

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 attouchement 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.

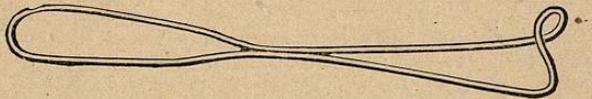


Fig. 4. — Crochet pour l'examen de la bouche. Demi-grandeur.

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 Türk que le malade peut tenir lui-même, si le médecin a besoin de ses deux mains. On prévient 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

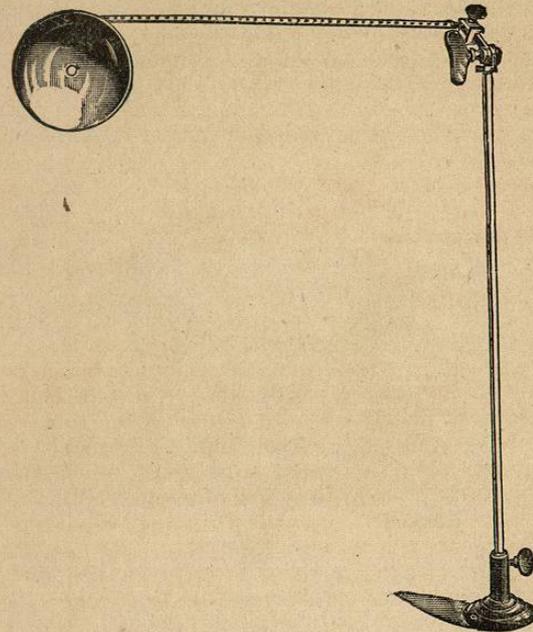


Fig. 5. — Réflecteur à pied.

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

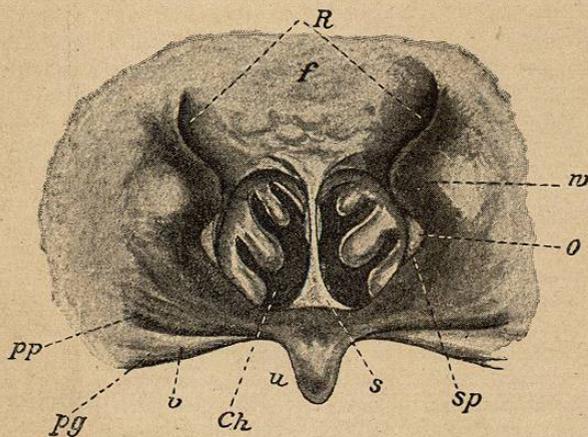


Fig. 6. — Image de la rhinoscopie postérieure.

R. Fossettes de Rosenmüller. — *ch*, choanes. — *w*, bourrelets de la trompe. — *o*, orifice de la trompe. — *f*, fornix. — *s*, cloison. — *u*, lucette. — *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° 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,

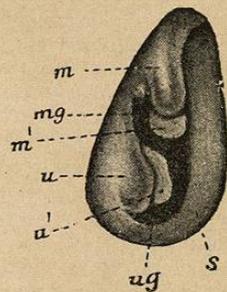


Fig. 7. — Image rhinoscopique de la fosse nasale droite.

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