

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-

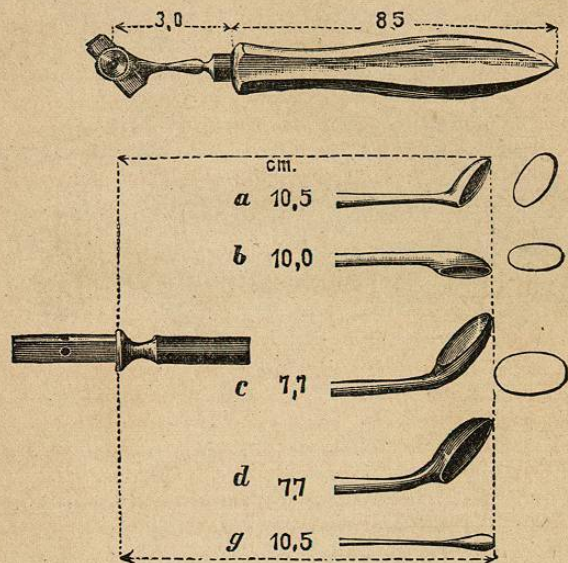


Fig. 12. — Curettes

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'iодоforme sur les ulcérations profondes; si l'infiltration des gencives 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 débilisés 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 blanc 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 hémorrhagique, 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 étiologique, 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, terne 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 fossette 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 préviendra 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 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.