

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.	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 reniflé 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 cauteriser. Aussitôt après, on enlève l'excès de liquide à l'aide d'un porte-coton.

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

Tandis que pour des lésions destructives, il est plutôt indiqué de cauteriser 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 délévative sur les vaisseaux de la tête.

Si ce moyen simple ne suffisait pas, on peut faire renifler 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'hémorragie 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'hémorragie est plus profond, on appliquera le même traitement, si possible, mais en enfonçant 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 hémorragies 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'hémorragie est presque arrêtée. Mais le meilleur moyen pour éviter les hémorragies post-opératoires et retardées, c'est d'opérer proprement et radicalement, en tout cas jusqu'au rétablissement de la respiration nasale. Des hémorragies 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 dérobant 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.

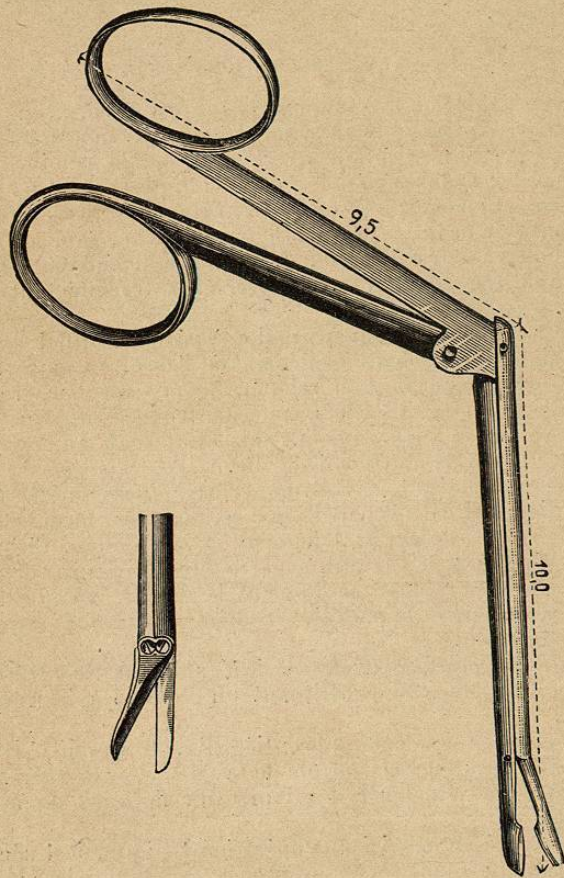


Fig. 9. — Ciseaux pour sectionner les synéchies ou enlever des lambeaux de muqueuses.

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.

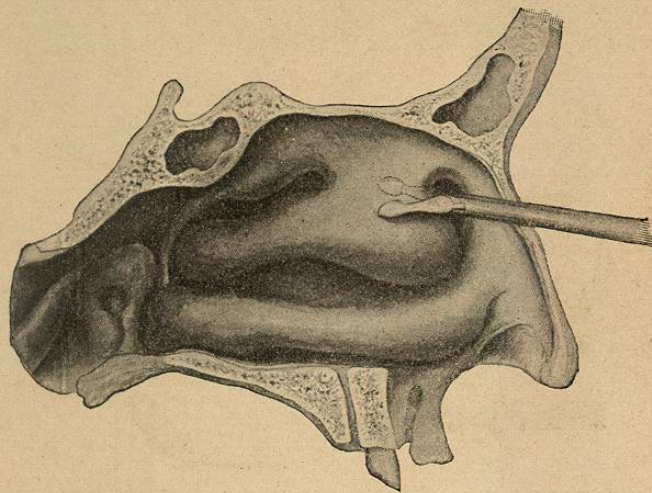


Fig. 10. — Résection du cornet moyen.

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-

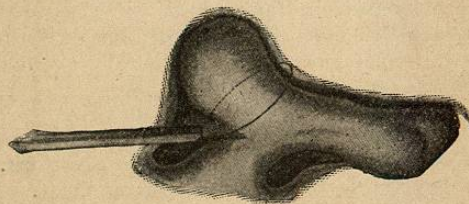


Fig. 11. — Résection du cornet moyen.

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-

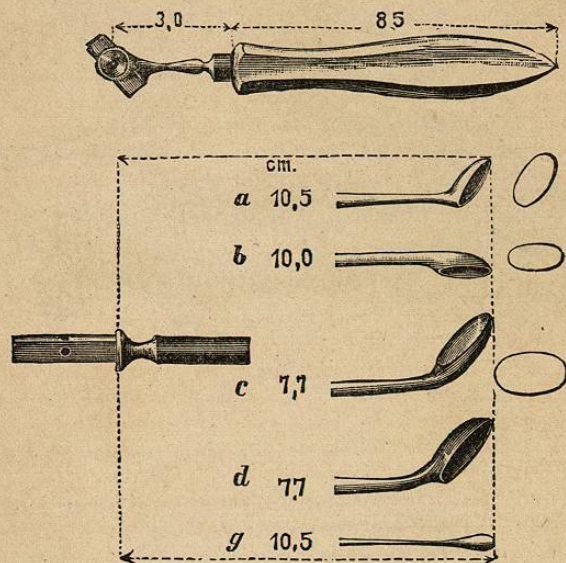


Fig. 12. — Curettes

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