchées. La surface de la langue offre également une teinte gris-noirâtre.

Toutes ces hémorragies spontanées et aiguës, surtout les hémorragies des muqueuses, indiquent le *scorbute*.

Fig. 2. — **Carcinome de la lèvre.** — Homme de 63 ans, remarque depuis six mois, à la lèvre inférieure, une verrue qui a commencé à devenir humide et à se recouvrir de croûtes.

Sur le bord rouge de la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane, se trouve une tuméfaction ovale, rouge foncé, du volume de la moitié d'un pois, ombiliquée, plus claire au centre.

La petite tumeur est dure au toucher et n'est pas nettement circonscrite. Pas de ganglions sous-mentaux et sous-angulo-maxillaires.

L'âge du malade, l'aspect, le siège et la nature de la tumeur tendant plutôt à l'infiltration, de même que sa tendance au ramollissement (ombilication) nous permettent de conclure avec certitude à un *carcinome de la lèvre*.

GRUNWALD. — Atl.-Man. des Maladies de la bouche. 11

PLANCHE II

Fig. 1. — **Condylome de la lèvre.** — Homme, robuste, âgé de 36 ans, vient consulter pour une petite ulcération de la lèvre supérieure datant de 15 jours environ.

Au bord interne de la lèvre supérieure, un peu à gauche, se trouve une ulcération aplatie, jaunâtre, du volume d'une lentille, entourée d'un liséré mince et rouge. La muqueuse voisine est légèrement tuméfiée et d'une coloration blanc-bleuâtre.

Cette coloration jointe à la marche subaiguë vous feront soupçonner immédiatement la syphilis. Le malade « ignore » bien entendu l'origine du mal. Mais ses téguments vous fournissent des renseignements très précis à cet égard ; sur la poitrine on aperçoit en effet quelques taches de coloration cuivrée, du volume d'une tête d'épingle, et que n'efface pas complètement la pression ; on peut donc diagnostiquer avec certitude un *condylome large de la lèvre*.

Fig. 2. — **Ulcération tuberculeuse.** — Une inflammation tenace s'est développée, depuis deux mois, à la commissure droite de la lèvre d'un homme âgé de 25 ans atteint de tuberculose du sommet. Au niveau de cette commissure on aperçoit une ulcération rouge, légèrement excavée, entourée de bords légèrement surélevés, d'une coloration violacée, à contours réguliers. Il n'y a pas de douleurs. On ne trouve de ganglions tuméfiés ni sous le maxillaire, ni au cou, ni au cubitus. Le diagnostic est : *ulcération aphteuse tuberculeuse*. Il est confirmé, malgré le résultat négatif de la recherche des bacilles de Koch, par l'évolution lente, progressive, malgré l'emploi de l'iodure de potassium.

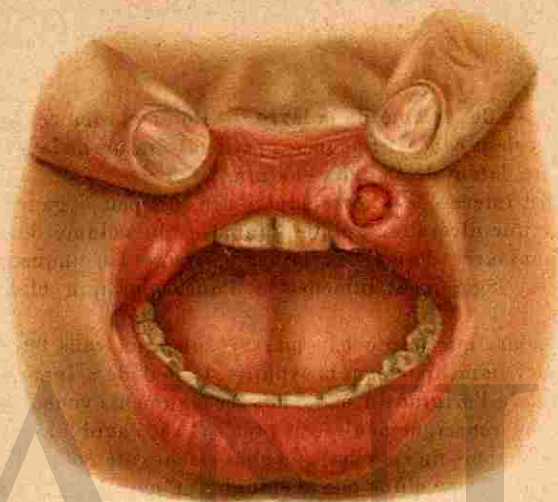


Fig. 1.



Fig. 2.

PLANCHE III



Fig. 1.

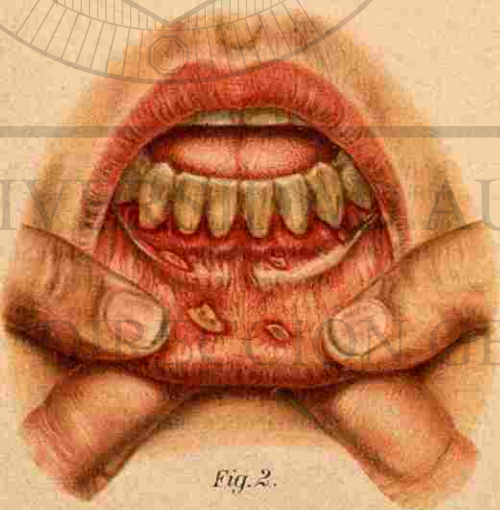


Fig. 2.

Fig. 1. — **Stomatite catarrhale.** — La gencive du maxillaire inférieur est un peu tuméfiée, livide, avec une teinte blanchâtre à la surface; le liseré dentaire est d'un rouge vif, par endroits d'une coloration blanchâtre.

Ce sont les signes de la *stomatite catarrhale* telle qu'elle survient à la suite de défaut de soins de la bouche, d'abus de tabac, etc., surtout au cours de maladies fébriles, au début de la salivation mercurielle.

La langue projetée à gauche présente une légère tuméfaction du bord libre et au milieu, une ulcération superficielle, entourée d'une muqueuse blanchâtre, un peu irrégulière, grisâtre; c'est une *ulcération* provoquée par le frottement du bord de la langue sur une dent tranchante ou cariée. Ici comme à la gencive la coloration blanchâtre est produite par une tuméfaction et une opacité de l'épithélium.

Fig. 2. — **Stomatite mercurielle.** — La gencive du maxillaire inférieur est tuméfiée, livide, et présente au niveau du collet des dents une coloration rouge vif. Elle est déchaussée, ce qui fait paraître les dents plus longues. Dans le sillon gingivo-buccal et sur la lèvre inférieure éversée, on aperçoit deux ulcérations aplaties à bords assez circonscrits et entourées d'une zone inflammatoire. C'est l'indice d'une stomatite catarrhale qui, en raison des antécédents, est d'origine mercurielle. Les ulcérations sont produites par le décubitus, celles du rebord gingival sont déterminées par l'action irritante des sécrétions accumulées entre les muqueuses tuméfiées, tandis que celles de la lèvre inférieure même doivent surtout être attribuées à la pression des dents. Des ulcérations de cette nature ne sont produites que par un manque de soin absolu ou une très violente intoxication mercurielle.

PLANCHE V

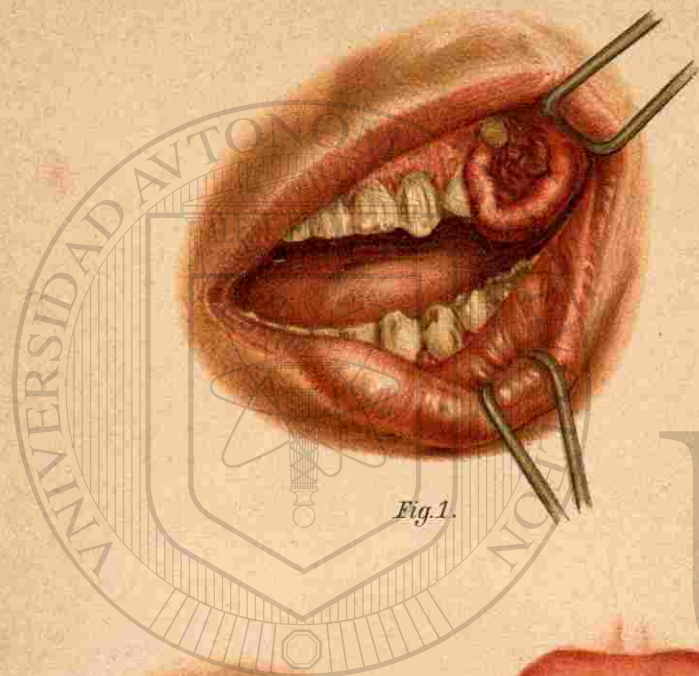


Fig. 1.

Fig. 1. — *Epulis*. — Depuis un an la deuxième molaire supérieure d'une femme de 38 ans a été expulsée peu à peu par fragments et remplacée par une tumeur mobile. Grâce aux écarteurs on aperçoit à gauche de la première prémolaire une tumeur d'un rouge assez vif, de la grosseur d'une noisette environ, ovale, dépassant les dents et qui semble naître de la gencive. Son bord est lisse et forme un bourrelet, la partie intérieure est excavée, le bord interne du bourrelet et l'ulcération sont un peu rugueux. Le stylet découvre un petit point osseux au-dessus de la tumeur. A la palpation celle-ci est mobile. Il s'agit d'un *épulis*, terme qui ne spécifie rien de sa nature. Pour faire un diagnostic certain, il faudra examiner les caractères et l'évolution de la tumeur après son extirpation, faire l'examen microscopique, considérer l'état général du malade. Dans le cas présent on a trouvé que la tumeur n'était qu'une végétation périodontaire recouvrant une dent dont la racine était cariée.

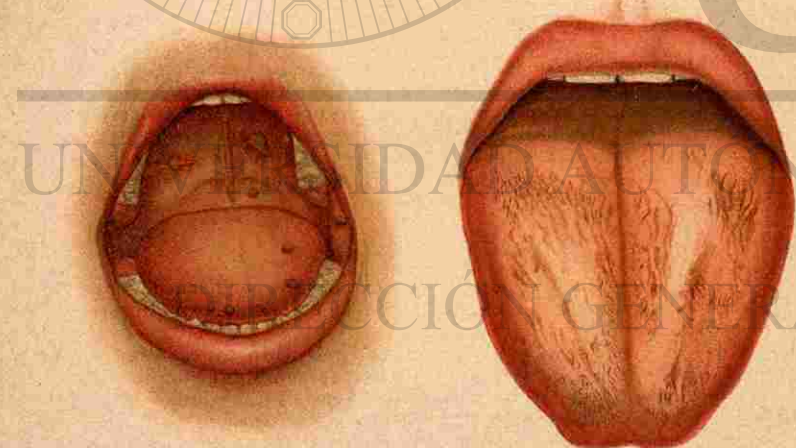


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 2. — *Stomatite aphteuse*. — La bouche d'un enfant présente sur la langue, principalement sur le bord, au palais, au voile et à la muqueuse buccale, des dépôts superficiels d'un jaune sale, de la dimension d'une tête d'épingle ou d'une petite lentille entourés chacun d'une étroite auréole.

L'aspect, la réaction particulière, marquée par le cercle inflammatoire, la dissémination irrégulière caractérisent la *stomatite aphteuse*, affection assez fréquente dans l'enfance, à la suite de manque de soins de la bouche, et probablement de nature mycosique.

Fig. 3. — *Langue noire*. — En examinant par hasard la langue d'un malade, on est frappé de la coloration qu'elle présente.

Toute la base offre une coloration gris-brun, foncé. A la surface et sur le bord existent des dépôts ressemblant à des touffes de cheveux, variant de la coloration brune à une couleur noire.

Cette singulière affection dénommée *langue noire* est produite par l'hypertrophie, la kératinisation et la dégénérescence pigmentaire des papilles filiformes.

PLANCHE VI

Fig. 1. — **Leucoplasie linguale.** — Chez un homme de 42 ans, surviennent de temps en temps de légers troubles de la déglutition durant plusieurs semaines, et qui consistent en brûlures de la langue avec sensation de sécheresse et empâtement de la bouche. La face supérieure de la langue et le bord gauche présentent plusieurs taches superficielles, bleuâtres à travers lesquelles apparaît encore en partie la coloration rosée de la langue, surtout sur le bord. Plus loin se trouvent deux petits dépôts aplatis, jaune brunâtres, entourés de cercles blanchâtres.

Ces taches, de dimensions souvent variables, datent de nombreuses années. Le malade a eu la syphilis dans sa jeunesse et fume beaucoup ; il est aussi atteint de catarrhe naso-pharyngien. — Les plaques blanches sont produites par une kératinisation et une desquamation épithéliale ; les taches brunâtres par une kératinisation plus avancée, avec dépôts pigmentaires. Cette affection est la *leucoplasie linguale* ou *psoriasis buccal*.

Fig. 2. — **Langue géographique.** — Un garçon de 15 ans a observé depuis son jeune âge des taches sur la langue, sans le moindre trouble. Leur situation et leur forme se modifient souvent pour disparaître de temps à autre. Sur la langue divisée par de nombreux sillons longitudinaux et transversaux on aperçoit des liserés jaunes blanchâtres, représentant les figures les plus diverses ; la muqueuse linguale offre une coloration bleu-rougeâtre. C'est un type de la *langue géographique*.

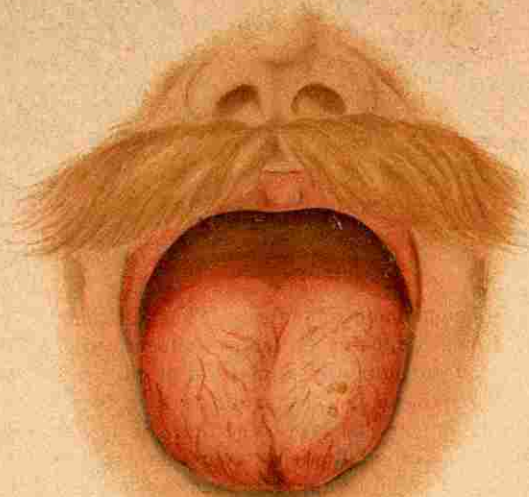


Fig. 1.

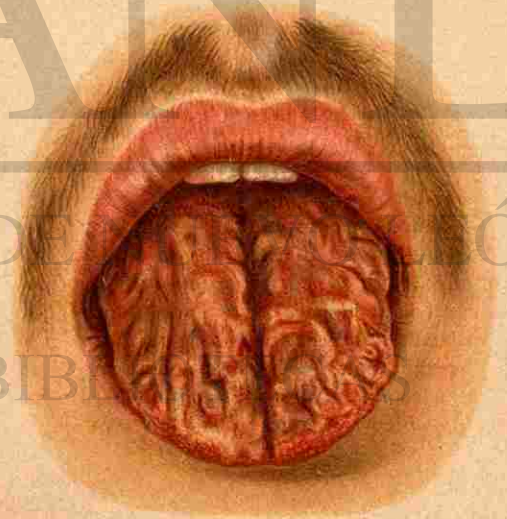


Fig. 2.

PLANCHE VII.

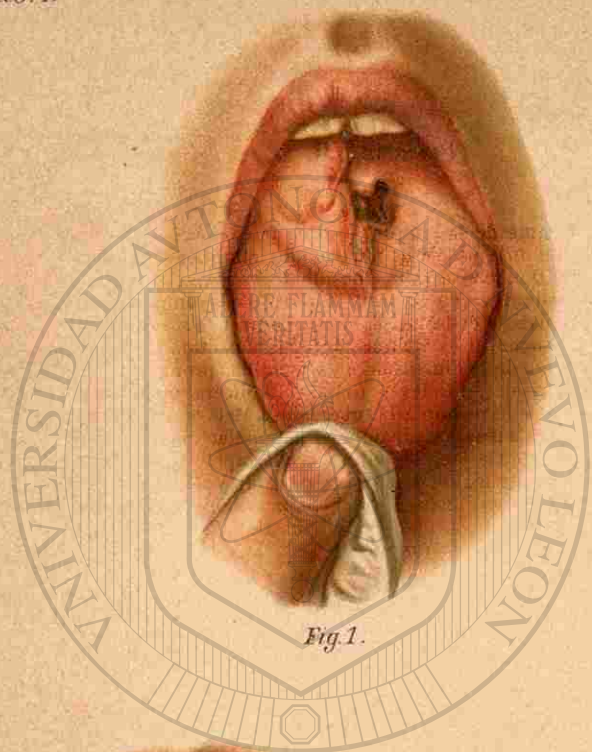


Fig. 1.

Fig. 1. — **Gomme de la langue.** — Une femme âgée de 40 ans, éprouve une gêne de la parole de plus en plus marquée et des troubles de la déglutition, consécutifs à des douleurs récentes.

La moitié droite de la langue est tuméfiée en avant, la moitié postérieure est épaissie et forme plusieurs bourrelets sur la base de la langue et à gauche, il existe une légère tuméfaction circonscrivant une ulcération de la dimension d'une lentille, profonde, taillée à pic, à bords bosselés, surélevés, ondulés. L'ulcération avec ses sinuosités ressemble beaucoup à la tuberculose. Mais cette apparence concorde peu avec la marche subaiguë et la tuméfaction intense circonscrite au milieu de la langue. Cette marche rapide exclut l'hypothèse d'un néoplasme malin. Il ne reste que la syphilis. En effet, l'ulcération a rapidement disparu avec l'iodure de potassium ainsi que la tuméfaction ; on a donc pu diagnostiquer avec certitude une *gomme exculcrée de la langue*.

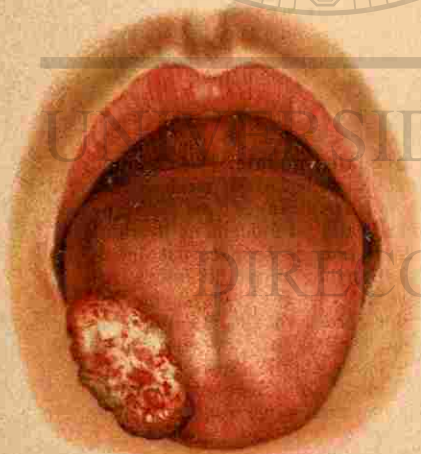


Fig. 2.

Fig. 2. — **Carcinome de la langue.** — Un homme de 62 ans a remarqué, depuis assez longtemps, la présence d'une petite verrue sur la langue, au cours des trois derniers mois elle a augmenté de volume, actuellement elle saigne facilement et est parfois un peu douloureuse. La moitié droite de la langue est occupée par une tumeur de coloration blanc rosé, de la dimension d'une noix, légèrement élevée, à surface noduleuse, dont la limite avec les parties saines est effacée. L'aspect seul en fait soupçonner la nature maligne et diagnostiquer facilement un *carcinome*. Il y a les antécédents, de plus on trouve sous l'angle maxillaire droit quelques ganglions durs, du volume d'un pois.



Fig. 3.

Fig. 3. — **Hypertrophie de l'amygdale linguale.** — Un homme de 35 ans est tourmenté depuis plusieurs années déjà par des accès de toux d'irritation et une sensation de corps étranger dans la gorge : il a été adressé à toutes les stations d'eaux et finalement il craint d'être atteint d'un cancer. L'examen du nez, de l'espace nasopharyngien et du pharynx est normal. Dans le larynx, la figure représente l'image renversée de la base de la langue et du larynx. Du larynx on aperçoit la commissure des cordes vocales et l'épiglotte. Celle-ci est recouverte, en son milieu, par une tumeur épaisse, prélobulée, du volume d'une noisette, à bords ondulés, qui part de la base de la langue en arrière du V lingual. Son siège et sa structure doivent la faire considérer comme une *hypertrophie de l'amygdale linguale*.

PLANCHE VIII.

Fig. 1. — **Angine lacunaire aiguë.** — Céphalalgie, lassitude, fièvre jusqu'à 39° accompagnent un mal de gorge violent, aigu, avec troubles de la déglutition et de la parole. Les douleurs s'irradient vers l'oreille. Dans le pharynx, le voile est un peu rouge, la luette œdématisée ; les deux amygdales tuméfiées, injectées et recouvertes de dépôts blanc-jaunâtres, étalés ; les piliers et la paroi postérieure sont libres. C'est l'aspect typique de l'*angine lacunaire aiguë*.

Fig. 2. — **Angine fibrineuse bénigne.** — Un homme de 22 ans est atteint de troubles identiques à ceux du précédent malade, seulement les douleurs sont unilatérales et n'existent qu'à droite. La moitié droite du pharynx est d'un rouge vif, l'amygdale présente un enduit pultacé blanc jaunâtre assez volumineux et un autre plus petit.

On peut les enlever avec des pinces sans déterminer d'hémorragie et sans perte de substance. Il y a donc simplement une nécrose de coagulation, limitée à la couche épithéliale ; c'est une *angine fibrineuse bénigne*. Il faut mentionner ce fait que peu de temps après, les mêmes phénomènes se sont produits à gauche.

Fig. 3. — **Diphthérie pharyngée.** — Chez cette malade, une jeune fille de 20 ans, on a observé les mêmes phénomènes locaux et généraux, et une température allant jusqu'à 39°5. Dans le pharynx très congestionné on aperçoit une luette très tuméfiée, en forme de massue. La luette, les amygdales, les piliers, la paroi postérieure sont recouverts par des dépôts blanc-jaunes, isolés ou confluents, aplatis, ou épaissis et surélevés.

On ne peut les détacher sans provoquer d'hémorragie, ce signe est capital. Déjà la grande extension des exsudats, bien au delà de la sphère des amygdales nous permet de reconnaître qu'il s'agit de la *diphthérie du pharynx*.

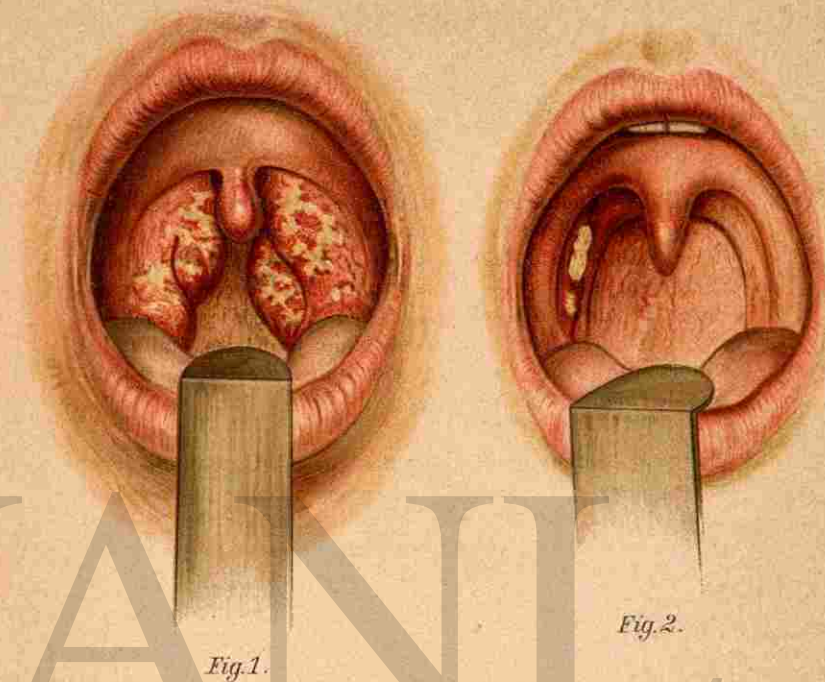


Fig. 1.

Fig. 2.



Fig. 3.

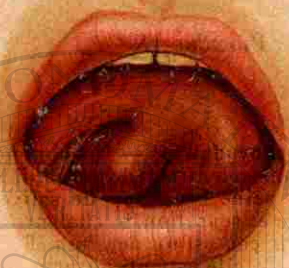


Fig. 1.

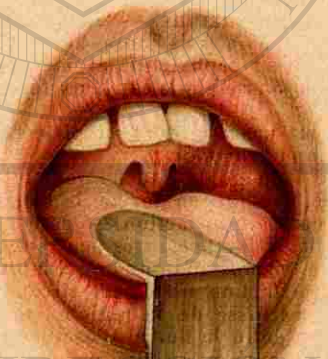


Fig. 2.

PLANCHE IX

Fig. 1. — Phlegmon amygdalien. — Un homme de 22 ans a, depuis trois jours, un violent mal de gorge, il ne peut rien avaler et crache avec peine beaucoup de salive. En même temps, grande lassitude et sensation de chaleur. Température $39^{\circ}2$. Le côté gauche du cou est un peu tuméfié, la bouche peut à peine s'entr'ouvrir (elle est entr'ouverte dans la figure, pour montrer la lésion).

La moitié gauche du voile du palais est tuméfiée jusqu'à la base, à un degré tel que l'amygdale a complètement disparu et que la luette, tout à fait déformée par la tuméfaction, est fortement refoulée à droite. La muqueuse est bombée et d'un rouge sombre. La tuméfaction atteint son maximum au niveau du pôle supérieur de l'amygdale (invisible), c'est là que l'abcès supratonsillaire tend à s'ouvrir.

Fig. 2. — Erysipèle du pharynx. — Une jeune fille de 26 ans est tombée malade il y a trois jours, avec des symptômes généraux assez violents : céphalalgie et mal de gorge. La température est de $39^{\circ}5$, mais elle est deux fois descendue à $37^{\circ}8$ et $37^{\circ}6$.

La bouche ne peut pas s'ouvrir complètement, mais il n'existe pas de trismus prononcé.

Dans la région de l'amygdale gauche, tout le voile du palais est très bombé, presque en forme de bourrelet ; il est rouge, sec et luisant. La tuméfaction est nettement circonscrite vers le côté droit, la luette est très peu rouge et non tuméfiée. L'absence de trismus indique que l'infiltration n'est pas profonde ; la tuméfaction nettement circonscrite, la sécheresse et l'aspect vernissé de la région, signes de forte tension superficielle, enfin la fièvre à oscillations, doivent immédiatement faire penser au diagnostic d'erysipèle du pharynx.

En effet il est impossible de déceler avec le stylet la présence de pus dans la fossette supratonsillaire, et le lendemain la température est tombée à la normale avec régression rapide de tous les symptômes sans qu'il y ait eu la moindre suppuration.

PLANCHE X

Fig. 1. — **Amygdalite** — Un jeune homme de 17 ans était depuis deux mois employé dans un commerce où il respirait beaucoup de poussière. Antérieurement il souffrait de la gorge et du pharynx, expectorait beaucoup ; mais depuis peu les troubles de la déglutition ont augmenté. Le malade est faible et anémique ; l'auscultation ne révèle rien d'anormal ; pas de fièvre.

Les deux amygdales sont un peu hypertrophiées et recouvertes d'exsudats blanc-grisâtres ; pas de symptômes inflammatoires. La langue est saburrale. Les deux extrémités postérieures des cornets inférieurs ainsi que l'amygdale pharyngée sont hypertrophiées et recouvertes de muco-pus abondant. Les ganglions cervicaux sont tuméfiés des deux côtés, mais indolores. Il faut ajouter que l'aspect actuel ne s'est pas beaucoup modifié après un traitement de deux semaines, de sorte qu'on a pu exclure certainement une infection aiguë et la syphilis. Cette affection très rare est due à la *macération de l'épithélium tonsillaire*, par le pus du naso-pharynx, chez un sujet débilité et dont les voies respiratoires étaient irritées.

Fig. 2. — **Syphilis secondaire**. — Un homme de 22 ans souffre depuis trois semaines de maux de gorge qui augmentent d'intensité et d'un peu de brûlure de la langue. L'état général est bon ; les deux amygdales, surtout la gauche, sont légèrement tuméfiées et rouges, elles présentent à la partie médiane un exsudat laiteux, transparent, en certains points d'une coloration jaune verdâtre. Un dépôt semblable se trouve sur le pilier postérieur droit et quelques autres à l'extrémité de la langue. La transparence de ces exsudats et leur tendance à l'ulcération, leur multiplicité et leur absence à la paroi postérieure indiquent des plaques muqueuses ou papules syphilitiques. On les distingue de la diphtérie par l'apparition moins rapide, l'absence de fièvre, etc., et la marche chronique. Le muguet se différencie par la présence de mycélium et la dissémination des plaques dans cette mycose.

Fig. 3. — **Syphilis tertiaire de l'amygdale**. Une femme de 28 ans se plaint de mal de gorge, à gauche, ayant débuté il y a quinze jours et croissant d'intensité, surtout pendant la déglutition. Il existe de l'otalgie gauche et la mastication provoque des douleurs à l'angle du maxillaire.

La région angulo-maxillaire gauche est légèrement tuméfiée, très douloureuse, dans la profondeur on sent des ganglions légèrement augmentés de volume. L'amygdale gauche est très saillante, d'un rouge vif, un peu bosselée, légèrement échancrée à la partie supérieure du bord interne par une ulcération de la dimension de la moitié d'un haricot, à bords nettement circonscrits, recouvertes d'un dépôt jaunâtre qui se continue sur la face antérieure. Une ulcération semblable, plus petite, se trouve en bas, cachée en partie derrière la base de la langue ; une autre encore plus petite, superficielle, occupe le milieu de l'amygdale. L'unilatéralité, la marche rapide, la douleur et l'aspect caractéristique permettent de faire le diagnostic d'*ulcérations syphilitiques tertiaires de l'amygdale*.

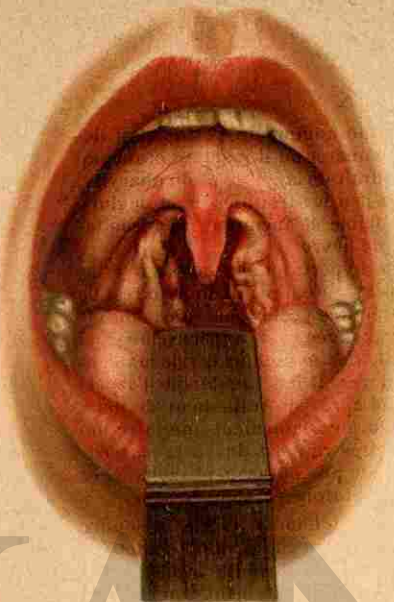


Fig. 1.

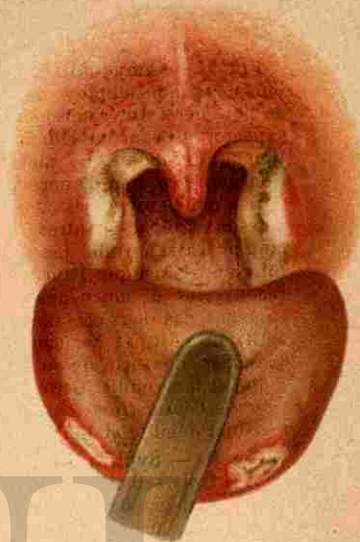


Fig. 2.

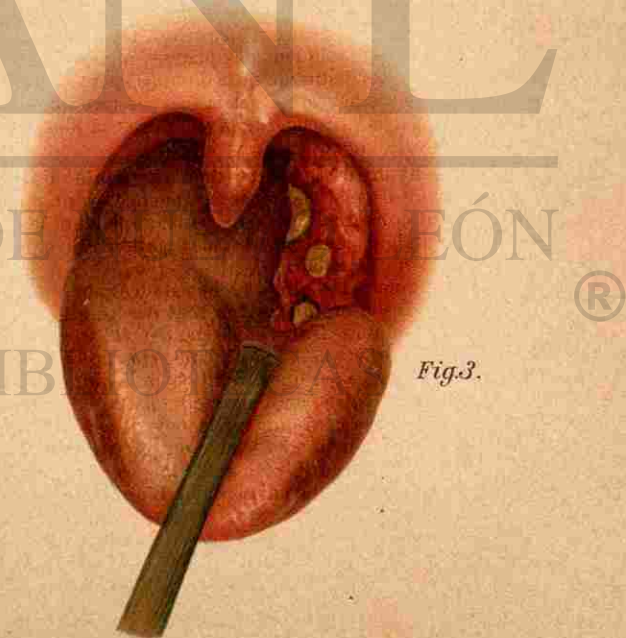


Fig. 3.

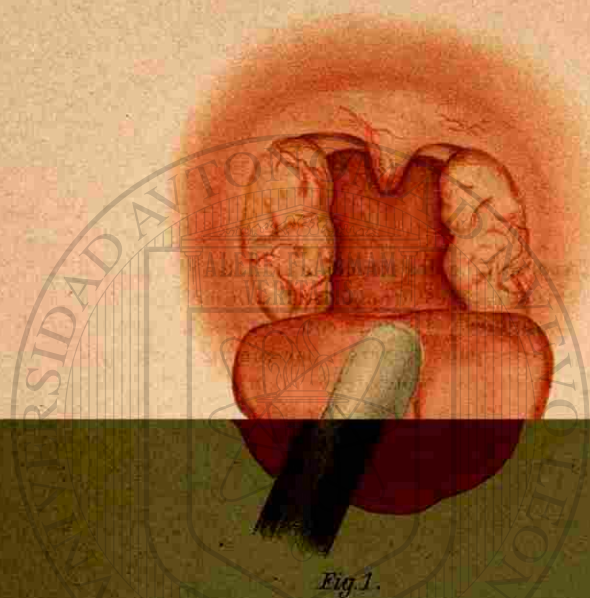


Fig. 1.



Fig. 2.

PLANCHE XI

Fig. 1. — **Hypertrophie des amygdales.** — Dans le pharynx de coloration normale, on est frappé par le volume des amygdales, très hypertrophiées, des deux côtés, et assez uniformément. Leur surface est pâle, traversée par quelques vaisseaux et présente nettement des cryptes renfermant des amas blancs en certains points. L'hypertrophie considérable suscitée indique déjà, par son aspect, son origine à la suite d'angines multiples, qui ont creusé davantage les lacunes et ont laissé des traces de dégénérescence graisseuse ou calcaire de quelques follicules (nodules blanc-jaunâtres).

Fig. 2. — **Sarcome primitif de l'amygdale.** — Le cou d'une femme âgée de 30 ans paraît épaissi, en avant et à gauche. Il présente une tumeur dure, formée de plusieurs lobes, adhérente à l'angle maxillaire et se continuant en bas et en avant par une infiltration dure, adhérente à la peau. Dans le voisinage quelques ganglions indolores, durs, encore un peu mobiles, de la grosseur d'un pois ou d'un haricot. La tumeur est apparue en trois mois.

L'unilatéralité de la tumeur, son induration, son évolution rapide, indiquent sa nature maligne, que confirme l'adénopathie cervicale. Il s'agit d'un sarcome primitif de l'amygdale. Le diagnostic anatomique ne peut être fait qu'après une biopsie.

Fig. 1. — Carcinome de l'amygdale. — Au cours des six derniers mois on a enlevé à un homme de 48 ans à plusieurs reprises et à courts intervalles des « polypes pharyngiens ». Le malade vient consulter pour des douleurs du côté de l'oreille droite et parce que l'ouverture de la bouche devient difficile. Le visage bruni est légèrement anémié, ainsi que les muqueuses. La bouche ne s'entr'ouvre qu'à moitié.

L'amygdale droite est occupée par une tumeur rouge-foncé, de la grosseur d'une noix, indurée, bosselée, qui se continue sans délimitation nette, en bas dans l'épaisseur de la langue, en haut dans le voile du palais. La surface de la tumeur présente plusieurs ulcérations superficielles, jaunes-verdâtres. Elle est recouverte d'un réseau veineux fortement dilaté.

L'aspect seul, joint à l'unilatéralité suffit pour affirmer le diagnostic de néoplasme malin ; c'est un *carcinome de l'amygdale*. Le diagnostic est confirmé par l'aspect extérieur et la palpation qui permettent de reconnaître la propagation du néoplasme à l'angle du maxillaire, où l'on sent une tuméfaction dure, diffuse, adhérente à la peau avec plusieurs petits ganglions indurés à son pourtour. L'examen microscopique a confirmé plus tard le diagnostic.

Fig. 2. — Néoplasme bénin. — En examinant le pharynx d'une femme de 25 ans, atteinte d'une affection aiguë, on aperçoit, à la face antérieure du pilier postérieur droit, une saillie arrondie, de volume de la moitié d'une lentille, blanc-bleuâtre.

L'exploration avec le stylet ne révèle rien de particulier. La malade ignorait l'existence de cette anomalie. Actuellement on peut faire seulement le diagnostic de *néoplasme probablement bénin*.

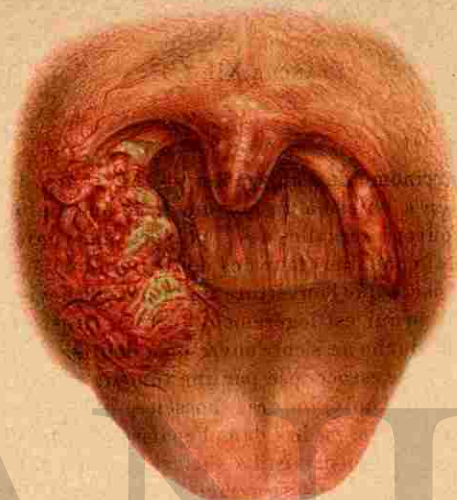


Fig. 1.



Fig. 2.

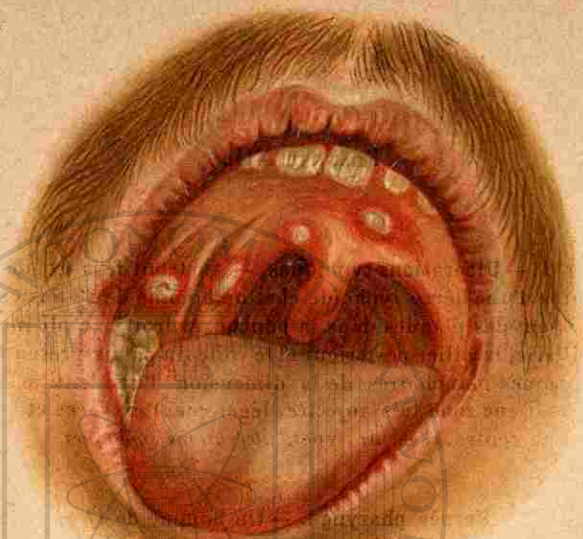


Fig. 1.

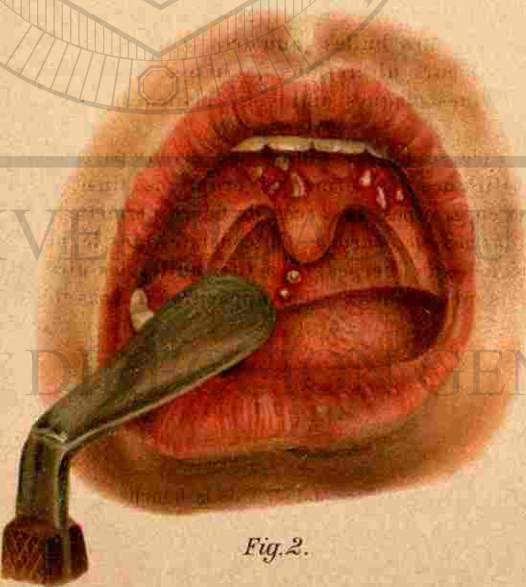


Fig. 2.

PLANCHE XIII

Fig. 1. — **Ulcérations typhiques.** — Au début de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde chez un homme de 23 ans, apparaissent des plaques dans la bouche. A droite, le pli intermaxillaire, le pilier postérieur et le voile du palais présentent des plaques blanchâtres, de la dimension d'une lentille, entourées d'une zone très injectée, légèrement excavées et jaunâtres au centre. C'est un type d'*ulcérations typhiques*.

Fig. 2. — **Herpès pharyngé.** — Un homme de 47 ans ayant eu la syphilis, traité il y a peu de temps pour des récurrences dans le larynx, a été atteint de maux de gorge très violents il y a deux jours et a eu hier un accès de fièvre avec frissons. Ce matin 38°3.

Rougeur intense du pharynx, accusée surtout autour de plusieurs groupes d'efflorescences. Sur la paroi postérieure se trouvent deux petites bulles jaunâtres, à droite sur le voile du palais plusieurs ulcérations jaunâtres, superficielles; à gauche quelques plaques amincies, blanches, de la même dimension.

Il ne faut pas se laisser induire en erreur par les antécédents syphilitiques: la forme des éruptions ainsi que leur disposition en groupes, les accès de fièvre permettent de reconnaître l'*herpès du pharynx*. On constate, dans le pharynx, les trois périodes de l'herpès: les petites bulles, les ulcérations et les dépôts membraneux; leur apparition n'a pas été simultanée. ®

PLANCHE XIV

Fig. 1. — **Muguet.** — Un homme de 65 ans se plaignant souvent de troubles dyspeptiques est atteint depuis deux jours d'un violent mal de gorge. Le voile du palais et la luette sont très rouges et présentent des dépôts laiteux, transparents ou épais, irrégulièrement disséminés. Quelques-uns se trouvent sur le pilier postérieur gauche derrière l'amygdale. En aucun point la muqueuse est ulcérée.

Les dépôts sont très adhérents; leur ablation détermine un saignement sanguin. Le microscope confirme le diagnostic de muguet du pharynx.

Fig. 2. — **Aphtes de Bednar.** — Dans la bouche d'un nourrisson on aperçoit sur le palais des deux côtés de la ligne médiane entre elle et l'extrémité postérieure de l'apophyse alvéolaire une région malade. A droite c'est un groupe de plaques un peu surélevées, laiteuses, irrégulières, de la grosseur d'une tête d'épingle, tandis qu'à gauche se trouve une ulcération de la dimension d'une lentille, blanc jaunâtre, entourée d'un bord légèrement élevé, rouge-foncé. Le siège et l'aspect de ces lésions représentent les « *aphtes de Bednar* » qui s'offrent ici à leurs deux périodes.

Fig. 3. — **Pharyngomycose.** — Examen du pharynx d'un homme de 38 ans.

Dans le pharynx plutôt pâle, on aperçoit des petits points un peu saillants, blancs jaunâtres, en grand nombre sur les amygdales, les piliers antérieurs et l'amygdale linguale. Le stylet indique leur dureté, leur adhérence, c'est le *pharyngomycose leptothricique*.

Les petits grains sont principalement composés de mycéliums, de leptothrix buccalis et de matières calcaires.

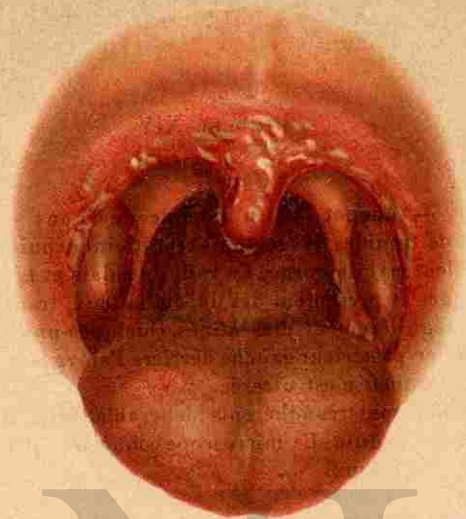


Fig. 1.

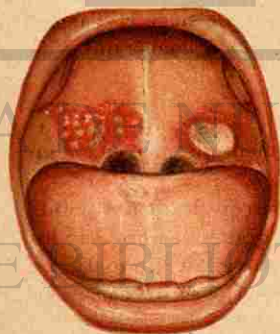


Fig. 2.



Fig. 3.

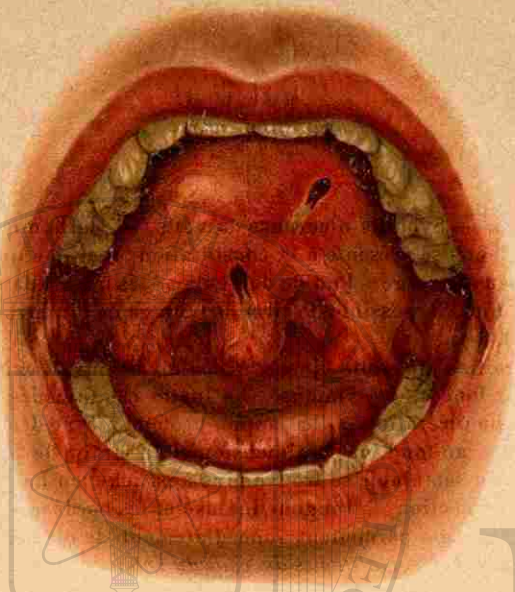


Fig. 1.

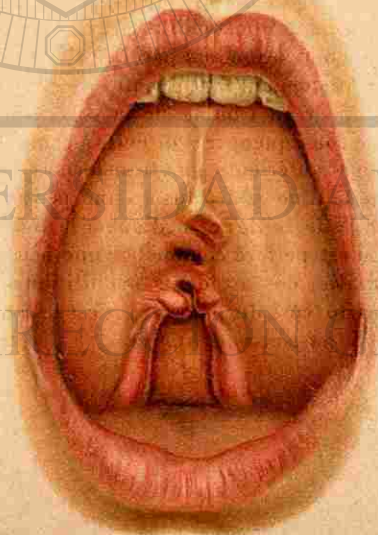


Fig. 2.

PLANCHE XV.

Fig. 1. — Syphilis ulcéreuse du voile. — Un homme d'environ 33 ans se présente à la consultation : il avait « quelques trous dans la gorge ». Peu de douleurs, « les trous » dateraient depuis hier. Impossible de tirer davantage de l'interrogatoire du malade.

Au milieu du voile, jusqu'au palais osseux, il existe une rougeur foncée, très intense. La luette est tuméfiée ; à sa base, une ulcération taillée à pic, profonde, avec des dépôts jaunâtres au fond, de la dimension d'un grain de blé. Une ulcération semblable se trouve plus à gauche, en haut.

La tuméfaction, la rougeur intense et les bords taillés à pic de l'ulcération permettent immédiatement de diagnostiquer des ulcérations syphilitiques du voile du palais. Le stylet indique une perforation.

Fig. 2. — Cicatrices pharyngées post-syphilitiques. — Nous avons traité il y a sept ans (!) déjà, une jeune fille ayant aujourd'hui 13 ans, pour une syphilis grave du larynx. Malgré une sévère recommandation aux parents, elle ne s'est pas présentée à la clinique depuis cette époque, et elle vient consulter maintenant pour un trouble de la voix. Celle-ci est très nasonnée et par conséquent très difficile à comprendre.

Les deux piliers antérieurs sont transformés en épais bourrelets, de la luette il ne reste plus qu'une petite nodosité rétractée à droite ; sur la ligne médiane à la limite du palais osseux, le voile est perforé comme par une boutonnière.

Dans l'intervalle, des accidents syphilitiques ulcéreux se sont manifestés du côté du pharynx ; c'est le tableau des ulcérations et cicatrices post-syphilitiques.

PLANCHE XVI

Fig. 1. — **Gommes miliaires.** — Un homme de 42 ans, en traitement pour une suppuration grave du nez, se plaint, depuis plusieurs semaines, de violents maux de gorge sans que l'examen révèle rien de particulier, sauf une rougeur diffuse. Enfin, un jour on trouve sur la luette qui est d'un rouge intense, trois petites nodosités jaunâtres de la grosseur d'un grain d'orge. Dans les antécédents et à l'examen on ne trouve ni tuberculose, ni syphilis. Mais la destruction rapide, le début douloureux, subaigu et enfin la réaction à l'iode autorisent le diagnostic de *gommes miliaires*.

Fig. 2. — **Tuberculose pharyngée à forme lupique.** — Il est impossible de savoir depuis combien de temps date le mal de gorge d'une femme de 36 ans. Il doit remonter à plus d'un an. Elle souffre peu, mais depuis quelque temps l'appétit diminue, elle a des transpirations fréquentes la nuit et a beaucoup maigri. Dans sa jeunesse, elle était anémique, les parents sont morts tous deux d'une affection pulmonaire.

Aux poumons on constate des deux côtés une infiltration étendue avec phénomènes cavitaires. Bacilles de Koch dans les crachats.

La luette, à gauche surtout, est très épaisse et déformée, sa surface présente de nombreuses aspérités petites, rouge-foncé, avec contours ramollis; on en trouve également sur le pilier antérieur gauche dont les épaisissements arrivent au contact de la luette. Plus haut, sur le voile existent de nombreuses nodosités gris-jaunâtres et petites.

Il s'agit sans aucun doute de *tuberculose du pharynx à forme lupique*, ce que démontre en dehors des antécédents et de l'état des poumons, l'aspect de la tumeur, infiltrée, à évolution lente, sans destruction superficielle.

Fig. 3. — **Lèpre.** — (Tirée de l'Atlas de Mikulicz et Michelson). La lèvre supérieure est épaissie et infiltrée par des nodosités irrégulières, le bord présente des ulcérations superficielles, analogues à des gercures, recouvertes de dépôts jaune-verdâtres. Le voile du palais est rouge; sur la paroi postérieure du pharynx, juste en arrière du pilier postérieur gauche, se trouve une nodosité ovale, jaunâtre, d'un brillant mat, de la grosseur d'un pois; sur la luette on en trouve un groupe identique, un peu plus petites, entourées d'une zone rouge. C'est le tableau de la *lèpre à une période précoce*: la lèpre tubéreuse. Il est facile de distinguer cette affection de l'infiltration tuberculeuse précédente; les principaux caractères distinctifs sont l'isolement des nodules, leur dimension et leur aspect jaune-cire.



Fig. 1.

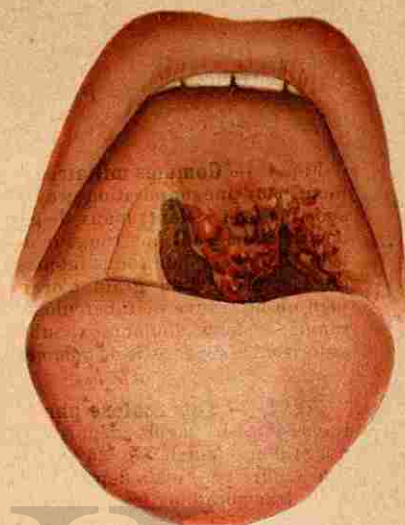


Fig. 2.

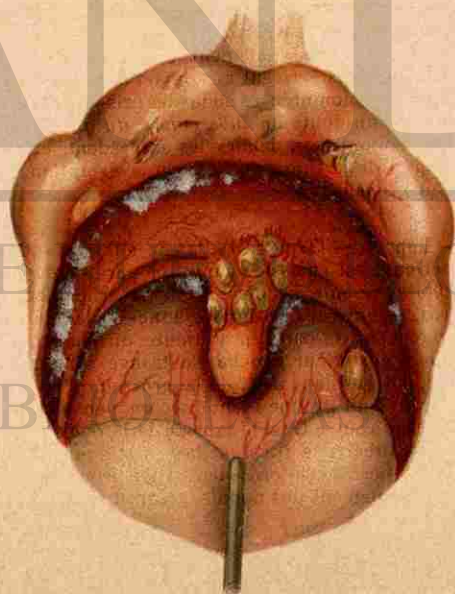


Fig. 3.

Fig. 1. — Pharyngite granuleuse et latérale hypertrophique. — Un malade se plaint de sensation de corps étranger dans la gorge et d'accès de toux convulsive et on voit par ses questions qu'il craint d'être atteint de cancer ou de phtisie.

Le pharynx de coloration normale présente sur sa paroi postérieure plusieurs saillies arrondies ou ovalaires, et longitudinales légèrement rouges ; on en aperçoit d'autres semblables en forme de bourrelets des deux côtés, en arrière des arcs palato-pharyngiens. Elles présentent le brillant et la coloration de la muqueuse voisine, c'est la *pharyngite granuleuse et latérale hypertrophique*.

Fig. 2. — Carcinome du pharynx. — La malade âgée de 64 ans a remarqué, depuis six mois à peu près, une gêne vague dans la gorge, mais sans y attacher d'importance, lorsque dans ces derniers temps sont apparues des douleurs dans l'oreille gauche, surtout pendant la déglutition. La malade est très anémiée et maigrit à vue d'œil.

Derrière le voile du palais, soulevé avec un crochet, se trouve, à la paroi postérieure du pharynx, une tuméfaction aplatie, nettement circonscrite en bas, comprenant toute la largeur de la paroi postérieure du pharynx, adhérente au pilier postérieur gauche ; elle présente une surface bosselée, dure, jaune rougeâtre, et deux ulcérations superficielles.

Au-dessous des deux angles maxillaires et des muscles du cou à gauche existent plusieurs ganglions durs, indolores, de la dimension d'un pois environ. C'est le tableau d'un néoplasme malin d'un *carcinome du pharynx*, dont le point de départ est certainement l'espace naso-pharyngien.

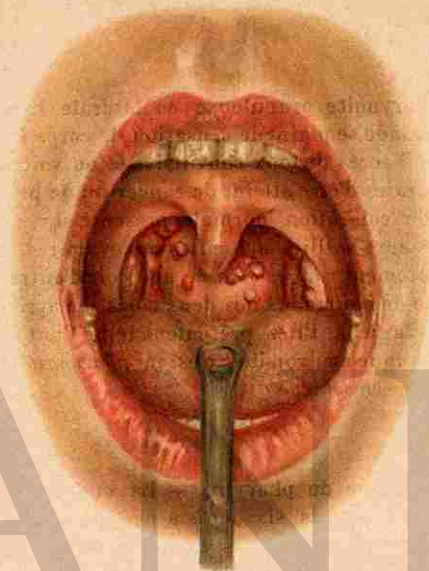


Fig. 1.

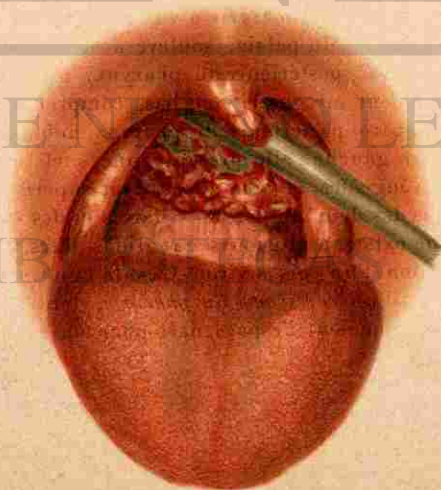


Fig. 2.

PLANCHE XIX

Fig. 1. — **Gomme en voie de ramollissement.** — Une femme de 26 ans est atteinte depuis plusieurs semaines de troubles de la déglutition très marqués, avec céphalalgie, elle a remarqué la chute de ses cheveux.

La paroi postérieure du pharynx est recouverte de masses purulentes. Après avoir relevé le voile, avec un crochet palatin, on voit le côté gauche du cavum occupé par une tuméfaction aplatie, violacée, dans laquelle on aperçoit deux ulcérations taillées à pic; la supérieure n'est visible qu'en partie. Ces deux ulcérations sont recouvertes de fausses membranes jaunâtres. Ses antécédents n'apprennent rien de précis, malgré cela on peut diagnostiquer certainement une *gomme en voie de ramollissement*.

Fig. 2. — **Syphilis tertiaire.** — Un mal de gorge très intense, datant de trois semaines, amène une femme à consulter; trop tard, d'après ce qu'on voit au premier coup d'œil.

L'amygdale droite est occupée par une ulcération étendue, recouverte de membranes jaunâtres, à bords légèrement dentelés, s'étendant profondément en dedans.

Le pilier postérieur droit est très épaissi et légèrement granuleux. En haut le palais osseux présente une ulcération semblable qui empiète sur la paroi postérieure du pharynx, est adhérente au reste du voile et se prolonge jusqu'au niveau de la base de la langue; elle présente en son centre une excavation ulcérée, taillée à pic. A gauche on aperçoit la luette attirée fortement en bas, très tuméfiée, rouge, granuleuse, déformée.

De pareilles lésions, aiguës, détruisant toute symétrie anatomique dans lesquelles la fonte s'unit à la cicatrisation, ne peuvent être produites que par la *syphilis tertiaire*.

Fig. 3. — **Syphilis tertiaire guérie.** — A l'examen du larynx d'une femme de trente ans on est frappé par l'aspect du pharynx.

Dans le pilier antérieur droit, on aperçoit une perte de substance ovalaire, à bords lisses, entourée d'une muqueuse pâle, normale. Une autre se trouve plus haut, sur le voile du palais, au-dessus de la luette, mais la muqueuse voisine forme des plis pâles et tendus. Des cicatrices semblables, étoilées, existent au milieu de la paroi postérieure et au pilier gauche qui est très adhérent à la paroi postérieure, de sorte que le voile du palais semble attiré à gauche. La luette n'est plus indiquée seulement que par une légère saillie. On est frappé de la pâleur générale de tout le pharynx.

Les pertes de substance sont des perforations; les plis, des cordons cicatriciels; ce sont des vestiges d'*ulcérations syphilitiques*.

La netteté des perforations, l'induration et la blancheur des cicatrices, la pâleur générale sont caractéristiques.

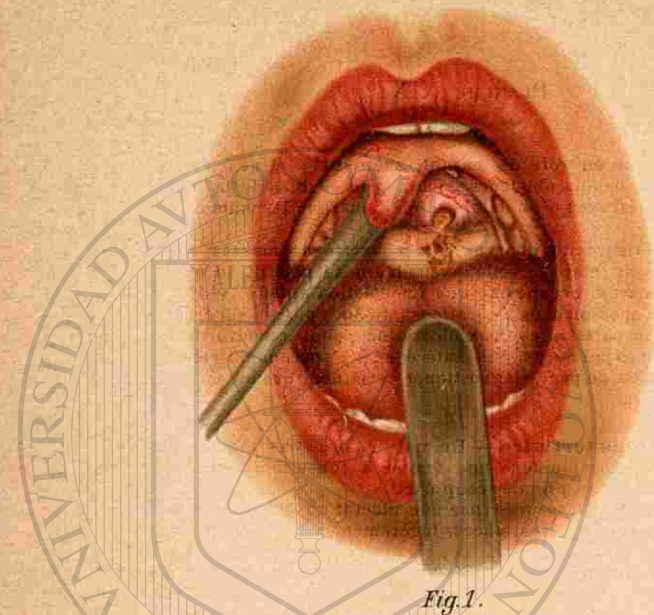


Fig. 1.



Fig. 2.

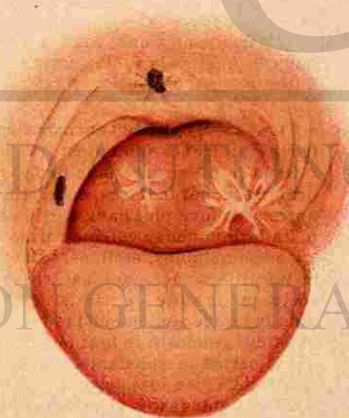


Fig. 3.

PLANCHE XX

Fig. 1. — Image de l'orifice de la trompe d'Eustache. — La fig. 1 présente l'image du pharynx vu à travers la choane gauche, cet examen est possible en raison de la destruction étendue du cornet moyen (c). La paroi postérieure du pharynx (d) est complètement visible dans la choane dont les limites sont: en dedans la cloison, en bas le plancher des fosses nasales (a), en dehors le cornet inférieur (b) et le bourrelet de la trompe (e). Au-dessus du cornet inférieur on voit aussi une partie de l'orifice tubaire (t). C'est l'image de la trompe pendant la respiration tranquille.

Il représente la trompe pendant la déglutition; on la voit faire saillie dans la lumière de la choane, sous forme d'un cône, l'orifice de la trompe (t) est béant, entre celui-ci et le cornet inférieur, s'avance en forme de coin un pli muqueux (g), la face postérieure du voile du palais qui ferme ainsi en bas l'espace naso-pharyngien. Cette image explique comment un liquide placé dans le nez est facilement chassé dans la trompe pendant la déglutition.

Fig. 2. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — On aperçoit à travers la fosse nasale très élargie, d'une jeune fille de 13 ans: à gauche la choane tout entière, à droite la moitié environ. A la périphérie on voit des masses rouges-pâles, légèrement bosselées, mûriformes, faisant saillie sur la paroi postérieure du pharynx. A gauche, en dehors et en bas, la tumeur est lisse et déprimée. La rhinoscopie antérieure permet l'inspection directe de l'amygdale pharyngée hypertrophiée, descendant profondément.

Fig. 3. — Végétations adénoïdes. — Voûte de l'espace naso-pharyngien remplie de tumeurs rouge-pâle, légèrement bosselées, descendant presque jusqu'au bord supérieur des choanes à surface lisse, brillante. Le siège et l'aspect permettent de les considérer comme des proliférations de l'amygdale pharyngée, des végétations adénoïdes.

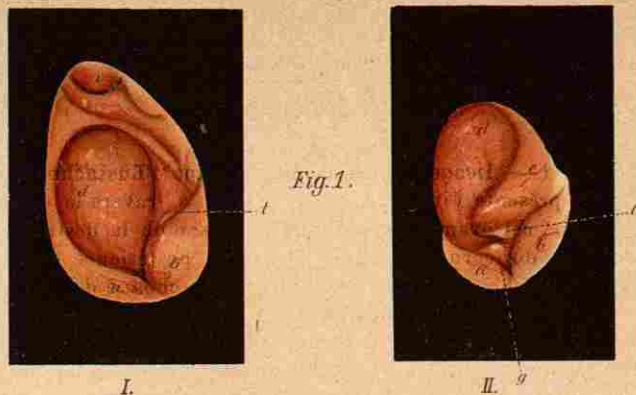


Fig. 1.

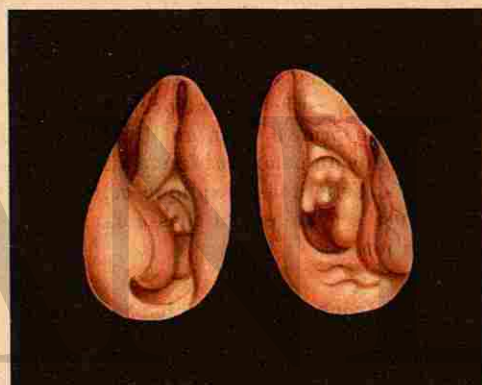


Fig. 2.

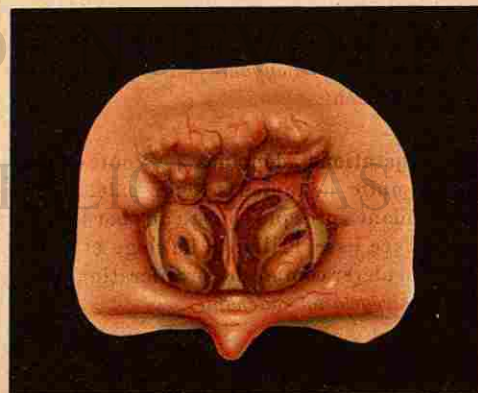


Fig. 3.

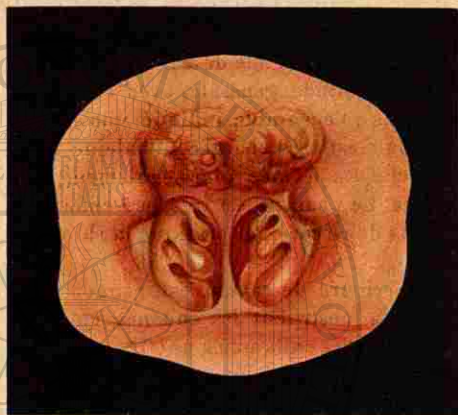


Fig. 1.

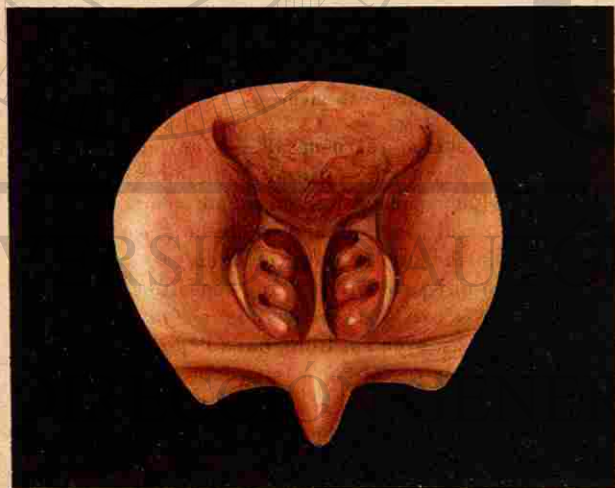


Fig. 2.

PLANCHE XXI

Fig. 1. — Amygdalite lacunaire du pharynx. — Céphalée intense avec mal de gorge violent et irradiations vers les deux oreilles, chez un jeune homme de 22 ans. Depuis deux jours il est atteint de lassitude générale, avec courbature, constipation et frissons ; l'ensemble indique une affection fébrile aiguë. La langue est très chargée, l'haleine fétide surtout lorsque la bouche est fermée, alors également la respiration est plus difficile. Le pharynx est très peu enflammé. En l'absence de lésions de ce côté, on pratique la rhinoscopie postérieure.

La partie supérieure de cavum est rouge. De nombreux bourrelets lobulés obstruent les choanes, surtout à gauche. Ils sont beaucoup plus enflammés que la muqueuse de voisinage et présentent de nombreux amas pultacés jaunâtres, qui paraissent sortir de cryptes. Ces bourrelets résultent de la tuméfaction du tissu adénoïde qui s'est enflammé tout comme au niveau des amygdales palatines (v. planche 8, fig. 1) ; c'est le type de l'amygdalite lacunaire du pharynx.

Comme jusqu'ici on a négligé de pratiquer la rhinoscopie postérieure dans les affections aiguës, cette affection, qui du reste n'est pas très rare, est encore peu connue.

Fig. 2. — Phlegmon rétro-nasal. — Une femme de 45 ans tombe malade, il y a une quinzaine de jours avec fièvre et violents symptômes généraux ; en même temps il existe de l'obstruction nasale avec sécheresse de la gorge. Cet après-midi elle a mouché subitement une assez grande quantité de pus, expulsion qui a été suivie d'une sensation de bien-être.

Dans le nez il existe du muco-pus au niveau du plancher. Le pharynx moyen est libre, dans l'épipharynx la voûte est très rouge et la région de l'amygdale pharyngée est tuméfiée.

Pour faciliter la clarté de la figure on a supprimé un foyer purulent qui existait.

Il s'agit évidemment de la période terminale d'un phlegmon rétronasal.

PLANCHE XXII

Fig. 1. — Catarrhe rétro-nasal. — Un homme de 42 ans prétend être atteint de catarrhe chronique du pharynx. Il est obligé, principalement le matin, de faire des efforts pour expectorer des mucosités visqueuses, jaune-verdâtres ; il a la gorge très sèche et a souvent la sensation d'un corps étranger.

Dans le pharynx on aperçoit, sur la muqueuse un peu sèche de la paroi postérieure, un dépôt muco-purulent et visqueux.

Rhinoscopie postérieure : le côté gauche de la voûte présente plusieurs tuméfactions ; entre celle de droite, la plus volumineuse, et un autre groupe plus petites, existe une fissure profonde, de l'extrémité inférieure de laquelle s'écoule une sécrétion purulente, desséchée, le long de la cloison jusqu'à la face postérieure du voile du palais.

Ces tuméfactions sont des débris de tissu adénoïde tels qu'ils persistent à l'âge avancé, la fissure qui les sépare est un *recessus pharyngien latéral*. Souvent une fissure analogue existe à la partie médiane, au point où la muqueuse adhère plus fortement à l'os. La sécrétion qui est entretenue dans la fissure par l'inflammation est un *catarrhe rétronasal localisé*.

Fig. 2 — Ozène. — Un homme de 28 ans présente depuis son enfance une sécrétion de croûtes visqueuses, jaune verdâtres remplissant complètement les fosses nasales ; elles sont très fétides mais le malade ne perçoit aucune odeur. Le nez est rempli de ces croûtes qui dégagent une fétidité horrible. En arrière, il existe des sécrétions un peu plus liquides ; les muqueuses sont pâles et les cornets très amincis, de telle sorte que le nez paraît extraordinairement élargi.

Les organes du cavum paraissent avoir une dimension beaucoup moins grande et semblent atrophiés. La muqueuse est pâle en général et présente à un point seulement au-dessus de la choane droite un épaississement légèrement rouge ; au-dessous de la choane une masse sèche, gris-verdâtre, fait saillie, c'est une croûte qui à travers la choane s'étend jusqu'à la face postérieure du voile du palais, en recouvrant les cornets (s). C'est le tableau de la *rhinite atrophique fétide* ou *ozène*.

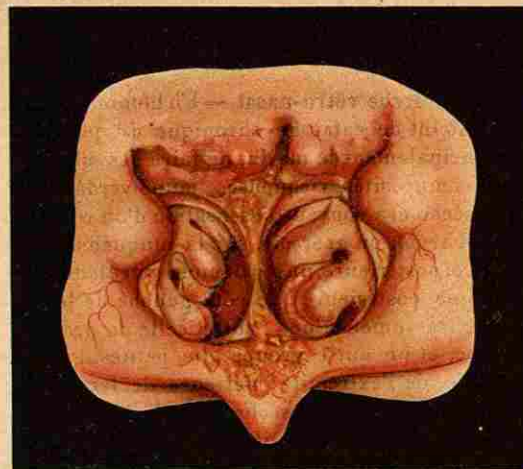


Fig. 1.

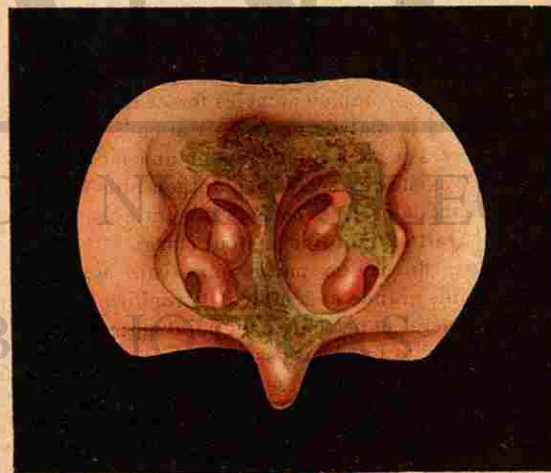


Fig. 2.



Fig. 1.

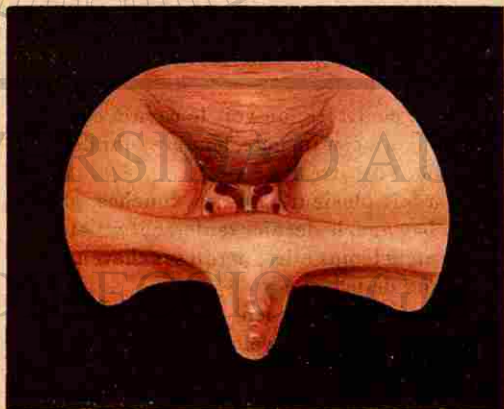


Fig. 2.

PLANCHE XXIII

Fig. 1. — **Sarcome du cavum.** — Une femme de 56 ans se plaint depuis huit à quinze jours, paraît-il, d'obstruction nasale avec écoulement. La rhinoscopie antérieure ne dénote rien d'anormal, les extrémités postérieures des cornets seules paraissent un peu hypertrophiées.

Le cavum est occupé par une masse rosée, légèrement bosselée, affleurant les bourrelets tubaires. Au toucher, on sent une tumeur molle, légèrement friable saignant très facilement.

Les renseignements fournis par la malade sont peu exacts ; elle ne s'est aperçue de son affection, qui datait en réalité depuis longtemps, que lorsqu'il y a eu obstruction complète. Cette tumeur qui envahit les régions voisines et tend à se ramollir est un néoplasme de nature maligne, datant au moins depuis six mois. Une biopsie fournit le diagnostic histologique : c'est un *sarcome de l'espace naso-pharyngien*.

Fig. 2 — **Gomme rétro-nasale.** — Une femme de 34 ans est atteinte depuis deux à trois semaines d'obstruction nasale progressive. La rhinoscopie antérieure ne révèle rien de particulier.

En arrière, au contraire, on voit le cavum occupé par une tumeur violacée, un peu inégale, bombée, qui dépasse légèrement les pavillons tubaires.

La malade a fait plusieurs fausses couches, deux enfants sont morts en bas âge, le dernier seulement vit et a une bonne santé. Ces derniers temps elle a perdu ses cheveux, et se plaint souvent de maux de tête.

Tous ces symptômes indiquent la syphilis. L'aspect de cette inflammation subaiguë se développant sans douleurs et sans fièvre confirme ce diagnostic et on peut à coup sûr diagnostiquer une *gomme rétro-nasale*.

Fig. 1. — **Salpingite aiguë.** — Des douleurs d'oreilles et de gorge apparues simultanément chez une jeune fille de 18 ans font pratiquer l'otoscopie : les deux tympans sont légèrement rouges et bombés, surtout à gauche, la voix basse n'est perçue des deux côtés qu'à dix centimètres.

Rhinoscopie : A la voûte on voit des bourrelets ondulés, qui s'étendent latéralement jusqu'aux fossettes de Rosenmüller. Les bourrelets tubaires sont très rouges et un peu tuméfiés ; par l'orifice de la trompe gauche s'écoule du pus jaunâtre, tandis qu'à droite on voit suinter une goutte de mucus grisâtre ; il s'agit évidemment de *salpingite aiguë*.

La découverte d'une otite moyenne démontre que la sécrétion provient non-seulement de la muqueuse tubaire, mais aussi de l'oreille moyenne. Les bourrelets de la voûte sont des végétations adénoïdes peu développées.

Fig. 2. — **Rhinite aiguë suppurée.** — Un homme de 38 ans souffre depuis huit jours de violentes douleurs au-dessus et dans l'œil droit. Examen de l'œil négatif. Le malade apprend que depuis peu, il s'écoule beaucoup de pus par la fosse nasale. Une très forte déviation de la cloison gêne la rhinoscopie antérieure.

La voûte du pharynx est recouverte de pus, le tissu adénoïde est assez tuméfié, et par le méat moyen il s'écoule du pus le long du vomer sur la face postérieure du voile du palais.

On ne peut mieux préciser le siège de cette *suppuration nasale aiguë*, car il peut exister une sinusite. (L'inflammation était guérie après un traitement de trois semaines).

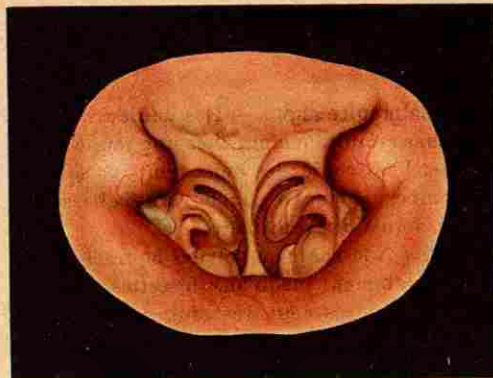


Fig. 1.



Fig. 2.

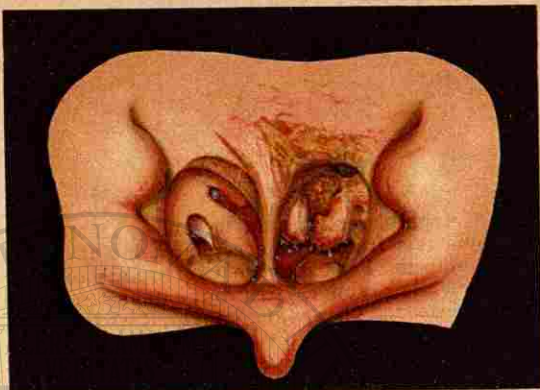


Fig. 1.

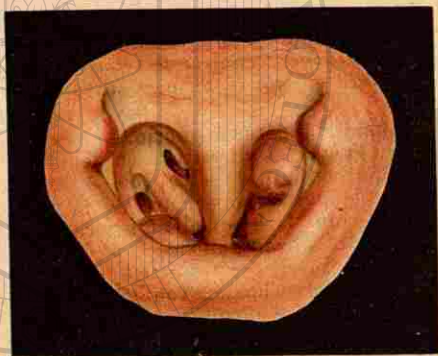


Fig. 2.

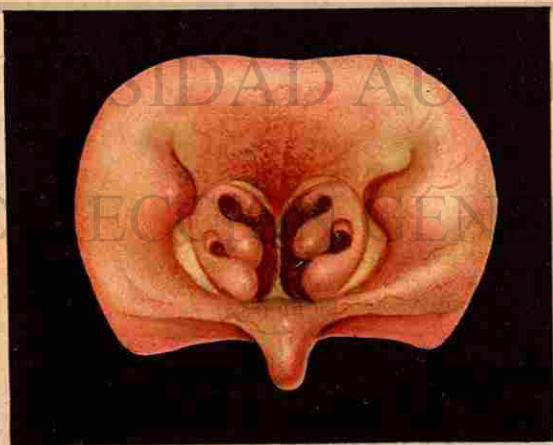


Fig. 3.

PLANCHE XXV

Fig. 1. — Syphilis tertiaire du cavum. — Obstruction nasale avec épistaxis fréquentes et céphalée datant de 15 jours, chez un homme de 34 ans. Le cornet inférieur gauche surtout est très tuméfié, le cavum est très rouge dans toute sa moitié gauche. Au-dessus de la choane gauche il existe une ulcération gris-jaunâtre, taillée à pic, avec bords très rouges, légèrement tuméfiés ; la choane semble déplacée par le cornet moyen très tuméfié, qui présente une ulcération analogue et profonde. Elle sécrète du pus qui coule sur la face gauche et le bord de la cloison. Le cornet inférieur et le bourrelet de la trompe gauche sont rouges et tuméfiés ; l'aspect des ulcérations avec l'auréole inflammatoire font porter le diagnostic d'ulcérations syphilitiques tertiaires de l'espace naso-pharyngien. Dix mois plus tard on trouve l'aspect suivant :

Fig. 2. — Syphilis ulcéreuse guérie. — Les deux choanes, mais surtout la gauche, sont rétrécies et leurs bords présentent une nouvelle configuration qui tient à un élargissement considérable de la partie supérieure de la cloison qui est quatre à cinq fois plus large qu'à l'état normal. En outre, les cornets inférieurs et moyen gauches sont élargis et déformés de sorte qu'il n'y a plus de limites nettes entre le cornet moyen et le bord externe de la choane. Toutes ces lésions sont des vestiges de syphilis ulcéreuse, comme la fig. 1.

Fig. 3. — Nécrose syphilitique du vomer. — Un homme de 28 ans a été atteint il y a six ans de syphilis. Très craintif, il vient faire examiner son nez malgré l'absence de troubles quelconques, parce qu'il a cru percevoir parfois une mauvaise odeur au cours des deux derniers mois et qu'il a remarqué une obstruction passagère.

Lamqueuse de la partie supérieure de la cloison est légèrement rouge ; cette cloison est presque très rétrécie dans toute sa longueur, ses contours sont dentelés, elle présente une coloration gris-verdâtre. Ses deux faces sont un peu tuméfiées, un œil très exercé reconnaîtra la nécrose syphilitique du vomer qui s'étend bien au delà du rayon visuel. La figure 41 représente le séquestre enlevé de la cloison.



Fig. 41. — Séquestre enlevé de la cloison.

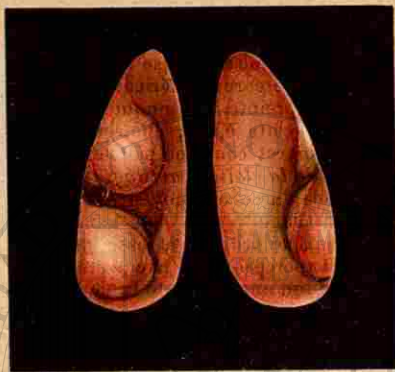


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

PLANCHE XXVII

Fig. 1. — **Epine de la cloison cartilagineuse.** — Dans la narine droite (a. cornet inférieur, b. moyen) une apophyse épineuse, à large base, s'avance de la cloison vers le cornet inférieur qu'elle touche, de façon à y déterminer une empreinte. La muqueuse du cartilage de la cloison se continue sur cette épine, elle est donc composée de tissu cartilagineux, ce qui est confirmé par l'exploration au stylet. Il s'agit d'une *épine de la cloison cartilagineuse*.

La partie de la cloison située en face du cornet moyen est très excavée par suite de l'inflexion du cartilage vers le côté gauche. La narine gauche est rétrécie par une paroi brillante et lisse, prédominamment au milieu, laissant seulement apercevoir une bande étroite du cornet moyen (b). Cette paroi n'est qu'une saillie de la cloison cartilagineuse (peut-être aussi osseuse), ce que prouve sa continuité avec le plancher nasal et sa ressemblance avec la cloison, comme coloration et consistance. C'est donc une *déviatio[n] de la cloison*.

Fig. 2. — **Folliculite du vestibule.** — Une malade a fréquemment des poussées inflammatoires, tantôt dans une aile du nez, tantôt dans une autre et qui sont toujours accompagnées, vers la fin, de sécrétion de pus ou d'une petite croûte.

En ce moment le nez est libre. A la face interne de l'aile gauche du nez on trouve une cicatrice étoilée, blanche, légèrement déprimée au centre. C'est le vestige d'une *folliculite suppurée duméat nasal*.

Fig. 3. — **Erosion traumatique de la cloison.** — Un jeune homme de 17 ans a de fréquentes épistaxis depuis un an par la narine gauche; il enlève les croûtes qui s'y forment, d'où nouvelle hémorrhagie. Après ramollissement des croûtes de la fosse nasale gauche, on aperçoit, à la partie antéro-inférieure de la cloison, une croûte blanche, assez mince, entourée d'une zone inflammatoire. Après ablation de la croûte, la muqueuse apparaît friable et saignant facilement.

Les jours suivants, le même aspect et le même phénomène se répètent. Il s'agit d'une *érosion traumatique de la cloison*.

Fig. 4. — **Hypertrophie de la muqueuse de la cloison.** — Le cornet moyen (m) est très élargi de façon à oblitérer le méat moyen, il est légèrement granuleux, rouge-pâle; la cloison est recouverte de saillies horizontales, de même coloration que le cornet moyen. Il est certain qu'elles font partie intégrante de la muqueuse de la cloison. C'est une *hypertrophie de la muqueuse de la cloison*.

Fig. 5. — **Bourrelet latéral.** — A gauche, entre le cornet inférieur et le cornet moyen, existe une tuméfaction rouge, large, un peu lobée, donnant d'abord l'impression que le cornet moyen est dédoublé. En réalité elle n'est pas en rapport avec celui-ci, ainsi que le démontre l'examen au stylet; elle représente une hypertrophie de la lèvres inférieure de l'hiatus semi-lunaire, c'est le *bourrelet latéral* ou néoplasme produit par des affections purulentes ou catarrhales du méat moyen ou des sinus du voisinage.

PLANCHE XXVIII

Fig. 1. — Polypes du nez. — Dans la narine droite on aperçoit, au-dessus du cornet inférieur épaissi, un certain nombre de tumeurs arrondies, qui remplissent le méat moyen jusqu'à la cloison. Elles présentent une coloration gris-jaunâtre, elles sont pâles, transparentes et recouvertes d'abondantes arborisations vasculaires ; dans la narine gauche il existe aussi une tumeur de même aspect, un peu plus dure, qui remplit la choane jusqu'au plancher des fosses nasales et ne laisse apercevoir qu'un point du cornet inférieur. L'aspect des tumeurs fait porter le diagnostic de *polypes du nez* dont nous trouvons à droite la forme multiple, à gauche, la forme isolée. En arrière il peut certainement en exister d'autres, le stylet aura à rechercher les points d'insertion (méat moyen, voûte des fosses nasales, ethmoïde). En outre on explorera les surfaces osseuses et on examinera les sécrétions, car ces tumeurs sont en grande majorité dues à des affections profondes.

Fig. 2. — Hypertrophie du cornet moyen.

Fig. 3. — Orifice du canal naso-frontal. — Les fosses nasales sont visibles sur une grande étendue. Par suite d'un large écartement du cornet moyen (*m*) de la cloison, le méat moyen est visible sur une vaste surface ; en haut il se termine dans l'angle compris entre le cornet moyen et la paroi externe, angle limité en bas par un pli arciforme. Ce point correspond au *conduit excréteur du sinus frontal*. Rarement on le trouvera aussi nettement visible.

Les autres lettres représentent : *r* = paroi postérieure du pharynx ; *m'* = profil de la face inférieure du cornet moyen ; *n'* = profil de la face interne du cornet inférieur ; *s* = cloison.

Fig. 4. — Sinus sphénoïdal gauche. — Dans la fosse nasale gauche on aperçoit à travers la choane la paroi postérieure du pharynx ; tandis que le rayon visuel est limité en dedans par la cloison (*a*), en bas par le cornet inférieur (*b*) et en dehors par la face antérieure du bourrelet de la trompe. Au-dessus du bord supérieur de la choane on aperçoit une excavation (*d*) arrondie, à bords tranchants, tapissée de muqueuse jaunâtre. Cette excavation représente le *sinus sphénoïdal gauche* qui est visible sur cette large surface à la suite d'une sinusite. Au-dessous du cornet moyen (*c*) on voit quelques petites excavations (*e*) de même aspect ; elles correspondent à des cellules ethmoïdales rendues visibles après une longue suppuration.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

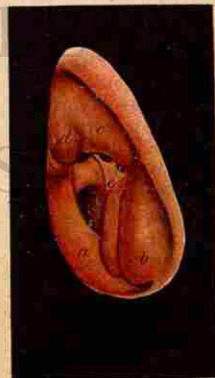


Fig. 4.

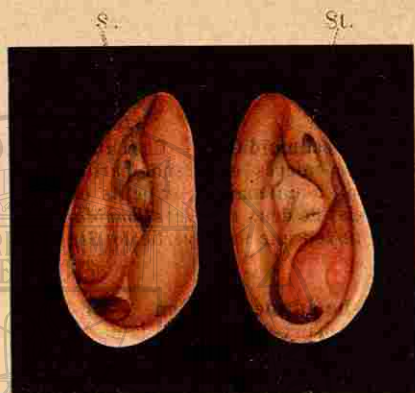


Fig.1.



Fig.2.



Fig.3.

PLANCHE XXIX

Fig. 1. — **Cellules ethmoïdales.** — Chez un malade les deux cornets moyens ont été enlevés en grande partie. Au-dessus de la choane droite on voit maintenant deux petits orifices arrondis (s), les orifices (artificiels) de deux *cellules ethmoïdales* ; à gauche sur le reste du cornet moyen une fente verticale (St), l'*orifice du sinus frontal*.

Fig. 2. — **Catarrhe du méat moyen.** — Un homme de 42 ans souffre beaucoup de maux de tête. Par la narine gauche il mouche, le matin surtout, des mucosités. L'extrémité antérieure du cornet moyen paraît dédoublée, épaissie ; la muqueuse est un peu plus rouge et légèrement granuleuse. Au-dessus de cette tuméfaction en forme de massue, on aperçoit une fente longitudinale, ovale, rarement aussi nette, le *recessus du méat moyen*. C'est de là que provient la sécrétion. Comme on a pu exclure les sinus maxillaire et frontal comme sources de cet écoulement, le diagnostic est : *catarrhe circonscrit du méat moyen*.

Fig. 3. — **Sinusite maxillaire.** — On a enlevé de la fosse nasale droite après ramollissement préalable quelques croûtes gris verdâtres, horriblement fétides. Au bout de quelque temps on aperçoit sur toute la face du cornet inférieur, des gouttelettes de pus jaunâtres dissimulées. Cet aspect correspond à un état qu'on rencontre parfois dans l'*ozène*. Les sécrétions provenant d'en haut, dans ce cas du sinus maxillaire, en nappe très mince, uniforme, s'accumulent sur les parties saillantes de la muqueuse pour former des gouttelettes qui alors deviennent apparentes.

PLANCHE XXX

Fig. 1. — **Tuberculose nasale.** — Une femme de 42 ans présente depuis un an une sécheresse du nez, avec sensation de tension qui provoque souvent le grattage et des hémorrhagies. La malade se gratte et « écorche » la muqueuse des fosses nasales depuis longtemps, mais elle n'éprouve des troubles que depuis la mort de son mari, il y a six mois.

La cloison de la fosse nasale droite est recouverte à sa partie antérieure de petites saillies arrondies, gris-rougeâtres, qui se continuent en arrière, en s'aplatissant, dans la muqueuse normale, latéralement par-dessus le plancher des fosses nasales sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Le siège principal se trouve au niveau de la crête de la cloison. Ce point de départ indique déjà une *tuberculose des narines*, ce

que confirme aussi la petitesse des saillies et la dissémination diffuse de l'affection. La consistance dure à la palpation avec forte tendance aux hémorragies complètera l'inspection, de même que l'examen microscopique, surtout au point de vue histologique. L'infection est indiquée d'une façon typique par l'anamnèse.

Fig. 2. — Papillome de la cloison. — Au point de vue comparatif, nous avons présenté l'image d'une petite tumeur circonscrite, implantée sur la cloison, rouge-clair, muriforme, un papillome de la cloison, qui montre nettement la différence entre ce néoplasme bénin, bien circonscrit, dont les éléments papillaires sont développés uniformément, et le caractère diffus, nulle part circonscrit de l'infiltration tuberculeuse.

Fig. 3 — Ulcération tertiaire. — Une jeune fille de 22 ans se plaint depuis quatre jours de violentes céphalalgies, surtout frontales; le nez est assez fortement obstrué. Les fosses nasales paraissent assez libres, dans le naso-pharynx existe une nappe de tissu adénoïde. Le diagnostic ne peut être fait avec certitude.

Quatre jours plus tard : le cornet inférieur droit est légèrement tuméfié; après cocaïnisation, la céphalalgie devient moins forte et disparaît complètement après badigeonnage de la cloison à la cocaïne. Le lendemain l'amélioration continue, mais le surlendemain de nouvelles douleurs apparaissent. Cette fois une petite croûte purulente se montre à la tête du cornet inférieur, et en bas sur la cloison; le cornet moyen est un peu épaissi. Après avoir détaché la croûte de la cloison, celle-ci apparaît légèrement tuméfiée, inégale et présente au centre une légère dépression. Après interrogatoire, la malade répond qu'elle perd ses cheveux. Les conditions sociales ne permettent pas des recherches plus approfondies des antécédents, mais l'aspect est tellement suspect que la médication à l'iode paraît indiquée.

Quatre jours après : la tuméfaction de la cloison est plus prononcée, l'ulcération centrale s'est allongée d'arrière en avant. Au bout de trois jours : forte tuméfaction des cornets moyen et inférieur droits; celui-ci présente une ulcération à bords irréguliers, avec hyperémie étendue du voisinage; ulcération semblable de la cloison. Une autre ulcération un peu plus superficielle, mais très étendue, de même aspect, avec lobulisation plus nette des bords, se trouve sur le cornet moyen. Dans la profondeur de l'ulcération de la cloison le stylet arrive sur de l'os rugueux; toutes ces surfaces saignent au moindre attouchement.

Actuellement l'aspect seul suffirait pour faire le diagnostic d'ulcères syphilitiques tertiaires.

La figure de la fosse nasale gauche représente les vestiges de la maladie, c'est-à-dire la perforation guérie et l'ulcération du cornet moyen cicatrisée.

Fig. 4. — Rhinite fibrineuse. — Le plancher des fosses nasales ainsi que les parties voisines du cornet inférieur et de la cloison sont très rouges. Dans cette zone on aperçoit une membrane blanc-grisâtre, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse. Le méat moyen, le cornet moyen et la cloison sont recouverts de masses purulentes gris-jaunâtres.

Réaction inflammatoire intense de toute la muqueuse nasale; cette inflammation de nature exsudative, outre son aspect, permet de reconnaître par l'examen au stylet que ces membranes blanches sont très adhérentes, mais peuvent être détachées. Cette inflammation est donc une rhinite fibrineuse.



Fig. 1.



Fig. 2.

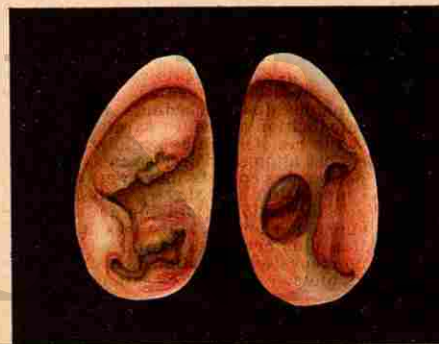


Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

PLANCHE XXXI.

Fig. 1. — Coupe sagittale de l'amygdale pharyngée hypertrophiée d'un enfant.

Le tissu est presque entièrement composé de follicules lymphatiques plus ou moins grands. Le tissu interstitiel se compose en grande partie de cellules arrondies; peu de vaisseaux se trouvent du côté de la base.

Fig. 2. — Même tumeur chez un adulte.

La zone marginale des follicules est plus épaisse; ceux-ci se trouvent isolés dans le stroma; parcouru de nombreux capillaires, formé par des faisceaux plus ou moins épais de tissu conjonctif.

Fig. 3. — Coupe frontale d'une amygdale pharyngée.

En haut, débris de tissu adénoïde; l'autre partie présente trois cavités en partie fermées à l'intérieur par des couches minces de tissu semblable sans transformation particulière des parois. Ces cavités kystiques sont sans doute produites par une fonte inflammatoire de follicules.

PLANCHE XXXII.

Fig. 1. — **Bourse pharyngée.** — Dans une amygdale pharyngée déjà en état de régression avancé on aperçoit presque sur la ligne médiane une fente profonde qui s'élargit vers la base; c'est une *bourse pharyngienne*. La coupe donne, en bas à gauche, la surface de l'amygdale, en haut et à droite la paroi interne de la fente. La couche interstitielle présente le type du tissu en involution (v. pl. XXXI, fig. 2) et s'élève en un point pour former un cône qui touche presque la paroi basale de façon qu'il pourrait y avoir adhérence des surfaces épithéliales et formation d'une cavité close, d'un kyste. L'épithélium de cette surface a proliféré en certains endroits, tandis que l'épithélium de la face interne a conservé le type de cellules cylindriques à une seule couche.

Fig. 2. — **Petite tumeur molle, pédiculée, de la surface d'une amygdale pharyngée.** — La paroi droite est formée par une bande mince de tissu conjonctif, tandis que la paroi gauche est composée en dedans de débris de tissu amygdalien, en dehors d'un tissu fibroïde, plus homogène, pauvre en cellules. La paroi externe et la paroi interne du kyste sont recouvertes d'épithélium cylindrique en partie stratifié, ce qui indique clairement que la cavité est produite par la rencontre et l'adhérence de segments de la surface de l'amygdale.

Fig. 3. — **Coupe de sarcome juvénile** décrite pl. XXVI, fig. 3. — Au-dessous de la surface, on aperçoit quelques follicules lymphatiques avec augmentation de cellules sur le bord. Le reste de la coupe représente un tissu assez lâche de cellules rondes avec développement de vaisseaux, qui indique une évolution rapide.



Fig. 1.

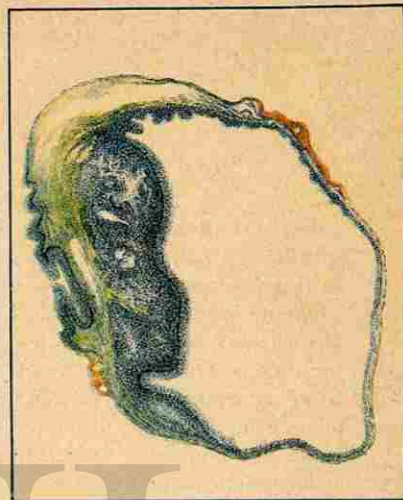


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 1.

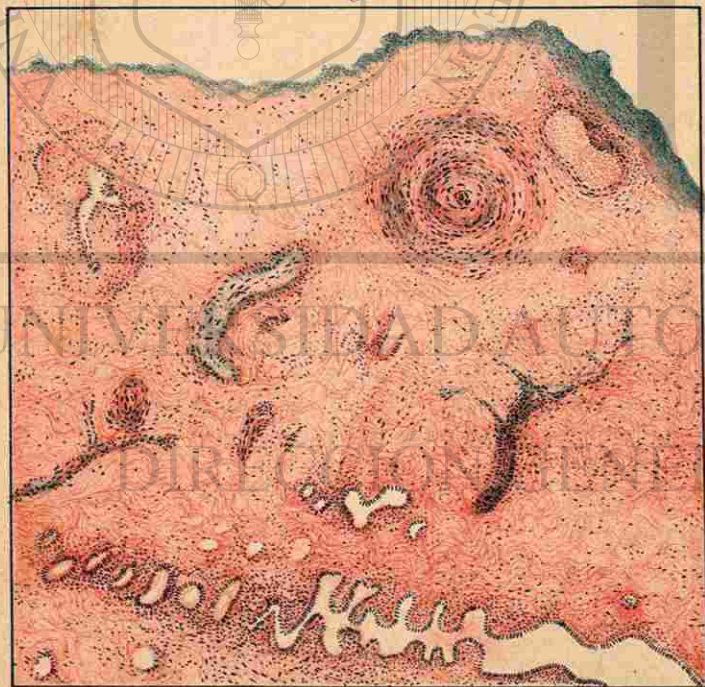


Fig. 2.

PLANCHE XXXIII.

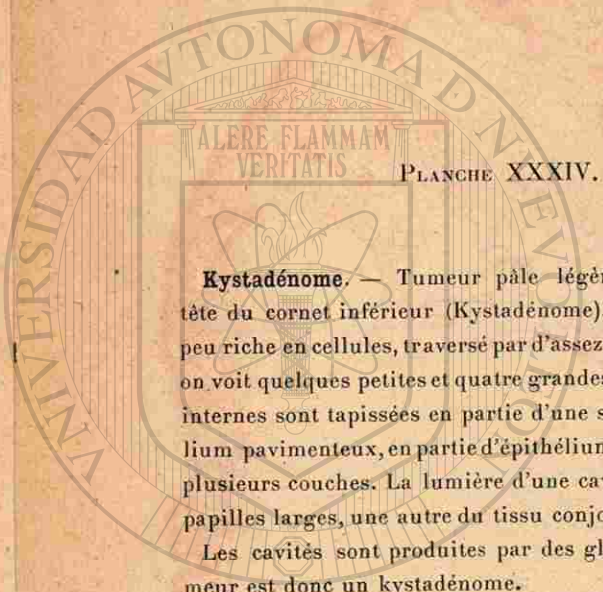
Fig. 1. — Coupe d'un épaissement lisse, en forme de masse, de la tête du cornet inférieur.

Sous la surface légèrement ondulée se trouve une couche mince de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes. Tout le reste de la tumeur est occupé par des veines dilatées, à parois épaisses, une hyperplasie du corps caverneux. On voit des artères isolées avec prolifération périartérielle. A la périphérie de nombreux petits vaisseaux cheminent vers la surface.

Fig. 2. — Coupe d'un polype muqueux.

Le tissu fondamental se compose d'un tissu conjonctif très lâche, très pauvre en cellules, à fibres fines, formé en partie de fibres élastiques. En bas on voit des glandes dilatées; l'une à droite s'est transformée en un tube en spirale; il existe une infiltration de petites cellules. Sur les petits vaisseaux du milieu (coupe longitudinale) on reconnaît une prolifération endo et périartérielle, de même que sur les artères plus volumineuses de la partie supérieure de la coupe et dont la lumière est presque complètement obstruée. Au niveau de la grosse veine représentée en haut et à gauche on est frappé de l'épaississement de la tunique interne avec rétrécissement de la lumière du vaisseau. Ces rétrécissements vasculaires expliquent la formation d'œdème dans ces tumeurs. ®

Agrandi 90 fois.



Kystadénome. — Tumeur pâle légèrement bosselée de la tête du cornet inférieur (Kystadénome). Dans le tissu lâche peu riche en cellules, traversé par d'assez nombreux vaisseaux, on voit quelques petites et quatre grandes cavités. Leurs parois internes sont tapissées en partie d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, en partie d'épithélium cylindrique à une ou plusieurs couches. La lumière d'une cavité présente quelques papilles larges, une autre du tissu conjonctif infiltré.

Les cavités sont produites par des glandes dilatées, la tumeur est donc un kystadénome.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

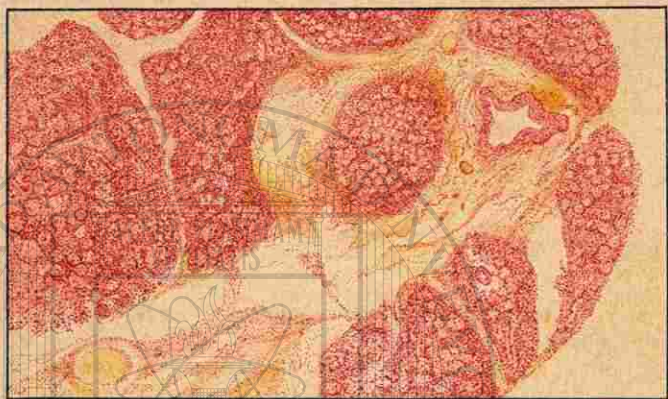


Fig. 1.



Fig. 2.

PLANCHE XXXV.

Fig. 1. — Coupe d'une tumeur (adénome) de la tête du cornet moyen.

La tumeur est presque complètement composée de masses arrondies dont les éléments apparaissent à un plus fort degré d'agrandissement comme des glandes muqueuses. Le tissu interstitiel peu abondant est presque complètement composé de vaisseaux. En haut à droite, il y a une artère dilatée avec parois très infiltrées : *adénome*.

Fig. 2. — Coupe d'une tumeur végétante, en forme de chou-fleur du cornet moyen. (Fibro-épithéliome papillaire malin).

La surface est recouverte par un épithélium cylindrique en partie épaissi. Dans le tissu de soutien, pauvre en cellules, se trouve un certain nombre de masses ovales, composées seulement d'épithélium. Au centre les cellules présentent de la dégénérescence.

Il s'agit évidemment d'une prolifération atypique de l'épithélium de la surface vers la profondeur, avec hypertrophie papillaire du tissu conjonctif : *fibro-épithéliome papillaire malin*.

PLANCHE XXXVI

Fig. 1. — Hyperplasie syphilitique, gommeuse et diffuse. — Tumeur très friable, saignant facilement, du bord du cornet moyen détruit par une ulcération syphilitique. Sur la couche d'épithélium cylindrique se trouve en plusieurs points une couche mince contenant des cellules arrondies. A la partie supérieure l'épithélium manque et le tissu présente également une vaste perte de substance à bords taillés à pic. La substance fondamentale forme un réseau riche en cellules avec de nombreuses veines en partie dilatées, de sorte que l'ensemble ressemble à une éponge. Vers la périphérie se trouve une infiltration épaisse de cellules rondes, dépourvue de vaisseaux et qui s'étend à gauche, en haut, sous forme de papille dans le tissu plus pauvre en cellules. Au-dessous existent des masses de cellules rondes avec ramollissement central: *hyperplasie syphilitique gommeuse et diffuse*.

Fig. 2. — Tumeur tuberculeuse de la cloison. — Tumeur molle, rouge-pâle, légèrement bosselée de la partie inférieure de la cloison nasale, enlevée à l'anse. Elle est composée de petites cellules rondes qui sont rangées plus ou moins nettement, sous forme de nids, arrondis ou ovalaires, dont le centre présente une coloration un peu moins forte du noyau et qui sont dépourvus de vaisseaux. En bas, à droite, trois petites masses (B) qu'on reconnaît à un plus fort degré d'agrandissement comme étant des *cellules géantes* très riches en noyaux.



Fig. 1.



Fig. 2.

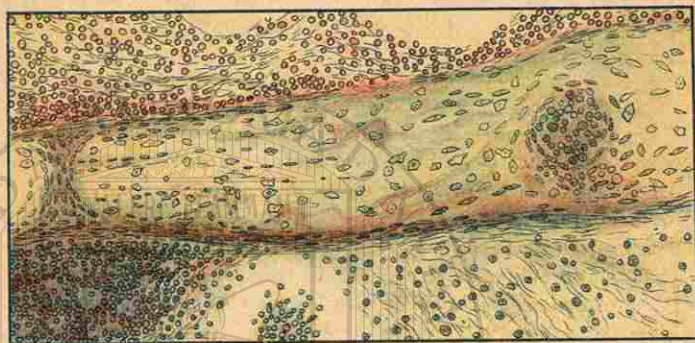


Fig. 1.



Fig. 2.

PLANCHE XXXVII

Fig. 1. — Coupe de la paroi d'une bulle osseuse du cornet moyen (v. p. 102). — La bulle était remplie de pus et présentait à l'extérieur et à l'intérieur de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse.

Le milieu de la coupe est formé par du tissu osseux qui est interrompu en deux endroits par du tissu plus mou. A droite, il y a une agglomération de cellules rondes entourées partout de tissu osseux, à gauche, une bande traverse l'os d'une couche de périoste à l'autre. Autour de cette bande et de l'agglomération de cellules rondes, les corpuscules osseux présentent une disposition différente de celui du reste de l'os et sont caractérisés par une plus grande dimension, une forme irrégulière et de la prolifération de noyaux comme les ostéoclastes.

Vers le périoste on trouve également ces cellules de transition. Le tissu adjacent est en grande partie caractérisé par une prolifération abondante de cellules rondes qui rend la structure du périoste tout à fait méconnaissable dans la partie supérieure.

Il existe donc des phénomènes de résorption du tissu osseux et de transformation en tissu conjonctif par prolifération inflammatoire.

Fig. 2. — Coupe transversale du cornet moyen dans la suppuration du sinus maxillaire, et à la face interne duquel existait une ulcération.

Dans la coupe, le tissu osseux du cornet est en grande partie remplacé par du tissu conjonctif; la face interne de la muqueuse (en haut) très enflammée et infiltrée, présente au centre une ulcération s'étendant jusqu'à la sous-muqueuse, décollant le tissu légèrement sur les bords.

PLANCHE XXXVIII

Fig. 1. — **Ulcère du cornet moyen.** — La face externe du cornet moyen droit présente (dans un cas de suppuration du sinus frontal) une zone osseuse, rugueuse et friable. A ce niveau existe une ulcération profonde, traversant l'os. La coupe représente un ulcère de la surface du cornet avec ostéite granuleuse et raréfiante.

Fig. 2. — **Ostéite du cornet moyen.** — Cornet moyen dans des sinusites avec large ulcération de la surface et dénudation osseuse.

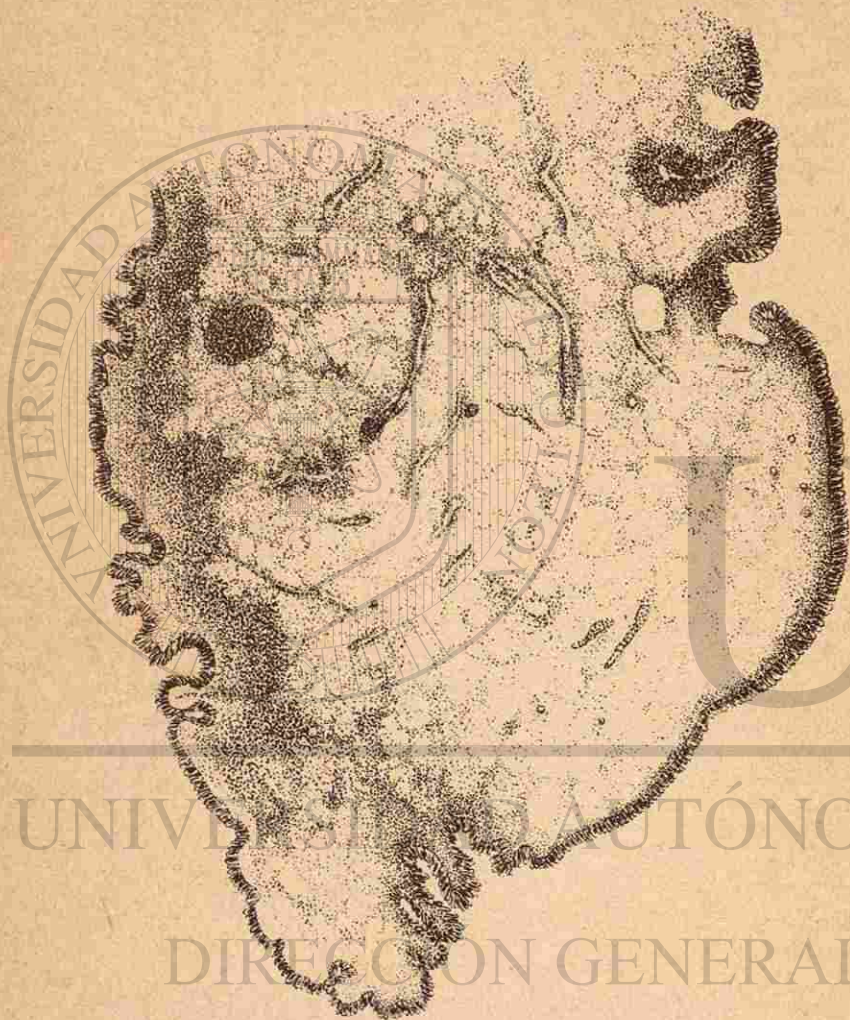
L'os est complètement dénudé au centre, et fait une saillie hémisphérique, ayant subi à la surface, dans la profondeur et partiellement une transformation fibreuse et à cellules rondes. Les parties latérales sont encore recouvertes de périoste très épaissi et infiltré, à droite seulement, d'une couche glanduleuse, également enflammée de la muqueuse. Il s'agit d'une ostéite granuleuse, hyperplasique et raréfiante avec fonte complète ulcéreuse de la muqueuse.



Fig. 1.



Fig. 2.



.. PLANCHE XXXIX

Tumeur gris rougeâtre, polypiforme provenant d'un cornet moyen. Suppuration des cellules ethmoïdales adjacentes.

Le substratum de la tumeur est formé par un réseau lâche, composé de cellules rondes dans les mailles duquel se trouvent des masses de granulations fines, sans structure (liquide d'œdème coagulé). Vers la base, le tissu devient plus induré et contient de nombreux vaisseaux très fins; il en existe très peu à la périphérie. La surface est tapissée d'épithélium cylindrique, elle est en partie lisse, en partie allongée sous forme de papilles fines qui ont souvent l'aspect de villosités, à gauche, parallèlement à la surface, existe une infiltration de cellules rondes, qui, à un endroit, ressemble à un follicule. Il s'agit donc d'une prolifération de la muqueuse sous forme d'un fibrome œdémateux avec infiltration inflammatoire.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS



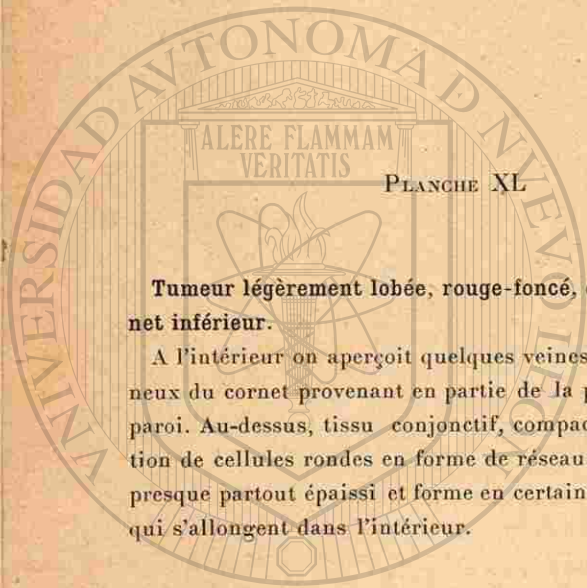


PLANCHE XL

Tumeur légèrement lobée, rouge-foncé, de la tête du cornet inférieur.

A l'intérieur on aperçoit quelques veines du corps caverneux du cornet provenant en partie de la prolifération de la paroi. Au-dessus, tissu conjonctif, compact, avec prolifération de cellules rondes en forme de réseau. L'épithélium est presque partout épais et forme en certains points des cônes qui s'allongent dans l'intérieur.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA



Fig. 1.



Fig. 2.

PLANCHE XLI

Fig. 1. — Tumeur lobée, gris-rougeâtre, située au niveau de la tête du cornet inférieur : fibrome papillaire ramolli.

Au centre seulement existent des débris du corps caverneux et des glandes. Le reste de la tumeur est composé presque exclusivement, surtout à la surface, de tissu conjonctif riche en cellules avec vaisseaux légèrement épaissis et s'allonge en papilles plus ou moins larges : elle est recouverte d'une seule couche d'épithélium cylindrique.

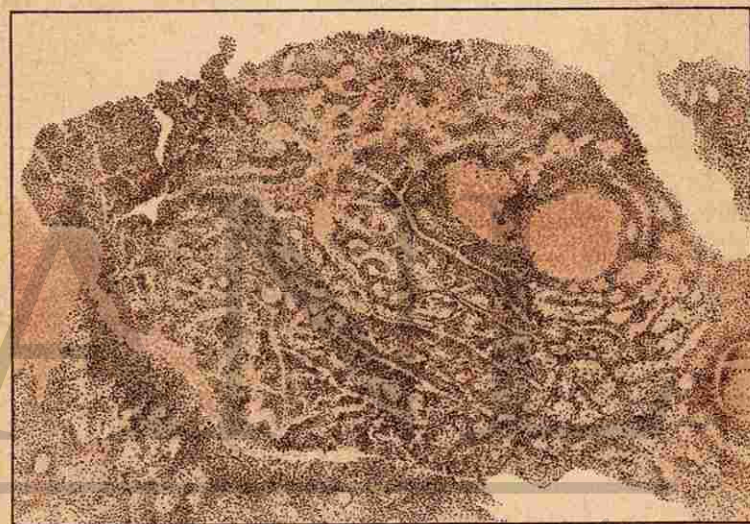
Fig. 2. — Tumeur dure, lisse, rouge foncée de la tête du cornet inférieur : angiofibrome.

En dehors de la surface un peu plus riche en cellules, presque toute la tumeur est composée de petites artères ; au centre seulement se trouvent des débris du réseau veineux caverneux.

PLANCHE XLII

Angiosarcome. — Tumeur gris-rougeâtre, chez une petite fille de quatre ans et demi, à développement rapide, siégeant à l'entrée des fosses nasales et dont le point de départ est sans doute le cornet moyen.

Tissu lâche, spongieux dont les interstices plus ou moins grands se composent de vaisseaux remplis de sang. A un plus fort degré d'agrandissement, l'ensemble paraît constitué en majeure partie par des cellules arrondies avec une substance intercellulaire mince, qui proviennent des parois internes des gros vaisseaux. Espaces sanguins dépourvus de parois.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	5
Anatomie et Physiologie	7
I. — BOUCHE ET PHARYNX	7
II. — NEZ.	11
Pathologie et séméiologie générales	19
A. — Prophylaxie.	19
B. — Séméiologie	21
1. — Séméiologie de la cavité bucco-pharyngée	21
2. — Séméiologie des fosses nasales	21
C. — Exploration.	25
1. — Examen du faciès.	25
2. — Examen de la bouche et du pharynx.	26
3. — Cavum, rhinoscopie postérieure, toucher naso-pharyngien.	26
4. — Nez, rhinoscopie antérieure.	29
5. — Exploration du sinus maxillaire.	30
D. — Thérapeutique générale	34
1. — Thérapeutique générale des affections bucco-pharyngées.	31
1 ^o Nettoyage de la cavité bucco-pharyngée	31
2 ^o Calmants et dérivatifs.	32
3 ^o Traitement de l'état général	32
4 ^o Pansements de la cavité bucco-pharyngée.	32
2. — Thérapeutique générale des affections nasales	33
1 ^o Nettoyage des fosses nasales.	33
2 ^o Cautérisations	34
3 ^o Electrolyse.	35
4 ^o Tamponnement	35
5 ^o Opérations.	37
Pathologie et Thérapeutique spéciales	41
I. — MALADIES AIGÜES.	41

ICONOGRAPHIE

PLANCHE I	149
Fig. 1. — Scorbut	149
Fig. 2. — Carcinome de la lèvre	149
PLANCHE II	150
Fig. 1. — Condylome de la lèvre	150
Fig. 2. — Ulcération tuberculeuse	151
PLANCHE III	151
Fig. 1. — Stomatite catarrhale	151
Fig. 2. — Stomatite mercurielle	152
PLANCHE IV	152
Fig. 1. — Ulcérations tuberculeuses de la bouche	152
Fig. 2. — Pyorrhée alvéolaire	153
PLANCHE V	153
Fig. 1. — Epulis	153
Fig. 2. — Stomatite aphteuse	153
Fig. 3. — Langue noire	154
PLANCHE VI	154
Fig. 1. — Leucoplasie linguale	154
Fig. 2. — Langue géographique	155
PLANCHE VII	155
Fig. 1. — Gomme de la langue	155
Fig. 2. — Carcinome lingual	155
Fig. 3. — Hypertrophie de l'amygdale linguale	156
PLANCHE VIII	156
Fig. 1. — Angine lacunaire aiguë	156
Fig. 2. — Angine fibrineuse bénigne	156
Fig. 3. — Diphtérie pharyngée	157
PLANCHE IX	157
Fig. 1. — Phlegmon amygdalien	157
Fig. 2. — Erysipèle du pharynx	158
PLANCHE X	158
Fig. 1. — Amygdalite	158
Fig. 2. — Syphilis	158
Fig. 3. — Syphilis tertiaire de l'amygdale	158

ICONOGRAPHIE

495

PLANCHE XI	159
Fig. 1. — Hypertrophie amygdalienne	159
Fig. 2. — Sarcome primitif de l'amygdale	159
PLANCHE XII	160
Fig. 1. — Carcinome de l'amygdale	160
Fig. 2. — Néoplasme bénin	160
PLANCHE XIII	161
Fig. 1. — Ulcérations typhiques	161
Fig. 2. — Herpès du pharynx	161
PLANCHE XIX	162
Fig. 1. — Muguet	162
Fig. 2. — Aphtes de Bednar	162
Fig. 3. — Pharyngomycose	162
PLANCHE XV	163
Fig. 1. — Syphilis ulcéreuse du voile	163
Fig. 2. — Cicatrices pharyngées post-syphilitiques	163
PLANCHE XVI	164
Fig. 1. — Gomme miliaires	164
Fig. 2. — Tuberculose pharyngée à forme lupique	164
Fig. 3. — Lèpre	164
PLANCHE XVII	165
Fig. 1. — Scorbut	165
Fig. 2. — Papule syphilitique	165
Fig. 3. — Tuberculose du palais	165
PLANCHE XVIII	166
Fig. 1. — Pharyngite granuleuse et latérale hypertro- phique	166
Fig. 2. — Carcinome du pharynx	166
PLANCHE XIX	167
Fig. 1. — Gomme en voie de ramollissement	167
Fig. 2. — Syphilis tertiaire	167
Fig. 3. — Syphilis tertiaire guérie	167
PLANCHE XX	168
Fig. 1. — Image de l'orifice de la trompe d'Eustache	168
Fig. 2. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée	168
Fig. 3. — Végétations adénoïdes	168
PLANCHE XXI	169
Fig. 1. — Amygdalite lacunaire du pharynx	169
Fig. 2. — Phlegmon rétro-nasal	169

PLANCHE XXII	170
Fig. 1. — Catarrhe rétro-nasal	170
Fig. 2. — Ozène	170
PLANCHE XXIII	171
Fig. 1. — Sarcome du cavum	171
Fig. 2. — Gomme rétro-nasale	171
PLANCHE XXIV	172
Fig. 1. — Salpingite aiguë	172
Fig. 2. — Rhinite aiguë suppurée	172
PLANCHE XXV	173
Fig. 1. — Syphilis tertiaire du cavum	173
Fig. 2. — Syphilis ulcéreuse guérie	173
Fig. 3. — Nécrose syphilitique du vomer	173
PLANCHE XXVI	174
Fig. 1. — Queues de cornet	174
Fig. 2. — Polype rétro-nasal	174
Fig. 3. — Sarcome juvénile du naso-pharynx	174
PLANCHE XXVII	175
Fig. 1. — Epine de la cloison cartilagineuse	175
Fig. 2. — Folliculite du vestibule	175
Fig. 3. — Erosion traumatique de la cloison	175
Fig. 4. — Hypertrophie de la muqueuse de la cloison	175
Fig. 5. — Bourrelet latéral	175
PLANCHE XXVIII	176
Fig. 1. — Polypes du nez	176
Fig. 2. — Hypertrophie du cornet moyen	176
Fig. 3. — Orifice du canal naso-frontal	176
Fig. 4. — Sinus sphénoïdal gauche	176
PLANCHE XXIX	177
Fig. 1. — Cellules ethmoïdales	177
Fig. 2. — Catarrhe du méat moyen	177
Fig. 3. — Sinusite maxillaire	177
PLANCHE XXX	178
Fig. 1. — Tuberculose nasale	178
Fig. 2. — Papillome de la cloison	178
Fig. 3. — Ulcération tertiaire	178
PLANCHE XXXI	179
Fig. 1. — Coupe sagittale de l'amygdale pharyngée	179
Fig. 2. — Même tumeur chez un adulte	179

Fig. 3. — Coupe frontale de l'amygdale pharyngée	179
PLANCHE XXXII	180
Fig. 1. — Bourse pharyngée	180
Fig. 2. — Amygdale pharyngée	180
Fig. 3. — Coupe d'un sarcome juvénile	180
PLANCHE XXXIII	181
Fig. 1. — Coupe de la tête du cornet inférieur	181
Fig. 2. — Coupe d'un polype muqueux	181
PLANCHE XXXIV	182
Fig. 1. — Kystadénome	182
PLANCHE XXXV	183
Fig. 1. — Adénome	183
Fig. 2. — Fibro-épithéliome papillaire malin	183
PLANCHE XXXVI	184
Fig. 1. — Hyperplasie syphilitique gommeuse et diffuse	184
Fig. 2. — Tumeur tuberculeuse de la cloison	184
PLANCHE XXXVII	185
Fig. 1. — Bulle osseuse du cornet moyen	185
Fig. 2. — Coupe du cornet moyen atteint d'ostéite	185
PLANCHE XXXVIII	186
Fig. 1. — Ulcère du cornet moyen	186
Fig. 2. — Ostéite du cornet moyen	186
PLANCHE XXXIX	187
Fig. 1. — Tumeur du cornet moyen	187
PLANCHE XL	188
Fig. 1. — Tumeur du cornet inférieur	188
PLANCHE XLI	189
Fig. 1. — Fibrome papillaire ramolli	189
Fig. 2. — Angiofibrome	189
PLANCHE XLII	190
Fig. 1. — Angiosarcome	190



070346



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

DIRECCIÓN GENERAL DE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

- BARBIER et ULMANN. — **La Diphtérie**. 1899, 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 7 fig. cart. (*Actual. médic.*)..... 1 fr. 50
- BONNAFONT. — **Traité des Maladies de l'Oreille**, par le D^r Bonnafont, 2^e édition. 1873, 1 vol. in-8 de 700 p..... 40 fr.
- BROUARDEL. — **La Lutte contre la Tuberculose**. 1901, 1 vol. in-18 de 208 p..... 2 fr. 50
- BROWNE. — **Traité des Maladies du Larynx, du pharynx et des fosses nasales**, par le D^r Lennox-Browne. 1891, 1 vol. in-8, avec 242 fig..... 12 fr.
- CASTEX. — **Maladies du larynx, du Nez et des Oreilles**, 2^e édition, 1903, 1 vol. in-18 de 900 pages, avec 360 fig., cart..... 14 fr.
- CHAUVEAU. — **Le Pharynx**, par le D^r Chauveau. 1901, 1 vol. gr. in-8..... 42 fr.
- CHAVANNE. — **Oreille et Hystérie**, par le D^r Chavanne. 1901, 1 vol. gr. in-8..... 7 fr. 50
- FERROUD. — **L'Intubation du Larynx chez l'enfant et chez l'adulte**, par le D^r Ferroud, 1894, gr. in-8, 150 pages..... 3 fr. 50
- FONSSAGRIVES. — **Thérapeutique de la Phtisie pulmonaire**. 2^e édition, 1 vol. in-8 de 532 p..... 9 fr.
- FREY. — **Pathologie des Dents et de la Bouche**. 1896, 1 vol. in-18 de 279 pages, avec 32 fig., cartonné..... 3 fr.
- GALLIARD. — **La Grippe**. 1893, 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné (*Actualités médicales*)..... 1 fr. 50
- GAREL. — **Le Rhume des foins**. 1899, 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (*Act. méd.*)..... 1 fr. 50
- GELLE. — **Précis des Maladies de l'Oreille** par le D^r Gellé. 1885, 1 vol. in-18 de 708 pages avec 157 fig..... 9 fr.
- GILLET. — **La pratique de la Sérothérapie et les nouveaux Traitements de la Diphtérie**, sérothérapie, intubation, trachéotomie. 1895, 1 vol. in-18, 294 p. avec 87 fig. cart..... 4 fr.
- GRUNWALD, CASTEX et COLLINET. — **Atlas manuel des Maladies du Larynx**. Edition française, 1899, 1 vol. in-16 de 244 p., avec 41 pl. et 18 fig., relié..... 14 fr.
- GUIBAL (P.). — **Guide du médecin praticien**. Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. 1903, 1 vol. in-18 de 676 p., avec 359 fig., cart..... 7 fr. 50
- HERZEN (V.). — **Guide et formulaire de Thérapeutique générale et spéciale**, 2^e édition, 1903, 1 vol. in-18 Jésus de 796 p., cart..... 7 fr. 50
Le même, sur papier indien, rel. maroquin souple, tête dorée..... 10 fr.
- HUCHARD (H.). — **Consultations Médicales**. 3^e édition, 1903, 1 vol. in-8 de 600 pages..... 40 fr.
- HUGUES. — **L'Intubation laryngée dans le Croup** par le D^r Hugues, 1895, gr. in-8 de 150 pages..... 3 fr. 50
- LEFERT. — **La Pratique des Maladies de la Bouche et des Dents dans les Hôpitaux de Paris**. 1896, 1 vol. in-18 de 288 p., cartonné..... 2 fr.
— **La pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles dans les hôpitaux de Paris**, par le professeur P. Lefert, 1896, 1 vol. in-8 de 288 pages, cart..... 3 fr.
- LUC. — **Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne**, par le D^r Luc 1900, 1 vol. in-8, 480 p. et fig..... 40 fr.
- ROY (M.). — **Thérapeutique de la Bouche et des Dents**. 1896, 1 vol. in-8 de 285 p., cartonné..... 3 fr.
- SARGNON. — **Tubage et trachéotomie en dehors du croup** chez l'enfant et chez l'adulte. 1900, 1 vol. in-8 de 658 p..... 40 fr.
- SAUVEZ. — **Anatomie et Physiologie de la Bouche et des Dents**. 1896, 1 vol. in-18, 314 pages, 78 fig., cart..... 3 fr.
- SCHWARTZ (Ed.). — **Tumeurs du larynx**. 1886, 1 vol. gr. in-8..... 6 fr.
- SCHWARTZ et RATTEL. — **L'oreille, maladies chirurgicales**. 1896, 2 vol. in-18, 783 pages..... 20 fr.

ATLAS-MANUELS DE MÉDECINE COLORIÉS

Collection de volumes in-16,

illustrés de nombreuses planches coloriées, reliés, tête dorée.

- ATLAS MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par *Bollinger*. Edition française par *Gouget*, agrégé de la Faculté de Paris. 1902. 1 vol. in-16, avec 140 planches col. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DES BANDAGES, par *Alb. Hoffa*. Edition française par *P. Hallopeau*, 1 vol. in-16 avec 128 pl. tirées en couleur et 14 fig. 14 fr.
- ATLAS MANUEL DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE, par *O. Zuckerkandl*. 2^e édition, par *A. Mouchet*, 1 vol. in-16 avec 24 pl. col. et 266 fig. 16 fr.
- ATLAS MANUEL DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, par *Luning-Schulthess*. Edit. franç. par *Villemin*. 1902. 1 vol. in-16, avec fig. et 16 pl. col. 16 fr.
- ATLAS MANUEL DE DIAGNOSTIC CLINIQUE, par *C. Jakob*. 3^e édition française par les D^{rs} *A. Létienne et Ed. Cart*. 1901. 1 vol. in-16, avec 68 pl. coloriées et 76 fig. 15 fr.
- ATLAS MANUEL DES FRACTURES ET LUXATIONS, par le professeur *Helferich*. 2^e édition française par le D^r *Paul Delbet*. 1 vol. in-16, avec 68 pl. col. et 137 fig. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DE GYNÉCOLOGIE, par *Schaeffer*. Edition française par *Bouglé*, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1903, 1 vol. in-16, 333 p. avec 90 pl. col. et 72 fig. 20 fr.
- ATLAS MANUEL D'HISTOLOGIE ET D'ANATOMIE MICROSCOPIQUE, par *J. Sobotta*. Edition française, par *P. Mulon*. 1 vol. in-16, avec 80 pl. col. et 68 fig. 20 fr.
- ATLAS MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, par le professeur *Durck*. édition française par le D^r *Gouget*, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-16, avec 120 pl. col. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES DE LA BOUCHE, DU PHARYNX ET DES FOSSES NASALES, par le D^r *L. Grunwald*. Edition française par *Georges Laurens*, 1 vol. in-16, avec 42 pl. col. et 41 fig. 14 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES DU LARYNX, par *L. Grunwald*. Edition française par le D^r *Castex et P. Collinet*. 1 vol. in-16, avec 44 pl. col. et 46 fig. 14 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES EXTERNES DE L'OEIL, par *O. Haab*. Edition française par *A. Terson*. 1 vol. in-16, avec 40 pl. col. 15 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES DE L'OREILLE, par *Braht et Politzer*. Edition française par le D^r *Laurens*, 1 vol. in-16, avec 39 pl. col. cart. 18 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES DE LA PEAU, par *Mracek*. Edition française par le D^r *Hudelo*, 1 vol. in-16, avec 63 pl. col. et 39 pl. noires. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DES MALADIES VENERIENNES, par *Mracek*. Edition française par le D^r *Emery*, 1 vol. in-16, 420 p. avec 71 pl. col. et 12 pl. noires. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DES ACCIDENTS, par *Golebiewski*. Edition française par *Riche*, 1902. 1 vol. in-16, 496 pages avec 40 pl. col. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE, par le professeur *Hoffmann*. 2^e édition française par le D^r *Vibert*, 1901. 1 vol. in-16, avec 56 pl. col. et 193 fig. 18 fr.
- ATLAS MANUEL D'OBSTÉTRIQUE, par *O. Schaeffer*. Edition française par le D^r *Potocki*, 1 vol. in-16, avec 55 pl. col., 48 pl. noires et 13 fig. 20 fr.
- ATLAS MANUEL D'OPHTALMOSCOPIE, par *O. Haab*. 3^e Edition française par le D^r *A. Terson*. 1901, 1 vol. in-16, avec 88 pl. col. et 14 fig. 15 fr.
- ATLAS MANUEL DE PSYCHIATRIE, par *O. Weygandt*. Edition française par le D^r *J. Houbinovitch*, 1 vol. in-16, avec 24 pl. col. et 200 fig. 20 fr.
- ATLAS MANUEL DU SYSTÈME NERVEUX à l'état normal et pathologique, par *C. Jakob*. 2^e édition française par le D^r *Rémond*. 1 vol. in-16, avec 84 pl. col. et 23 fig. 20 fr.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ANALYSES

Tableaux synoptiques d'Analyses

Le chimiste et le pharmacien qui font une analyse n'ont pas le temps de lire de longues descriptions : la collection de *Tableaux synoptiques* leur rendra les plus grands services et est appelée à devenir le vade-mecum de tous les laboratoires.

Dix volumes ont déjà paru :

Tableaux synoptiques pour l'Analyse des Engrais et des Amendements, par P. GOUPIL, pharmacien de 1^{re} classe. 1 vol. in-16 carré de 80 pages, avec figures, cartonné. 1 fr. 50

Généralités, solutions et réactifs, appareils, méthodes d'analyses, etc. Analyses spéciales : azote nitrique, azote ammoniacal, azote organique, acide phosphorique, potasse, humidité, sulfate d'ammoniaque, azotate de potasse, chlorure de potassium, sulfate de potasse, guano, sang desséché, corne, chair desséchée, engrais commerciaux composés, fumier, purin, poudrette, vidanges, vinasses, eaux d'égout, chaux, calcaires, marnes, plâtre.

Tableaux synoptiques pour l'Analyse des Vins, de la Bière, du Cidre et du Vinaigre, par P. GOUPIL, pharmacien de 1^{re} classe. 1 vol. in-16 de 80 pages, avec 10 figures, cartonné. 1 fr. 50

Vin : Dosages et recherches. Éléments normaux. Densité. Acidité. Extrait sec à 100°. Alcool. Glycérine. Sulfate de potasse. Bitartrate de potasse. Sucre. Tannin. Cendres. Chlorures. Phosphates. Acide carbonique. Acide succinique. Falsifications et altérations. Vinaigre. Acides minéraux libres. Acide sulfureux. Sulfites. Acide borique. Borax. Acide salicylique. Abrastol. Saccharine. Alum. Plomb. Cuivre. Colorants minéraux. Colorants végétaux. Maladies des vins. — Bière : Éléments normaux. Densité. Acidité. Extrait sec à 100°. Alcool. Glycérine. Sucre réducteur (maltose). Acide carbonique. Cendres. Phosphates. Chlorures. Dextrine. Matières azotées. Falsifications. Réglisse. Saccharine. Acide salicylique. Acide borique. Borax. Acide sulfureux. Bisulfite. Succédanés du houblon. — Cidre : Éléments normaux. Acide malique. Principes pectiques. Alcalinité des cendres. Falsifications. Acide tartrique. Matières colorantes. — Vinaigre : Éléments normaux. Densité. Extrait sec à 100°. Matières réductrices. Acidité totale. Bitartrate de potasse. Cendres. Falsifications. Acides minéraux libres. Plomb, cuivre.

Tableaux synoptiques pour l'Analyse du Lait, du beurre et du fromage, par P. GOUPIL. 1 vol. in-16 de 64 pages, avec 5 fig., cartonné. 1 fr. 50

Lait : Dosages et recherches. Éléments normaux. Caractères organoleptiques. Densité. Crème. Extrait sec à 100°. Cendres. Beurre. Caséine. Lactose. Falsifications et altérations. Mouillage. Acide borique. Borax. Acide salicylique. Bicarbonate de soude. Dextrine. Amidon. Examen microscopique. Lait normal et altérations. Falsifications. — Beurre : Éléments normaux. Humidité. Matières insolubles dans l'éther. Cendres. Matières grasses. Éléments normaux et falsifications. Matières grasses étrangères. Chlorure de sodium. Acide borique. Borax. Acide salicylique. Bicarbonate de soude. Matières colorantes. — Fromage : Caractères normaux. Humidité. Cendres. Chlorure de sodium. Matières grasses. Acidité. Falsifications.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ANALYSES

Tableaux synoptiques pour l'Analyse chimique de l'Eau, par P. GOUPIL, 1 vol. in-16 de 70 pages, avec 10 fig., cart. 1 fr. 50

Dosages et recherches chimiques. Méthode du laboratoire du comité consultatif d'hygiène de France. Éléments et caractères à déterminer dans l'analyse d'une eau. Caractères organoleptiques. Résidu sec à 110°. Résidu fixe après calcination. Silice. Acide phosphorique. Chlorures. Sulfates. Azotites. Nitrates. Chaux. Magnésie. Azote ammoniacal. Azote albuminoïde. Matières organiques. Méthode hydrotimétrique. Éléments et caractères à déterminer. Détermination du degré hydrotimétrique total. Chaux totale. Magnésie. Acide carbonique. Sulfate de chaux. Interprétation générale des résultats fournis par l'analyse quantitative. Recherches microscopiques. Prise d'échantillon et mode opératoire. Résultat de l'examen microscopique.

Tableaux synoptiques pour l'Examen bactériologique de l'Eau, par P. GOUPIL, 1902, 1 vol. in-16 de 72 pages, avec 14 figures, cartonné. 1 fr. 50

I. *Généralités*. — I. Instruments. — II. Appareils pour la stérilisation et les cultures. — III. Matières colorantes. — IV. Produits chimiques et solutions accessoires. — V. Précautions à prendre. — VI. Préparation des milieux de culture. — VII. Prise d'échantillon et transport.

II. *Marche générale de l'analyse bactériologique*. — I. Ensemencement des milieux. — II. Numération des germes aérobies. — III. Détermination des germes aérobies. — IV. Caractères du *Micrococcus* ou *Bacillus prodigioides*. — V. Caractères du *Micrococcus pyogenes aureus*. — VI. Caractères du *Bacillus fluorescens liquefaciens*. — VII. Caractères du *Bacillus pyocyaneus*. — VIII. Caractères du *Bacillus violaceus*. — IX. Caractères du *Bacillus fluorescens putridus*. — X. Caractères du *Micrococcus albus*. — XI. Caractères du *Proteus vulgaris*. — XII. Recherche du *Bacillus coli* et du bacille typhique.

III. *L'eau potable*.

Tableaux synoptiques de Bactériologie médicale, par le Dr A. DUPONT, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-16 de 80 pages, cartonné. 1 fr. 50

Instruments. Appareils pour la stérilisation et les cultures. Matières colorantes. Produits chimiques et solutions accessoires. Milieux de culture. Préparation des milieux usuels. Pratique desensemencements. Culture des anaérobies. Isolement des diverses espèces microbiennes. Inoculations aux animaux. Examen des microbes. Examen bactériologique du pus, des crachats, du sang, des fausses membranes et des organes, des urines, des selles, des coupes. Staphylocoques. Streptocoques. Pneumocoque. Gonocoque. Méningocoque. Tétragène. Pneumo-bacille de Friedländer. Bacilles diphtériques, pseudo-diphtérique, pyocyanique, de Ducrey, de la pourriture d'hôpital, de la peste, de Pfeiffer, d'Eberth. Colibacille. Différenciation du bacille d'Eberth et du coli-bacille. Bactéridie charbonneuse. Bacille de la tuberculose, de la lépre. Spirille de la fièvre récurrente. Vibron du choléra. Vibrions, pseudo-cholériques. Bacille de la morve. Bacille du tétanos. Vibron septique.

Tableaux synoptiques pour l'Analyse des Urines et des dépôts urinaires, par G. DREVET, pharmacien de 1^{re} classe. 2^e édition, 1 vol. in-16 de 78 p., avec 9 planches, cart. 1 fr. 50

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT-POSTE

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ANALYSES

Tableaux synoptiques pour l'Examen et l'Analyse des Conserves alimentaires, par le Dr C. MANGET, pharmacien major de l'armée, 1902, 1 vol. in-16 de 72 pages, avec figures, cart. 1 fr. 50

I. *Analyse des conserves alimentaires*. — 1. Division des conserves. — 2. Analyse des éléments d'une conserve. — 3. Examen de la viande. — 4. Examen du bouillon. — 5. Dosage des matières grasses. — 6. Dosage des matières minérales. — 7. Composition des principaux aliments. — 8. Composition de quelques conserves. — 9. Composition de la conserve de viande de l'armée.

II. *Conserves diverses*. — 1. Saindoux. — 2. Lait concentré. — 3. Biscuiterie et pâtes alimentaires. — 4. Fromages.

III. *Détermination de la valeur alimentaire*.

IV. *Allérations des conserves*. — 1. Causes et signes d'altération. — 2. Ptomaines. — 3. Recherche bactériologique.

V. *Recherche des antiseptiques*.

VI. *Examen des récipients*.

Tableaux synoptiques pour l'Examen des Tissus et l'Analyse des Fibres textiles, par C. MANGET, pharmacien major de l'armée. 1 vol. in-16 carré de 80 pages, avec figures, cart. 1 fr. 50

I^{re} PARTIE. — *Préliminaires*. — I. Préparation de fibres pour l'examen microchimique. — II. Dissociation des fibres. — III. Procédé micro-chimique de Vétillard.

II^e PARTIE. — *Étude des fibres textiles*. — I. *Caractères généraux des fibres végétales*. — 1. Chanvre. — 2. Coton. — 3. Coton hydrophile. — 4. Jute. — 5. Lin. — 6. Phormium. — 7. Ramie. — II. *Caractères généraux des fibres animales*. — 1. Laine. — 2. Soie. — III. *Tableau distinctif des fibres d'origine végétale et animale*.

III^e PARTIE. — *Examen et analyse des tissus*. — I. Examen de la valeur d'une étoffe de soie. — II. Examen de la valeur d'un drap. — III. Examen de la valeur d'une toile de lin. — IV. Examen d'une toile de coton. — V. Recherche micro-chimique des fibres végétales dans les tissus. — VI. Examen des tissus métalliques. (1. Galon d'or. 2. Galon d'argent).

Tableaux synoptiques pour l'Analyse des Farines, par F. MARION, ingénieur des arts et manufactures, et C. MANGET, docteur en médecine. 1 vol. in-16 de 80 pages, avec fig., cartonné. 1 fr. 50

Matériel. Solutions et réactifs. Prélèvement de l'échantillon. Propriétés physiques. Goût. Toucher. Aspect. Analyse sommaire : Dosage de l'eau, du gluten humide et sec, de l'eau d'hydratation du gluten humide. Analyse complète : Dosage de l'eau, des matières minérales, de l'acidité, de l'azote, de la cellulose. Analyse quantitative et qualitative du gluten. Valeur boulangère des farines. Liqueurs titrées. Alcool à 71° (tableaux). Altérations par l'âge, les parasites, les graines étrangères, les organismes inférieurs, les insectes. Falsifications par les vieilles farines, les amidons étrangers, les substances minérales et végétales.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 49, RUE HAUTEFEUILLE, A PARIS

Nouveaux Eléments de pharmacie (Notation atomique), par ANDOUARD, professeur de chimie à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes, 5^e édition, revue et augmentée. 1898, 1 vol. in-8 de 1050 pages, avec 220 figures, cartonné..... 20 fr.

La 5^e édition des éléments de pharmacie de M. Andouard a été entièrement refondue, et constitue un ouvrage nouveau.

Les sciences médicales ont fait depuis quelques années, grâce aux travaux de Pasteur, une évolution dont la portée sur la thérapeutique a été considérable. La lutte contre les microbes a introduit dans l'arsenal pharmaceutique nombre de produits nouveaux. D'autre part la tendance des praticiens se porte de plus en plus sur l'emploi des principes immédiats, dont l'action physiologique peut être rigoureusement définie.

C'est ainsi que le chapitre des Bases organiques a dû être considérablement augmenté, les médicaments de ce groupe devenant chaque jour plus nombreux, aussi bien ceux que fournissent les végétaux que ceux qui sont le produit de l'industrie (triméthylamine, auzane, pyridine, quinoléine, antipyrine, etc.).

Dans le chapitre des sels, les Aldéhydes et les Acétones ont été l'objet de nombreuses additions (Aldéhydes formique et éthylique, Sulfonal, Vaniline, Acétophénone, etc.).

Enfin la stérothérapie a ouvert une voie nouvelle à la thérapeutique et enrichi la pharmacologie de produits nouveaux, dont la préparation est indiquée dans cette nouvelle édition.

Traité de pharmacologie et de matière médicale, par J. HÉRAIL, professeur de matière médicale à l'École de médecine d'Alger, 1901, 1 vol. in-8 de 896 pages, avec 483 figures..... 12 fr.

La matière médicale relève directement de la botanique et de la zoologie, mais elle contracte de plus des rapports chaque jour plus étroits avec la chimie.

M. Hérail établit d'abord rigoureusement les caractères de chaque substance, c'est-à-dire les signes qui permettent de la reconnaître et de la distinguer de toutes les autres; puis il indique les moyens de reconnaître les falsifications, soit à l'état naturel, soit après préparation.

Pour arriver à ces résultats, il emploie simultanément les différentes méthodes qui se sont fait jour successivement, de telle sorte qu'elles se contrôlent l'une par l'autre : méthode descriptive, méthode anatomique, et enfin méthode chimique. Si les deux premières, jusqu'ici seules employées, peuvent donner d'excellents résultats, il n'est plus possible aujourd'hui, avec les transformations profondes de la matière médicale, de négliger le côté chimique. M. Hérail lui a donné un grand développement et c'est là ce qui constitue la nouveauté et l'utilité de son livre. Cette étude chimique des drogues est faite au double point de vue de leur composition chimique c'est-à-dire de la détermination de leurs principes actifs, et du dosage du principe actif qu'ils renferment.

Pour la reconnaissance des falsifications, la méthode chimique peut être aidée par la méthode histo-chimique : il ne suffit pas, en effet, de savoir aujourd'hui que tel ou tel organe d'une plante est riche en principe actif; on veut aussi connaître quels sont les tissus qui contiennent ce principe actif et être fixé sur sa localisation.

Les drogues sont groupées d'après la composition que révèle l'analyse chimique et sont étudiées d'après la similitude des principes actifs qui les caractérisent.

M. Hérail a adopté les grandes divisions suivantes :
1^o Matières sucrées; 2^o Principes amyloïdiques; 3^o Matières grasses; 4^o Glucosides;
5^o Tannoides; 6^o Alcaloides; 7^o Produits anthracéniques; 8^o Composés aromatiques;
9^o Liquides et sucs organiques; 10^o Matières colorantes naturelles; 11^o Médicaments mécaniques.

Pour chaque produit, il expose successivement : 1^o l'origine; 2^o les caractères extérieurs et anatomiques, et les réactions microchimiques particulières; 3^o la composition chimique; 4^o les falsifications et les caractères d'identité basés surtout sur l'examen microscopique et la méthode analytique; 5^o les propriétés physiologiques et thérapeutiques, la posologie, les usages et les différents modes d'administration.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL

Manuel de l'Étudiant en pharmacie, par LUDOVIC JAMMES, pharmacien de 1^{re} classe. Collection nouvelle, complète en 10 volumes in-18 de 300 pages avec figures et cartonnés..... 30 fr.

1^{er} Examen.

Aide-mémoire d'Analyse chimique et de Toxicologie. 1 vol. in-18 de 281 pages, avec 47 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire de Physique. 1 volume in-18 de 300 pages, avec 113 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire de Chimie. 1 volume in-18 de 279 pages, avec 53 figures, cartonné..... 3 fr.

2^o Examen.

Aide-mémoire de Botanique pharmaceutique. 1 vol. in-18 de 288 pages, avec 172 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire de Micrographie et de Zoologie. 1 vol. in-18 de 288 pages, avec 122 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire d'Hydrologie, d^e Minéralogie et de Géologie. 1 volume in-18 de 279 pages, avec 128 figures, cartonné..... 3 fr.

3^o Examen.

Aide-mémoire de Matière médicale. 1 vol. in-18 de 292 pages, avec 141 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire de Pharmacie chimique. 1 volume in-18 de 280 pages, avec 38 figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire de Pharmacie galénique. 1 volume in-18 de 296 pages, avec figures, cartonné..... 3 fr.

Aide-mémoire d'Essais et de Dosages des médicaments, des produits alimentaires, physiologiques, pathologiques, agricoles et industriels. 1 vol. in-18 de 317 pages, avec figures, cartonné... 3 fr.

Le Manuel de l'étudiant en médecine de M. JAMMES est une collection d'éléments petits volumes, exposant en un tableau clair, précis et en même temps complet, les différentes matières des examens.

Cette collection est appelée à rendre les plus grands services aux étudiants en pharmacie qui y trouveront condensé tout ce qu'il leur est indispensable de connaître pour suivre leurs cours avec fruit et passer leurs examens avec succès.

Ces Aide-mémoire seront également utiles aux pharmaciens, qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, et qui tiennent néanmoins à ne pas oublier ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'école et à se tenir au courant des progrès incessants de la science.

En chimie, l'auteur a adopté les deux notations chimiques, afin de permettre à l'élève de suivre à volonté n'importe quel ouvrage.

Ces Aide-mémoire sont le reflet de l'enseignement des professeurs de nos Écoles de pharmacie et le résumé des ouvrages classiques sur la matière : ANDOUARD, BOURGOIN, PRUNIER, FERRAND, en pharmacie. — GUIBOURT et PLANCHON, CAUVET, DUCHARTRÉ, GUIGNARD, VAN TIEGHEM, HÉRAIL, en botanique. — SICARD, PERRIER, R. BLANCHARD, en zoologie. — JUNGELSCH, RICHE, ENGEL, BOURQUELOT, PRUNIER, MOISSAN, VILLE, CAZENEUVE, VILLIERS, en chimie. — IMBERT, GABRIEL, BUIGNET, en physique, etc.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, RUE HAUTEFENILLE, A PARIS

PHARMACIE — PHARMACOPÉE

Manuel de l'étudiant en pharmacie. Aide-mémoire de l'examen de validation de stage (Opérations pharmaceutiques, pharmacie galénique et chimique, botanique, reconnaissance des plantes fraîches, des substances médicinales et des médicaments composés), par LÉON FELTZ, pharmacien de 1^{re} classe. 1896, 1 vol. in-18 de 308 pages avec figures, cartonné..... 3 fr.

Il manquait un aide-mémoire qui permit à l'étève d'étudier et de repasser les matières inscrites au programme de l'examen de validation de stage. Ce programme est très vaste : il comprend pour ainsi dire l'ensemble des notions pratiques qui sont nécessaires pour l'étude et l'exercice de la pharmacie.

Chaque partie du programme a été étudiée séparément : Dans le chapitre I, M. Feltz décrit les opérations pharmaceutiques et indique de quels médicaments on se sert dans la préparation.

Dans les chapitres II et III, il expose les préparations des différents médicaments galéniques, magistraux et chimiques.

Il a pris pour base le Codex de 1884, et le supplément de 1894. Il indique : 1^o Les procédés qui facilitent l'exécution des formules : 2^o Les raisons qui justifient l'emploi de telle ou telle méthode.

La reconnaissance des plantes fraîches, des plantes sèches et des médicaments composés occupant une large place dans le programme, il consacre trois chapitres à leur étude. Toutes les plantes et tous les produits ont été décrits avec les caractères saillants qui permettent de les reconnaître facilement.

Ce livre rendra service aux étudiants qui préparent l'examen de validation de stage et à ceux qui préparent les examens définitifs.

Le pharmacien lui-même trouvera réunis dans cet *aide-mémoire* des renseignements pratiques, qui sont dispersés dans différents ouvrages et qui lui faciliteront l'exécution des ordonnances, par exemple la préparation des *médicaments granulés*, des *éponges antiseptiques*, les précautions à prendre pour faire une *injection hypodermique*, etc.

Aide-mémoire de Pharmacie. Vade-Mecum du Pharmacien a l'officine et au laboratoire, par EUS. FERRAND, pharmacien de 1^{re} classe, rédacteur en chef de l'*Union pharmaceutique*, 5^e édition comprenant les formules du Codex, les médicaments nouveaux, les formules nouvelles et un formulaire vétérinaire. 1 vol. in-18 Jésus de 852 pages, avec 168 figures, cartonné..... 8 fr.

Parmi les additions les plus importantes faites à cette nouvelle édition, nous signalerons celles relatives aux Antipyrétiques, aux Hypnotiques, à l'Antipyrine, à la Créoline, à l'Ichtyol, aux succédanés de l'Iodoforme, aux Jéquirity, à la Saccharine, aux Strophantus, etc. M. E. FERRAND a soigneusement décrit les nouvelles applications de l'Acide carbonique, de l'Acide fluorhydrique, de l'Acide sulfureux, et fait des additions importantes au chapitre relatif à l'analyse des engrais, au dosage des sucres, à la préparation des réactifs, etc.

Pharmacopée raisonnée. Traité de Pharmacie pratique et théorique, par GUIBOURT et HENRY, 3^e édition. 1 vol. in-8 de 800 pages, avec 22 planches..... 8 fr.

Pharmacopée universelle, ou Conspectus de pharmacopées, par JOURDAN, 2^e édition. 2 vol. in-8..... 15 fr.

Programme annoté du Cours de pharmacie, par EDMOND DUPUY, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. 1890, 2 vol. in-8 de 300 pages..... 5 fr.

Hygiène du pharmacien, par A. PANNETIER. 1896. 1 vol. in-8 de 268 pages..... 3 fr. 50

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL

FORMULAIRES

Formulaire des médicaments nouveaux, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le D^r HUCHARD, médecin des hôpitaux, 15^e édition. 1903, 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné..... 3 fr.

Le *Formulaire* de Bocquillon est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

La 12^e édition contient un grand nombre d'articles nouveaux, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire.

Citons en particulier : *Acétophyrine*, *Aniodol*, *Basicine*, *Berberine*, *Cacodylate de galacol*, *Cassaripe*, *Chlorétone*, *Eliosine*, *Épicarine*, *Eumenol*, *Fluorforme*, *Gaiakinol*, *Globone*, *Guaïamar*, *Gujasanol*, *Gynocardique (Acide)*, *Gyrgol*, *Hédonal*, *Honthin*, *Ibit*, *Igazol*, *Liantral*, *Menthophénol*, *Mercuriol*, *Persodine*, *Pétrolan*, *Pitrosulfol*, *Résaldol*, *Saccharate de soude*, *Saponal*, *Silbéröl*, *Spléniferrine*, *Traumatol*, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Introduction par G. HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 318 pages, avec figures, cartonné..... 3 fr.

Les alcaloïdes et les glucosides sont des médicaments extrêmement précieux. Ce sont les plus physiologiques, les effets découlant directement des actions qu'ils exercent sur l'organisme. Mais ils peuvent produire à doses très minimes des effets considérables. Il est donc nécessaire de bien connaître leur action physiologique, leur degré de toxicité et leur posologie. L'ouvrage de M. Bocquillon peut rendre de réels services, et est des plus recommandables. G. HAYEM.

Formulaire de l'Antisepsie et de la Désinfection, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. 2^e édition, 1896, 1 vol. in-18 de 338 pages, avec figures, cartonné..... 3 fr.

L'emploi des antiseptiques augmente chaque jour. Le pharmacien trouvera dans le *Formulaire de l'antisepsie* de Bocquillon-Limousin, un guide complet, sûr et éclairé pour la préparation de ces innombrables produits nouveaux : antiseptiques simples et complexes ; antiseptiques végétaux ; tissus antiseptiques (coton hydrophile et gaze antiseptique) ; préparations antiseptiques pour inhalations, pulvérisations et injections sous-cutanées ; solutions antiseptiques ; pommades, vaselines, savons et pellicules antiseptiques, etc.

Formulaire des Médications nouvelles, par le D^r H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du service des maladies des enfants à la Polyclinique de Paris. 1896, 1 vol. in-18 de 280 pages, avec figures, cartonné..... 3 fr.

On trouvera dans ce nouveau *Formulaire* toutes les acquisitions nouvelles de la thérapeutique moderne qui n'ont pu encore entrer dans les traités classiques.

M. Gillet s'est attaché toutefois surtout aux nouveautés dont le caractère pratique semble bien établi et non aux curiosités qui viennent inutilement encombrer la thérapeutique et jeter la confusion dans l'esprit. C'est ainsi qu'on y trouvera notamment des détails complets sur l'*Antisepsie interne, générale et locale*, les *Badigeonnages antifebriles*, les *Bains froids*, le *Drap mouillé*, les *Enveloppements froids*, les *Injections d'extraits organiques* (Séguardine, Suc thyroïdien, Suc capsulaire, etc.), les *Injections intestinale et stomacale*, les *Pulvérisations antiseptiques*, la *Sérothérapie* (Sérum antidiphthérique, antistreptococcique, anticancéreux, antituberculeux, antisyphilitique, etc.), le *Stypage*, la *Vaccination antivariolique*, etc.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le D^r H. GILLET. 1896, 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné..... 3 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, RUE HAUTEFEUILLE, A PARIS

FORMULAIRES

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, par le Dr GAUTIER, ancien interne des hôpitaux, et F. RENAULT, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'École de pharmacie. 1901, 1 vol. in-18 de 368 pages, cartonné..... 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins. Il était donc utile de les étudier, sous une forme scientifique et pratique.

Ce formulaire comprend trois parties.

Dans la première partie, sont étudiées, sous le nom des médicaments usuels, les spécialités répondant à chacun d'eux; les auteurs donnent la composition, les indications thérapeutiques, le mode d'emploi et les doses.

Dans la deuxième partie, *Mémorial thérapeutique*, ils énumèrent à propos de chaque maladie les différents médicaments qui peuvent être prescrits et les spécialités qui répondent à chaque médication.

Dans la troisième partie, *Mémorial pharmaceutique*, se trouve la nomenclature des spécialités et de leurs fabricants.

Ce formulaire est précédé du commentaire que le professeur Cornil, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie, a fait de l'article relatif aux spécialités pharmaceutiques.

Formulaire hypodermique et opothérapique, par BOISSON et MOUSNIER. 1899, 1 vol. in-18 de 261 pages, avec figures, cart. 3 fr.

La première partie est consacrée à la technique hypodermique; la deuxième partie est un formulaire des médicaments hypodermiques; la troisième, sous le titre de *Mémorial hypodermique*, passe en revue les diverses maladies susceptibles de la pratique hypodermique.

L'ouvrage se termine par un *Formulaire Opothérapique*. C'est une mise au point très exacte de cette nouvelle méthode thérapeutique, qui consiste à utiliser les sucs extraits des glandes ou des parenchymes de provenance animale.

Formulaire Dentaire, par le Dr N. THOMPSON, chirurgien-dentiste. 1895, 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire électrothérapique du Praticien, par le Dr RÉGNIER. 1899, 1 vol. in-18, 255 pages, 34 figures, cartonné..... 3 fr.

Formulaire des Eaux minérales, de la Balnéothérapie et de l'Hydrothérapie, par le Dr DE LA HARPE. Introduction par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine. 3^e édition, 1896, 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire des Stations d'hiver, des stations d'été et de la climatothérapie, par le Dr DE LA HARPE, 1895, 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire d'Hydrothérapie, par le Dr O. MARTIN. 1900, 1 vol. in-18, de 300 pages, avec figures, cartonné..... 3 fr.

Formulaire du Massage, par le Dr NORSTROM. 1895, 1 vol. in-18 de 208 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile individuelle, hygiène de l'enfant à la maison, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1898, 1 vol. in-18, 300 pages et figures, cartonné... 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile collective, hygiène de l'enfant à l'école, à la crèche, à l'hôpital, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1898, 1 vol. in-18, 300 pages et fig., cart. 3 fr.

Formulaire de Thérapeutique infantile et de posologie, par le Dr FOUINEAU. Introduction par le professeur HUTINEL. 1901, 1 vol. in-18 de 260 pages, cartonné..... 3 fr.

La première partie, consacrée à la Thérapeutique infantile, comprend le traitement symptomatique des principales maladies, le régime, l'hygiène thérapeutique, la prophylaxie.

Dans la deuxième, consacrée à la Posologie, on trouvera les doses des médicaments usuels, les antidotes qui leur conviennent, et, ce qui constitue l'originalité de ce Formulaire, des formules suivant les âges. La troisième partie traite des grandes lois de l'hygiène et de la physiologie de l'enfance.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

Les Actualités Médicales

Nouvelle Collection de Volumes in-16 de 96 pages,
avec figures, cartonnés

à 1 fr. 50

Souscription à 12 Actualités cartonnées..... 16 fr.

Il paraît environ 12 volumes par an.

Le succès a consacré la valeur et l'utilité des **ACTUALITÉS MÉDICALES**, puisque, en moins de trois ans, quatre volumes sont déjà arrivés à leur *deuxième édition*; et que ces deuxièmes éditions sont des œuvres réellement nouvelles, de nouvelles actualités. A côté des livres classiques, des traités didactiques, il y a place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles, les faits nouveaux.

Les **ACTUALITÉS MÉDICALES** ne font double emploi avec aucun autre livre: elles complètent tous les traités de médecine, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie et les mettent au courant des progrès des sciences médicales.

Dès qu'une question est à l'ordre du jour, une monographie destinée à la résumer et à la mettre au point est aussitôt publiée.

Chaque question est traitée par celui qui l'a spécialement étudiée, ou par un auteur dont le nom fait autorité. On s'attache tout particulièrement au côté pratique, de telle façon que les étudiants, pour leurs examens, les candidats, pour leur concours, les praticiens, pour l'exercice journalier de leur profession, trouvent dans cette collection ce qu'il leur est indispensable de connaître pour être au courant des nouveautés médicales. La liste des **ACTUALITÉS MÉDICALES** rend compte du but poursuivi.

L'*Appendicite*, par M. le Dr AUG. BROCA, a paru au moment où la question se discutait à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie; l'appendicite est la maladie à la mode, c'est bien une actualité; il était difficile de trouver un auteur plus compétent pour traiter ce sujet.

Les *Maladies du Cuir chevelu*, du D^r GASTOU, paraissent au moment où la pelade est en question à la *Société de Dermatologie*.

M. le D^r GRASSET, dont l'éloge n'est plus à faire, a consacré une trilogie à la neuropathologie (*Anatomie clinique des Centres nerveux*. — *Diagnostic des Maladies de la Moelle*. — *Diagnostic des Maladies de l'Encéphale*).

Les Rayons de Röntgen reçoivent chaque jour de nouvelles applications en médecine et en chirurgie. Les monographies du D^r BÉCLÈRE, médecin des hôpitaux, le promoteur de la radiographie et de la radioscopie dans les services hospitaliers de Paris (*Rayons de Röntgen et Diagnostic de la Tuberculose*, *Rayons de Röntgen et Diagnostic des Affections thoraciques*) et celle du D^r RÉGNIER, chef du laboratoire de radiographie de la Charité (*Radiographie et Radioscopie cliniques*) vulgarisent cette précieuse découverte.

Les nouveaux procédés de Diagnostic : la *Cryoscopie des Urines* par CLAUDE et BALTHAZARD; les nouvelles méthodes de traitement : la *Mécanothérapie*; les nouvelles recherches bactériologiques sur la *Diphthérie*, le *Rhumatisme*, le *Pneumocoque*, le *Tétanos* — voilà autant d'actualités qui ont pris place dans la collection.

Les noms de LÉPINE, TEISSIER, GALLIARD, COURMONT, BROCA, SOUPAULT, Marcel LABBÉ, BARBIER, pour ne citer que quelques auteurs des **ACTUALITES MEDICALES**, sont connus de tous les médecins, tant en France qu'à l'Étranger; ils ont tous une haute compétence pour les sujets qu'ils traitent.

Toutes les fois que le sujet le comporte, des *figures originales* sont intercalées dans le texte; la plupart des **ACTUALITES MEDICALES** sont illustrées (25 *Actualités* sur 38 sont illustrées).

Pour répandre les progrès journaliers des Actualités en de petits volumes, d'un format portatif, revêtus d'un élégant cartonnage (qui supprime la nécessité de couper les pages et évite la dépense d'une reliure), et cependant d'un prix très modique.

DERNIERS VOLUMES PARUS :

Les Maladies du Cuir chevelu, de GASTOU.

Les Dilatations de l'Estomac, de MAURICE SOUPAULT.

Le Sang, de MARCEL LABBÉ.

Les Oxydations de l'Organisme, de ENRIQUEZ et SICARD.

EN PRÉPARATION :

La Démence précoce, par DENY et ROY.

Le Cytodiagnostic, par MARCEL LABBÉ.

Le Reir mobile, par CHEVALIER.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

Les Maladies du Cuir chevelu, prophylaxie et traitement, par le D^r GASTOU, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. 1902, 1 vol. in-16 de 96 pages, 19 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Le but du livre de M. Gastou est de donner un aperçu rapide des maladies du cuir chevelu, d'en décrire l'hygiène préventive, la prophylaxie et le traitement, en basant sur les données scientifiques cette étude d'utilité pratique.

Un formulaire cosmétique (lotions et frictions, pommade, huiles, brillantines, teintures) complète l'ouvrage.

L'étude du cuir chevelu n'intéresse pas seulement l'individu, mais la société : la pelade, les teignes, certaines folliculites pyogènes peuvent être transmissibles et créer des épidémies. Leur connaissance doit être vulgarisée dans l'intérêt de la prophylaxie sociale.

Les Dilatations de l'Estomac, par le D^r M. SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris. 1902, 1 vol. in-16 de 96 pages et 4 figures, cartonné..... 1 fr. 50

M. Soupault étudie d'abord les symptômes communs à toutes les dilatations, puis leur étiologie et leur pathogénie : dilatations d'origine pylorique, dilatations de cause extrinsèque, dilatations par insuffisance de la contraction des parois gastriques.

Le traitement qui intéresse surtout le praticien, comprend la moitié du volume. L'auteur indique d'abord les prescriptions d'hygiène ou de régime qui concernent toutes les variétés de dilatations; puis il passe au traitement spécial des dilatations d'origine pylorique et des dilatations par insuffisance.

L'Appendicite, *Formes et Traitement*, par le D^r AUG. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. 1900, 1 vol. in-16, 96 p., 8 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Le traitement varie dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Il expose les désaccords entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux*, qui prétendent opérer toujours et de suite, et les *temporiseurs* (Roux, Brun, Jalaguier et Broca), qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite », ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

L'auteur examine ensuite les détails relatifs au traitement chirurgical, et il décrit le manuel opératoire *type*, celui de la *résection de l'appendice non adhérent*, en quelques pages remarquables de précision, que complètent 8 figures.

On lira avec profit et intérêt les 50 pages de ce travail, écrit avec cette originalité de pensée et d'expression qui est l'un des traits caractéristiques du talent de l'auteur. (*Revue de médecine.*)

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic de la Tuberculose,

par le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages et 9 figures, cartonné..... 1 fr. 50

M. Béclère montre d'abord ce que donne la radiographie d'un thorax normal; les poumons sont transparents.

Il passe en revue les différents cas de diagnostic de tuberculose: la tuberculose latente, qui peut se laisser soupçonner par une diminution de la transparence; le diagnostic de la tuberculose latente, alors qu'aucun symptôme n'existe, peut avoir une importance immense. Viennent ensuite la tuberculose douteuse que confirme la radiographie, la tuberculose certaine où les rayons de Röntgen ne servent plus qu'à délimiter le mal; M. Béclère termine cette étude par la différenciation de la tuberculose avec les maladies simulant la tuberculose.

Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses,

par A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages, 10 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Les viscères thoraciques sont facilement accessibles au récent mode d'examen, c'est donc là un procédé de plus pour l'exploration du thorax. Les renseignements donnés par l'oreille et la main (auscultation, percussion) pourront désormais être contrôlés par les yeux qui permettront de se rendre compte exactement de la situation, de la forme, du volume de chaque organe thoracique.

L'examen radioscopique et la radiographie doivent désormais compter au nombre des modes d'exploration pour le diagnostic des affections du médiastin, des maladies des poumons (emphysème, sclérose, bronchites), et des plèvres, du diaphragme et des côtes.

La Radiographie et la Radioscopie cliniques,

par le Dr REGNIER, chef du Laboratoire de radioscopie à l'hôpital de la Charité. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, avec 11 figures, cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur décrit le mode de production des rayons X, le matériel nécessaire, la technique de la radioscopie et de la radiographie. Puis il en indique les applications médicales et chirurgicales, en indiquant, à propos de chaque région, le *modus faciendi* et les causes d'insuccès.

Il montre que la radiographie est à la portée de tous, qu'elle ne nécessite pas un matériel compliqué, ni des connaissances spéciales.

Dans les applications chirurgicales, il passe en revue les corps étrangers, les fractures, les luxations, les affections inflammatoires des os.

Dans les applications médicales, il étudie les maladies du poumon, du cœur, les arthropathies, les calculs. Il termine par la radiographie appliquée à l'ophtalmologie et à l'obstétrique, et par l'endodiascopie.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Anatomie clinique des Centres nerveux,

par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 2^e édition, 1902. 1 vol. in-16, 96 pages, avec 12 figures, cartonné..... 1 fr. 50

L'*Anatomie clinique des centres nerveux* s'est complètement modifiée depuis quelques années. M. le professeur Grasset a rendu un véritable service aux praticiens en résumant l'état de cette question.

M. Grasset étudie d'abord l'anatomie clinique générale des centres nerveux, le neurone, les connexions des neurones entre eux, leur groupement en systèmes et le développement des centres nerveux. Puis il aborde l'anatomie clinique spéciale des centres nerveux, c'est-à-dire l'appareil nerveux central de la motilité et de la sensibilité générale, de la vision, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, du langage. Il termine par l'appareil nerveux central de la circulation, des sécrétions, de la respiration et de la digestion.

Diagnostic des Maladies de la Moelle, siège

des Lésions, par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 2^e édition, 1901. 1 vol. in-16, 96 pages et figure, cartonné..... 1 fr. 50

Étant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire? Quel est le système ou quels sont les systèmes de la moelle qui sont atteints? A quelle hauteur de l'axe spinal siège la lésion? Voilà les questions qu'étudie M. Grasset.

L'auteur sépare le syndrome cérébello-postérieur (maladie de Friedreich); il complète le tableau des troubles moteurs et sensitifs correspondant aux différents sièges (en hauteur) de lésion médullaire; il a révisé la théorie des contractures et la théorie des réflexes dans les lésions transverses totales de la moelle, d'après les derniers travaux de Van Gehuchten sur les réflexes; il a précisé la double (et peut-être triple) localisation des centres médullaires: localisation (périphérique), radulaire et segmentaire.

Diagnostic des Maladies de l'Encéphale,

siège des Lésions, par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages et 6 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Comme pour la moelle, le professeur Grasset étudie successivement le syndrome des divers grands systèmes nerveux de l'encéphale.

Il passe en revue le syndrome de l'appareil encéphalique sensitivo-moteur avec les *paralysies, convulsions, contractures, anesthésies*, le *diagnostic général de l'hémiplégie organique*, le syndrome de l'appareil central de la vision avec les *troubles sensoriels, troubles moteurs* et le *diagnostic du siège d'une lésion dans l'appareil central de la vision*; le syndrome de l'appareil encéphalique de l'orientation et de l'équilibre, le syndrome de l'appareil nerveux du langage avec les *aphasies, paraphasies, anarthries, dysarthries*; le syndrome de l'appareil encéphalique de la circulation, des sécrétions et de la nutrition, de la digestion et de la respiration.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Le Tétanos, par les D^{rs} J. COURMONT et M. DOYON, professeur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cart. 4 fr. 50

Les auteurs étudient successivement le *poison tétanique*, le *tétanos expérimental par injection de toxine tétanique*, les *particularités du mode d'action de la toxine tétanique*, la *localisation des effets de la toxine*, les *lésions nerveuses chez les tétaniques*.

Un chapitre est consacré au diagnostic et au pronostic, et l'ouvrage se termine par le traitement au sérum antitétanique (sa fabrication, ses propriétés, son emploi).

« Il y a dix ans, disent les auteurs, en terminant, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite. »

Combien d'idées nouvelles et de faits intéressants sont exposés dans le livre de MM. Courmont et Doyon. L'ouvrage est écrit d'une façon claire et attachante. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui s'intéressent aux conquêtes de la science moderne.

(La Presse médicale.)

Le Rhumatisme articulaire aigu en bactériologie, par les D^{rs} H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux de Paris, et A. COYON, interne des hôpitaux. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cartonné. 4 fr. 50

L'infection secondaire est vraisemblablement la seule raison d'être des différences cliniques qui s'observent dans l'évolution des polyarthrites fébriles aiguës à début souvent identique. Cette infection, la bactériologie la révèle par la présence dans le sang et sur certains viscères, de germes variés : bacille d'Achalmé, diplococcus et quelquefois staphylocoques qui font les complications viscérales. Les auteurs attirent plus spécialement l'attention sur un diplococcus, hôte du tractus gastro-intestinal, qui peut passer dans le sang et donner lieu à des phénomènes de septicémie parmi lesquels un des mieux caractérisés est l'endocardite dite rhumatismale.

Le Pneumocoque, par LIPPMANN, interne des hôpitaux de Paris. Introduction par le D^r DUFLOCO, médecin des hôpitaux de Paris. 1900. 1 vol. in-16, 96 p. et fig., cart. 4 fr. 50

Le temps n'est plus où l'on reconnaissait au pneumocoque le *seul droit de faire* de la pneumonie. Nous savons aujourd'hui que ce genre peut déterminer les localisations les plus diverses, qu'il n'est peut-être pas d'organe ni de tissu de l'économie qu'il ne soit susceptible d'envahir à un moment donné de son évolution. Nous savons aussi que chacune de ces localisations nécessite une thérapeutique spéciale, basée sur un diagnostic bactériologique *exact* et rapide. D'où l'intérêt de l'excellente monographie de M. Lippmann, où il étudie successivement le genre pneumocoque, les pneumococcies expérimentales et les pneumococcies humaines. L. B.

(Gazette des hôpitaux)

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Les États neurasthéniques, formes cliniques, diagnostic, traitement, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 2^e édition. 1900. 1 vol. in-16, 96 p., cartonné. 4 fr. 50

Le volume de M. Gilles de la Tourette, *les États neurasthéniques*, est une mise au point très intéressante de cette question toute d'actualité. La neurasthénie n'est pas une maladie, une entité morbide, c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir différencier.

Élève de Charcot, M. Gilles de la Tourette distingue, comme son maître, l'état neurasthénique vrai, l'état neurasthénique héréditaire ou constitutionnel et l'état hystéro-neurasthénique.

Voici les principaux chapitres :

La neurasthénie vraie. — *La neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle.* — *L'association hystéro-neurasthénique.* — *Traitement des états neurasthéniques.* — *Traitement de l'association hystéro-neurasthénique.*

Les Myélites syphilitiques, formes cliniques et traitement, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1899. 1 vol. in-16, 92 p., cartonné. 4 fr. 50

La question des *Myélites syphilitiques* est une question pratique au premier chef, car la moitié des affections médullaires ont la syphilis pour cause. C'est peut-être un des seuls groupes des maladies de la moelle sur lequel le traitement se montre efficace.

Les formes cliniques de la syphilis médullaire sont nombreuses. M. Gilles de la Tourette passe successivement en revue le mal de Pott syphilitique, les gommés intravertébrales, les myélites proprement dites, la syphilis maligne précoce du système nerveux, les myélites aiguës et chroniques et les myélites à formes irrégulières.

Le Traitement pratique de l'Épilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné. 4 fr. 50

Le D^r Gilles de la Tourette considère que l'épilepsie est justiciable des sels de bromure; c'est le meilleur, sinon le seul traitement à mettre en œuvre. Mais il faut savoir administrer les sels de bromure; il faut n'en donner ni trop, ni trop peu; la dose qui guérit, la dose suffisante de bromure s'établit sur certain signe physique fourni par les pupilles.

L'hygiène des épileptiques fait l'objet d'un chapitre. Puis viennent les adjuvants de la cure bromurée, le traitement des accès, le traitement de quelques variétés d'épilepsie, etc.

Le bromure, administré dans les conditions qu'indique M. Gilles de la Tourette, par un médecin expérimenté, « peut guérir l'épilepsie et la soulager toujours ».

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

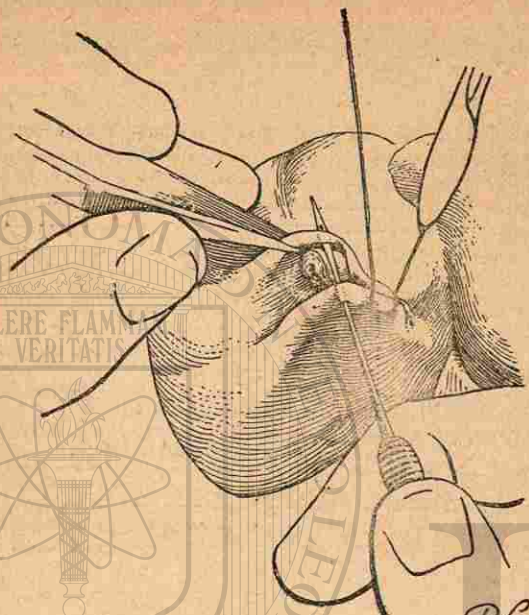
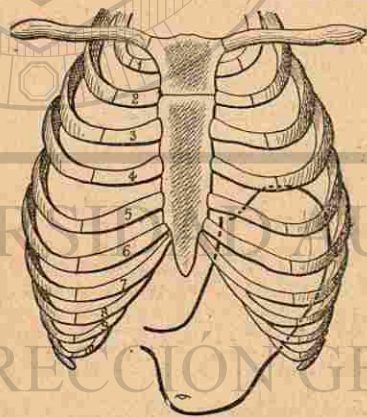


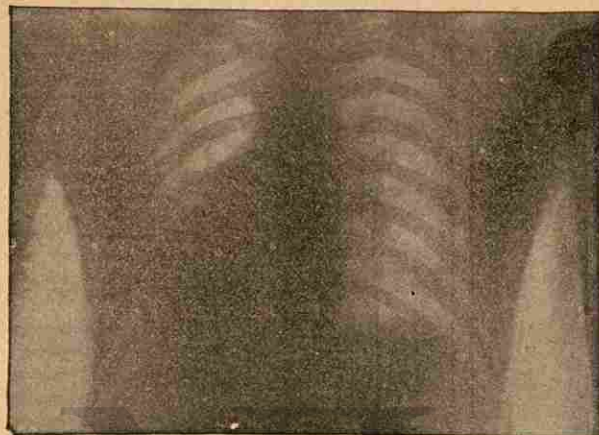
Figure extraite de Broca : L'APPENDICITE

P.G.



Estomac en dislocation verticale sans dilatation.

Figure extraite de Soupault :
LES DILATATIONS DE L'ESTOMAC



Scélrose du lobe inférieur du poumon gauche.

Figure extraite de Béclière : LES RAYONS DE RÖNTGEN
et le Diagnostia des Affections Thoraciques.



Pseudo-pelade décalvante.

Figure extraite de Gastou :
LES MALADIES DU CUIR CHEVELU

Les Auto-Intoxications de la Grossesse,

par le D^r BOUFFE DE SAINT-BLAISE, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1899, 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

L'organisme sain est une fabrique de poisons, et le fonctionnement normal de cet organisme est toujours sous la dépendance de l'intégrité de certains organes qui le défendent contre ses ennemis du dedans.

M. Bouffe de Saint-Blaise s'inspirant des idées de son maître, M. Pinard, pense que, pendant la grossesse, la femme doit avoir à lutter d'une façon particulière, l'équilibre de ses fonctions pouvant se rompre plus aisément. Il attribue à une intoxication spéciale à la grossesse certains troubles, de même que les accès éclamptiques.

La Psychologie de l'Instinct sexuel,

par le D^r Joanny Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne. 2^e édition, 1903, 1 vol. in-16, 96 pages et figure, cart. 1 fr. 50

Excellente étude où, sous une forme concise, sont abordés quelques-uns des problèmes qui se rattachent à l'instinct sexuel.

Après avoir montré facilement le déterminisme des phénomènes sexuels chez les êtres les plus simples, l'auteur étudie les phénomènes les plus compliqués de l'amour supérieur. Sans qu'on puisse oublier le but général de la démonstration, on trouve toute une suite d'observations fines et concises qui donnent le plaisir intense des choses vécues.

Les Régénérations d'Organes,

par le D^r P. CARNOT, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1899, 1 vol. in-16, 96 pages, 14 figures, cartonné.... 1 fr. 50

Après avoir distingué la *régénération physiologique* de la *régénération accidentelle* ou *traumatique* et de la *régénération pathologique*, l'auteur expose le *mécanisme de la régénération* et le *processus de régénération* des différents tissus. Il étudie ensuite les *régénérations épithéliales*, les *régénérations du système nerveux*, des *surfaces épidermiques*, des *muqueuses* et des *organes glandulaires*. C'est un livre utile où la pratique suit de près la théorie; l'auteur a eu en vue les applications thérapeutiques.

La Psychologie du Rêve

au point de vue médical, par N. VASCHIDE et H. TIÉRON, chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale des Hautes-Études. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... 1 fr. 50

Il y a dans le rêve une source précieuse de renseignements sur notre état psychologique et sur notre état physiologique le plus intime; il faut que le médecin s'habitue à cette investigation comme aux autres.

C'est la pathologie nerveuse qui est la plus intéressée à connaître l'état du rêve; mais la pathologie générale ne doit pas négliger les signes fournis de ce côté. Le rêve a une importance dans les maladies infectieuses, intestinales, cardiaques, pulmonaires.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

La Cryoscopie des Urines,

application à l'étude des affections du Cœur et des Reins, par le D^r H. CLAUDE, médecin des hôpitaux de Paris, et V. BALTHAZARD, interne des hôpitaux de Paris. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages et 21 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Les méthodes de diagnostic se multiplient; après l'épreuve du bleu pour la perméabilité rénale, voici la cryoscopie des urines. Cette nouvelle méthode (détermination de la température de congélation) rend de grands services pour le diagnostic et le pronostic des affections du cœur et des reins.

Après avoir exposé ce qu'est la cryoscopie au point de vue physique, les auteurs indiquent les applications au diagnostic des maladies du cœur, des néphrites, ils examinent ce qu'est la cryoscopie de l'urine des cardiopréaux. Enfin, ils passent en revue les différents modes d'exploration de la fonction rénale (méthodes Koranyi, Kummel, L. Bernard).

La cryoscopie était une question à l'ordre du jour au Congrès de médecine de 1900, il était donc utile de mettre au point cette méthode.

Cancer et Tuberculose,

par le D^r H. CLAUDE, médecin des hôpitaux de Paris. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages et fig., cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur traite successivement du cancer développé sur une lésion tuberculeuse préexistante, des diverses formes d'association du cancer et de la tuberculose, de l'infection tuberculeuse compliquant un néoplasme, enfin des relations pathogéniques générales du cancer et de la tuberculose.

L'évolution, le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes, encore si peu connus, peuvent être très différents de ceux des lésions simples auxquelles on peut supposer avoir affaire.

La Mécanothérapie,

Application du mouvement à la Cure des Maladies, par le D^r L. REGNIER, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité. 1901. 1 vol. in-16, 92 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

La mécanothérapie s'applique au traitement de toutes les affections qui peuvent bénéficier de l'emploi de la gymnastique; elle ne saurait évidemment constituer une méthode exclusive, mais elle joue un rôle important comme auxiliaire des indications ordinaires dans nombre de maladies.

L'auteur passe d'abord en revue les appareils employés: appareils à mouvements actifs et à mouvements passifs, appareils électriques pour le massage vibratoire et appareils d'orthopédie. Puis il fait connaître les effets thérapeutiques de la mécanothérapie, ses indications et ses contre-indications dans les diverses maladies énumérées plus haut.

Tous les praticiens qui liront ce petit volume seront au courant de cette médication nouvelle.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

La Diphtérie, nouvelles recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement, par les D^r H. BARBIER, médecin de l'hôpital Héroid, et G. ULMANN, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, 7 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Appelés l'un et l'autre à diriger pendant plusieurs mois un service de diphtérie à l'hôpital Trousseau, les auteurs ont consigné dans ce volume les faits nouveaux qu'ils ont pu constater dans l'étude de cette maladie.

1^o Au point de vue bactériologique, ils ont établi que seul le bacille long, touffu, était le vrai bacille de la diphtérie.

2^o Au point de vue clinique, ils ont distingué les diphtéries pures des diphtéries associées.

3^o Au point de vue thérapeutique, ils ont montré que le sérum antidiphtérique, tout puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

La Grippe, par le D^r L. GALLIARD, médecin de l'hôpital St-Antoine. 1898. 1 vol. in-16, 96 pages, 7 fig., cart. 1 fr. 50

M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire.

Voici les principaux chapitres :

Une épidémie. — Le microbe. — Les symptômes. — Les modalités cliniques. — Les complications. — Le traitement. — La prophylaxie.

Traitement de la Syphilis, par le D^r EMERY, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. le professeur FOURNIER. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

M. le D^r Emery groupe sous une forme succincte toutes les questions qui se rattachent au traitement de la syphilis et met au point la question si intéressante de la méthode des injections mercurielles hypodermiques.

Voici, du reste, le titre des principaux chapitres : Hygiène du syphilitique, prophylaxie. — Traitement mercuriel : action préventive, accidents et inconvénients; modes d'administration (frictions, méthodes cutanées accessoires, ingestion, injections), avantages et inconvénients, choix du mode d'administration. Traitement ioduré : traitement général et traitement local des manifestations cutanées et muqueuses. — Médications auxiliaires. — Traitement de la syphilis infantile.

Ce petit volume se présente sous le haut patronage de M. le professeur Alfred Fournier, qui le juge ainsi dans sa préface : « Ce petit volume sera utile aux praticiens et aux élèves qui, les uns, ont déjà trop à faire et les autres trop à apprendre pour lire les gros volumes consacrés au traitement de la syphilis. »

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Les Enfants retardataires (arrêts de la croissance et troubles du développement), par le D^r E. APERT, médecin des hôpitaux de Paris. 1902, 1 vol. in-16 de 96 pages avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

Le D^r Apert s'est attaché à résumer les acquisitions récentes de la science sur ces questions, s'appuyant à la fois sur les cas publiés çà et là et sur un certain nombre d'observations personnelles, il passe en revue les différents types nosologiques qui peuvent résulter des arrêts du développement, leur évolution, leur anatomie pathologique; il montre l'utilité de l'étude anthropométrique et radiographique de ces sujets au point de vue du pronostic; enfin, dans le dernier chapitre, consacré à la pathogénie et au traitement pathogénique, il donne la conclusion pratique de tout l'ouvrage et fournit au médecin les éléments d'une thérapeutique rationnelle, appropriée au cas à traiter.

Le Traitement des Névralgies et des Névrites, par le D^r H.-F. PLICQUE, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1902, 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur passe d'abord en revue les indications thérapeutiques fournies par l'étiologie : syphilis, paludisme, anémies, névroses, diabète, goutte, intoxications par le tabac, l'alcoolisme, etc., puis les indications symptomatiques en général. Le traitement de la douleur est longuement étudié : traitement externe par la révulsion, le chlorure de méthyle, le stypage, l'électricité, le massage, etc.; — traitement interne par l'opium, la morphine, l'aconit, la belladone, le gelsemium, l'antipyrine, la cocaïne, etc.; — traitement thermal. — Le traitement de l'insomnie vient ensuite.

Les chapitres suivants sont consacrés à la névralgie faciale et au tic douloureux de la face, puis aux névralgies du membre inférieur et à la sciatique, aux névralgies et névrites des divers nerfs, à la migraine.

Radiothérapie et Photothérapie, par le D^r L.-R. RÉGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig. cart. 1 fr. 50

Après un exposé de l'action physiologique de la lumière et des rayons X, le D^r Régnier étudie l'héliothérapie et surtout l'électro-photothérapie; il décrit les divers appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie; et à leur utilisation dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les maladies des organes respiratoires et dans les affections génito-urinaires; il étudie l'action de la lumière froide, de la lumière colorée et des rayons actiniques dans les maladies nerveuses, les fièvres éruptives et le lupus. Il termine par l'étude de la radiothérapie.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Le Sang, par le D^r MARCEL LABBÉ, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. 1902, 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cart..... 1 fr. 50

M. Labbé expose avec précision et clarté l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études sur le sang, au cours de ces dernières années; les principes de la technique qui a présidé à ces recherches; enfin, les résultats généraux obtenus, ce qu'on peut considérer comme les faits acquis, par l'emploi des méthodes combinées de l'observation clinique et de l'expérimentation scientifique.

Voici les trois grandes divisions du livre :

- 1^o Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang.
- 2^o Composition chimique et histologique du sang. Remarquable équilibre physiologique de cette composition. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques.
- 3^o Processus qui président à la naissance et à la mort du sang.

Les Oxydations de l'Organisme (oxydases), par E. ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux de Paris et J.-A. SICARD, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. 1902, 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

Après quelques généralités sur les ferments solubles et sur l'importance des ferments oxydants, les auteurs exposent les méthodes employées pour la recherche de ces ferments oxydants directs et indirects. Puis, ils indiquent la recherche des oxydases dans les tissus et les humeurs de l'homme, par les réactifs colorants, et surtout au moyen de l'aldéhyde salicylique et de la mensuration des gaz absorbés et produits.

La Gastrostomie, par le D^r J. BRAQUEHAYE, agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital de Tunis. 1900, 1 vol. in-16, 96 pages et figures, cartonné..... 1 fr. 50

Les procédés de gastrostomie sont nombreux. Sans s'attarder aux méthodes anciennes, abandonnées aujourd'hui, l'auteur décrit d'abord la gastrostomie simple, schématique en quelque sorte, puis il passe en revue les 24 procédés actuels des chirurgiens français et étrangers. Il donne son avis sur le choix d'un procédé. Il parle ensuite des soins consécutifs à l'opération, du traitement des accidents immédiats et des résultats cliniques. Il termine par le pronostic opératoire et des statistiques.

Chirurgie des Voies biliaires, par le D^r PAUCHET, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. 1900, 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples. Jusqu'ici, les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistent pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Le Rhume des Foins, par le D^r GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon. 1899, 1 vol. in-16, 96 pages, cart. 1 fr. 50

Faire un tableau d'ensemble du Rhume des Foins, du Hay Fever des Anglais, jeter un peu de lumière sur la pathogénie de cette affection et établir un traitement rationnel, voilà ce que fait M. Garel. Avec beaucoup de clarté et de précision, l'auteur nous amène aux conclusions suivantes :

L'asthme des foins est une variété de la rhino-bronchite spasmodique. L'asthme des foins dépend de trois facteurs principaux.

a) Terrain prédisposé; b) muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe; c) un agent irritant extérieur, cause déterminante des accès.

Le traitement peut s'adresser aux trois facteurs.

Le traitement chirurgical, qui a pour but de supprimer les zones sensibles de la pituitaire, est le seul qui donne des résultats positifs.

Thérapeutique oculaire, nouvelles médications, opérations nouvelles, par le D^r F. TERRIEN, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris. 1899, 1 vol. in-16, 96 pages et 12 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Parmi les médications nouvelles, il étudie les collyres huileux, les injections d'huile biiodurée dans la syphilis oculaire, le protargol, le bleu de méthylène, l'ichtyol et le traitement des blépharites sèches.

Les opérations nouvelles dont il donne le manuel opératoire, les indications et les résultats, sont nombreuses :

Extraction des corps étrangers intra-oculaires. — Ablation de la glande lacrymale dans le larmolement chronique. — Glaucome chronique simple. — Extraction totale de la cataracte secondaire. — Traitement de la myopie par l'extraction du cristallin transparent. — Manuel opératoire du strabisme. — Nouvelle opération du ptosis. — Opérations conservatrices.

La Fatigue oculaire et le Surmenage visuel, par le D^r LOUIS DOR, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon. 1900, 1 vol. in-16, 91 pages, cartonné. 1 fr. 50

Le traitement de la fatigue oculaire est le repos de l'organe de la vue; mais il y a aussi un côté thérapeutique, qui consiste dans la correction des malformations congénitales ou acquises et dans la guérison des maladies prédisposantes, et un côté prophylactique, qui est l'entraînement par un exercice rationnel des fonctions affaiblies.

M. Dor passe d'abord en revue les symptômes de la fatigue oculaire : fatigue des réflexes oculo-oculaires (réflexe de protection de l'appareil visuel et réflexe de vision proprement dits), — des réflexes alio-sensitivo-oculaires, et des réflexes oculo-alio-moteurs.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Le Diabète et son Traitement, par le Dr R. LÉPINE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine. 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné. 1 fr. 50

Un certain nombre de points de l'histoire du diabète sucré présentent un réel intérêt d'actualité. M. Lépine, dont la compétence sur ce sujet est bien connue, vient de résumer toutes les recherches nouvelles sur la pathogénie et surtout le traitement du diabète : un chapitre est consacré au régime, un autre aux moyens hygiéniques et aux agents médicamenteux (excitants de la glycolyse, modérateurs de la glycogénie et agents diabétiques divers); le traitement opothérapique est étudié. Sur tous les points, l'auteur donne les résultats de sa pratique personnelle et de sa longue expérience.

Les Glycosuries non Diabétiques, par le Dr ROQUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné..... 1 fr. 50

A côté des glycosuries passagères provoquées par un état morbide aigu, il y a des glycosuries durables qui ne doivent pas être confondues avec le diabète. Toutes ces glycosuries durables ont un caractère commun qui a servi à les classer. Elles ne sont pas spontanées, elles sont secondaires et symptomatiques. Le but de M. Roque a été de montrer qu'à côté du diabète sucré, il y a les glycosuries, aussi distinctes de celui-ci que la polyurie simple peut l'être du diabète insipide.

En recherchant les facteurs étiologiques, M. Roque a été amené à distinguer les quatre variétés suivantes : 1° Glycosurie intermittente des arthritiques (*glycosurie des jeunes sujets, glycosurie goutteuse de l'adulte, glycosurie des lésés, glycosurie azoturique*); 2° Glycosuries digestives (par *alimentation sucrée, par troubles digestifs*); 3° Glycosuries nerveuses; 4° Glycosuries puerpérales.

Les Albuminuries curables, par le Dr TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine. 1900. 1 vol. in-16, 90 pages, cartonné..... 1 fr. 50

A quoi peut-on reconnaître la curabilité possible d'une albuminurie? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer? Telles sont les questions que M. Teissier résout avec la compétence que lui donnent vingt années de recherches et de pratique sur la question.

Il passe en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion nettement déterminée de l'appareil rénal, puis les albuminuries rénales.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent quatre chapitres spéciaux : 1° Les albuminuries intermittentes, irrégulières, des sujets en apparence bien portants; 2° les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique; 4° les albuminuries d'ordre névropathique, notamment l'albuminurie de la station debout ou orthostatique.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

ANIL
MA DE NUEVO LEÓN
DE BIBLIOTECAS



1030000651

