

Fig. 1.

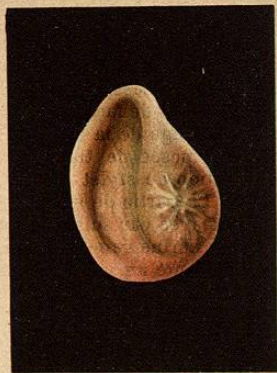


Fig. 2.



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, proéminente 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 du méat 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 laèvre 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.

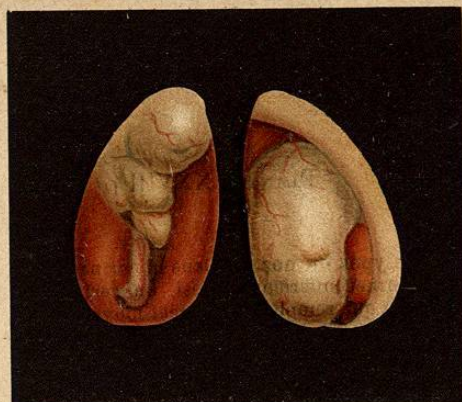


Fig. 1.

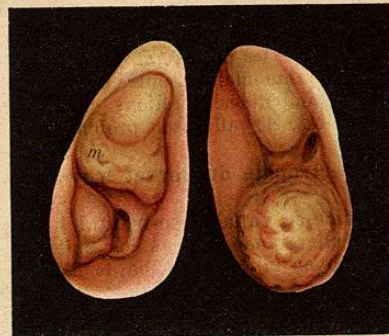


Fig. 2.

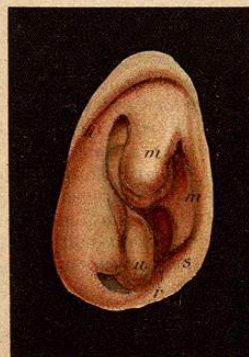


Fig. 3.

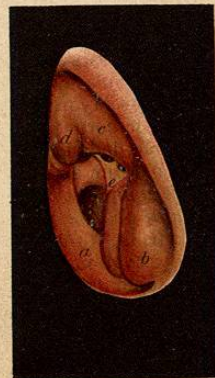


Fig. 4.

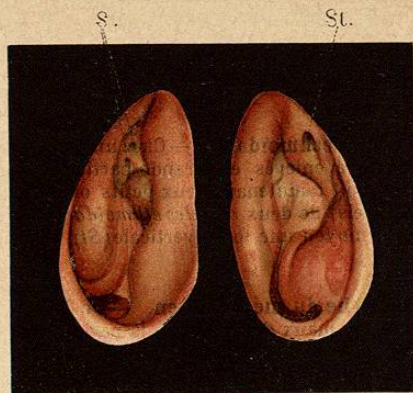


Fig.1.



Fig.2.

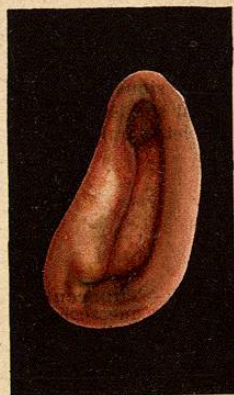


Fig.3.

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 de puis 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 cocainisation, la céphalalgie devient moins forte et disparaît complètement après badigeonnage de la cloison à la cocaine. 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'iodure 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.

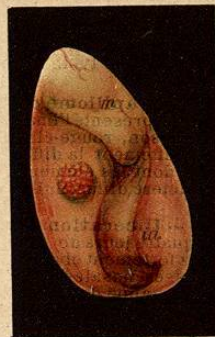


Fig. 2.

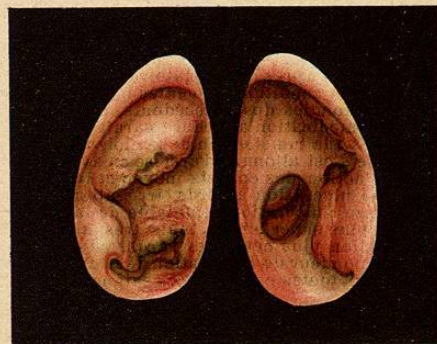


Fig. 3.



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.