

interne est le plus souvent lésée par action indirecte. Les causes les plus fréquentes sont des soufflets sur l'oreille, bruits très violents, coups de canon, coups sur la tête, chute d'un lieu élevé amenant une fracture de la face du crâne.

Il existe donc deux sortes de causes indirectes. D'une part, les fractures du rocher; d'autre part, l'ébranlement du labyrinthe (par détonations, bruits violents) sans fractures. Dans ces cas, la lésion de l'oreille interne serait le fait d'un refoulement brusque du tympan, qui, enfonçant la face de l'étrier dans la fenêtre ovale, déterminerait dans le labyrinthe membraneux un ébranlement considérable, suivi de lésions matérielles des extrémités du nerf acoustique. En effet la surdité complète et persistante qui suit ces accidents ne peut être mise sur le compte de la déchirure du tympan, car ces plaies guérissent facilement et ne gênent qu'imparfaitement l'audition. D'ailleurs le tympan peut résister et, d'après Politzer, les lésions de l'oreille interne sont dans ces cas bien plus graves.

Les fractures de la base du crâne, intéressant le rocher, atteignent fréquemment le vestibule et le labyrinthe; les malades sont complètement sourds et ont le plus souvent des vertiges, de la titubation, des tintements violents d'oreille.

Enfin on a souvent observé la perte complète de l'ouïe à la suite d'un ébranlement violent du crâne, sans qu'il y ait fracture. Dans ces cas, l'intégrité de la caisse étant constatée, on est bien forcé d'admettre l'origine labyrinthique de la surdité. Les lésions labyrinthiques ainsi provoquées sont variables: ce peut être une simple commotion des extrémités terminales du nerf acoustique, on a trouvé à l'autopsie des lésions évidentes; Toynbee a signalé un épanchement sanguin dans le labyrinthe membraneux et le limaçon d'un homme devenu sourd à la suite d'un coup reçu sur le crâne. Moos rapporte un cas semblable.

Ces surdités traumatiques s'améliorent très rarement. La possibilité de la résorption de l'épanchement sanguin, fera réserver le pronostic. La surdité peut être partielle, porter sur les tons bas ou sur les tons élevés, suivant le point lésé du labyrinthe. Schwartz a observé le cas d'un individu qui perdit subitement la faculté d'entendre les sons aigus sous l'influence d'un coup de sifflet de locomotive. Moos a observé un cas d'abolition de la perception des sons graves.

En présence d'une lésion du labyrinthe, le chirurgien est bien désarmé. Tout au plus peut-il faciliter la résorption d'un épanchement sanguin. Il importe surtout de prévenir par un traitement approprié les complications inflammatoires qui peuvent survenir, et faire en sorte que la lésion s'améliore d'elle-même, à l'abri de tout agent infectieux pouvant venir du dehors.

MALADIES DU NEZ

PAR

ANDRÉ CASTEX

Chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie
à la Faculté de médecine de Paris.

La rhinologie se fait remarquer par les grands progrès qu'elle a réalisés dans ces dernières années. Récemment encore il n'était guère question que de rhinites simples, de polypes muqueux mal étudiés, opérés plus mal encore, de fibromes naso-pharyngiens et de quelques tumeurs malignes.

Les travaux de Meyer (de Copenhague), Voltoli, Moldenhauer, Hack, Tornwald, Ziem, Fraenkel, Panas, Chatellier et autres n'ont pas peu contribué à élargir le domaine de nos connaissances sur cette spécialité.

A Wilhelm Meyer revient l'honneur d'avoir signalé l'existence des végétations adénoïdes et leur pernicieuse influence sur l'intégrité des oreilles (1873-1874).

Hack a montré que l'obstruction nasale pouvait être le point de départ de réflexes variés dont l'asthme nasal est le plus important. Ziem, Berger, Panas ont signalé l'influence des affections nasales sur l'appareil de la vision. Le rhinosclérome, cette affection *sui generis*, si décevante pour le traitement, doit surtout son histoire à Hebra, Kaposi, Cornil et Alvarez.

Les recherches histologiques de Chatellier nous ont édifiés en partie sur les processus multiples des rhinites.

Enfin les affections des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux, des cellules ethmoïdales sont mieux connues, les sinusites en particuliers, grâce aux descriptions de Ziem, qui a montré que nombre de ces sinusites étaient latentes et que leur description, acceptée jusqu'alors, devait être considérablement modifiée (1).

(1) W. MEYER, Ueber adenoïde Vegetationen (*Archiv für Ohrenheilk.*, VII et VIII, 1873). — HACK, *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 25, 1882. — ZUCKERKANDL, Anatomie normale et pathologique des fosses nasales. Vienne 1882 (trad. par LICHTWITZ et GARNAULT). — CORNIL et ALVAREZ, *Acad. de méd.*, 1885. — ZIEM, *Monatsschrift für Ohren.*, 1886. — PANAS, *Comptes rendus de la Soc. d'opt.*, 1890. — RANGLARET, Anatomie et pathologie des cellules ethmoïdales, thèse de Paris, 1896.

Le diagnostic et la thérapeutique des affections nasales doivent leurs progrès à l'invention de procédés techniques nouveaux (rhinoscopie postérieure, éclairage électrique des sinus par transparence) ou à l'utilisation d'un arsenal très complet d'instruments que nous aurons l'occasion de signaler.

MÉTHODES D'EXAMEN (*Rhinoscopie*).

On peut examiner l'intérieur des fosses nasales par les orifices antérieurs (narines) ou par les orifices postérieurs (choanes); d'où les deux procédés différents: *rhinoscopie antérieure* et *rhinoscopie postérieure*. Celui-ci présente des difficultés bien plus grandes que le premier, mais les renseignements qu'il procure sont d'une réelle importance.

Il existe encore un procédé de *rhinoscopie moyenne*. On le pratique en plaçant sur le plancher des fosses nasales un petit miroir qui réfléchit les détails de la voûte nasale. Il n'est que médiocrement utile.

I. — RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE.

Avant d'élargir les narines à l'aide d'un spéculum, il est utile de les examiner sommairement en relevant la pointe du nez avec le pouce gauche. Par ce simple examen on en explore tout l'intérieur, surtout si on pousse en divers sens le lobule du nez et on note telle lésion que les valves d'un spéculum auraient pu cacher (folliculites, eczéma, fissures, etc.).

On peut pratiquer la rhinoscopie antérieure avec divers genres de *speculum nasi* en dirigeant suivant leur axe un faisceau lumineux émané soit d'une lampe électrique, soit d'un réflecteur que l'observateur a disposé sur son front, pour recevoir le faisceau lumineux issu d'une lampe à huile, à pétrole, d'un bec de gaz simple ou d'un bec Auer. On peut encore utiliser un réflecteur à main comme celui de l'ophtalmoscope.

L'ensemble assez varié des spéculums du nez peut être réparti en spéculums univalves, bivalves et trivalves.

1° Les spéculums univalves sont tubulaires, rappelant la forme d'un tronc de cône aplati transversalement. On les fabrique en caoutchouc durci (ébonite) ou en verre. Leur emploi ne s'est pas généralisé parce qu'ils n'éclairent qu'une partie très limitée de la cavité nasale et cachent l'intérieur des narines. On doit les réserver pour les galvanocautérisations afin de protéger les narines au moment où le caustère les traverse. Chez les petits enfants, à narines très étroites, on peut employer un spéculum à oreille de Toynbee.

2° Les spéculums bivalves sont les plus employés. L'ensemble des

rhinologistes, même étrangers, recommande tout spécialement celui de Duplay (fig. 98).

Pour être très maniable, il doit être resserré vers la partie moyenne de ses deux valves. La narine est ainsi moins violentée quand elles s'écartent.

Le spéculum de Schüster (d'Aix-la-Chapelle) rappelle beaucoup celui de Duplay, mais il est plutôt cylindrique que conique, ce qui facilite sa pénétration.

Moure (de Bordeaux) l'a heureusement modifié en en faisant élargir le pavillon. La main gauche du chirurgien le tient plus aisément de la sorte.

Moure a fait construire un autre spéculum bivalve à valves parallèles et s'ouvrant sur le côté pour pouvoir retirer le spéculum sans déplacer les pinces ou autres instruments introduits dans les fosses. Le spéculum de Vacher (d'Orléans) est analogue et réalise les mêmes avantages par la suppression d'une des articulations et grâce à une fente longitudinale.

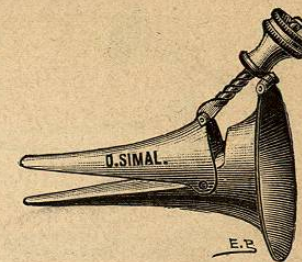


Fig. 98. — Spéculum de Duplay.

Fraenkel (de Berlin) est l'inventeur d'un spéculum qu'un dispositif spécial fait tenir seul en place.

Ses valves sont fenêtrées et permettent ainsi d'inspecter les parois de la narine. Comme on le comprend, d'après la figure, il s'introduit soit dans une seule narine, soit dans les deux en même temps, écartant de la cloison les deux ailes du nez. Dans les cliniques viennoises, on utilise surtout les spéculums bivalves à manche de Chiari ou de Roth. Leurs valves à écartement parallèle permettent de les retirer même s'il y a des instruments engagés dans leur lumière, mais ils sont plus gênants pour le malade.

Le spéculum de Delstanche tient aussi seul en place.

A signaler encore les écarteurs à courroies passant derrière la tête (de Creswell Baber). Ces derniers tiennent en place, laissant libres les deux mains du chirurgien. L'écarteur de Palmer, analogue au blépharostat, tient de même les narines ouvertes en relevant l'aile du nez.

Voltolini a imaginé un spéculum spécial démontable et à pavillon large (fig. 99).

3° C'est seulement pour mémoire que nous mentionnons le spéculum trivalve d'Elsberg. Il n'est pas recommandable pour la pratique usuelle.

Technique. — On doit se placer en face de son malade qui rapproche les jambes tandis que le médecin écarte les ailes afin de pouvoir approcher sa tête de celle du sujet. Quand il s'agit d'un enfant indo-

cile, il est indispensable de le faire tenir par un aide qui le prend sur ses genoux, immobilise la tête avec une main, les bras avec son autre main et les jambes entre ses cuisses. Si on a choisi le spéculum de Duplay, on l'introduit à 45° environ dans la fosse nasale, porté par la main gauche dont les pouce et index tiennent le pavillon tandis que les trois autres doigts s'appuient sur le dos du nez.

L'introduction du spéculum peut provoquer une contraction involontaire, très gênante, des muscles de la face et surtout de ceux de l'aile du nez. On la fait disparaître en demandant au malade de maintenir les paupières ouvertes pendant l'examen, car toutes ces contractions sont synergiques.

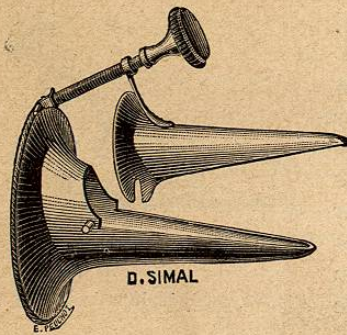


Fig. 99. — Spéculum de Voltolini.

La main droite manœuvre la petite vis qui écarte ou rapproche les deux valves. Quand elles sont à l'écart voulu, la main droite du chirurgien se porte sous le menton ou mieux à la nuque du sujet pour diriger sa tête qui doit rester souple dans toutes les attitudes requises. Le spéculum doit être manœuvré avec une grande légèreté de main. On l'acquiert, suivant le conseil du professeur Schmidt,

en s'exerçant sur soi-même. Pour rassurer les enfants qui en ont peur, on l'introduit d'abord à peine, sans écarter les valves, puis on recommence en les écartant. Le père ou la mère, par complaisance, peut se soumettre d'abord à cette exploration, ce qui décide l'enfant.

On est quelquefois obligé de débarrasser au préalable les fosses nasales des mucosités ou croûtes qui les encombrant. Mais il est utile au diagnostic de ne le faire qu'après avoir regardé une première fois dans le nez. Les fosses nasales peuvent être désobstruées avec une irrigation chaude (30°), à l'eau bouillie ou à l'eau naphtholée (1 p. 1000). On emploie le siphon de Weber ou la seringue anglaise (énéma).

Le spéculum mis en place, on doit explorer la cavité successivement dans deux attitudes différentes de la tête. Ce qu'on voit dans le premier cas est tout autre que dans le second.

a. La tête du sujet étant droite, le chirurgien voit d'abord l'extrémité antérieure du cornet inférieur (tête du cornet) rougeâtre. En portant le pavillon vers la cloison, il peut distinguer parfois encore la partie moyenne (corps) et l'extrémité postérieure (queue) de ce cornet. Cette proéminence se montre plus ou moins saillante chez les divers sujets et même chez un seul sujet, car les parties molles qui recouvrent le cornet sont constituées par un tissu caverneux, susceptible de gonflement et d'affaissement. A-t-on besoin d'amoindrir la saillie de ce tissu, on n'a qu'à déposer pendant trois ou quatre

minutes sur la surface du cornet un petit tampon imbibé d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1/10. En bas, dans l'écartement des deux valves se voit le plancher plus ou moins inégal. En dedans la partie inférieure de la cloison, présentant souvent soit une déviation, soit un éperon, mais toujours du reste un peu proéminente (tubercule de la cloison).

La vue peut atteindre la paroi postérieure du naso-pharynx et reconnaître la présence de végétations adénoïdes qui se révèlent par des reliefs piqués de reflets brillants. En cas de rhinite atrophique on peut voir facilement l'orifice tubaire. Le professeur O. Chiari (de Vienne) recommande de faire émettre au malade la voyelle *i* à plusieurs reprises. Par ce moyen la face supérieure du voile du palais vient se montrer dans le prolongement du plancher des fosses nasales et l'observateur peut y apercevoir polypes, kystes ou autres tumeurs.

b. La tête du sujet étant renversée en arrière (fig. 100), le cornet moyen

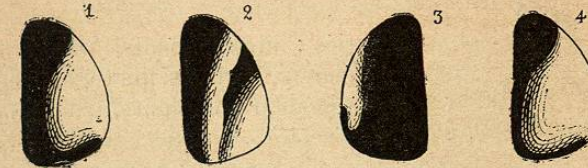


Fig. 100. — 1, cornet inférieur, vu la tête étant droite; 2, cornets inférieur et moyen, vus la tête étant renversée en arrière; 3, rhinite atrophique; 4, rhinite hypertrophique.

se montre, allongé de haut en bas, plus pâle que le précédent, à muqueuse plus étroitement appliquée sur le squelette sous-jacent. L'extrémité antérieure du cornet moyen se renfle sous le nom d'*opercule*. Son bord interne délimite, avec la cloison, la *fente olfactive*. Quelquefois dans le méat moyen se montre un repli muqueux parallèle au cornet : *pli latéral*. En dedans se voit la partie moyenne de la cloison sans particularités d'ordinaire. Exceptionnellement on voit au-dessus du cornet moyen, lorsqu'il est atrophié, le cornet supérieur. On peut dire que le fait d'apercevoir nettement le cornet supérieur est un indice de rhinite atrophique.

Lorsque l'examen doit porter spécialement sur les parties les plus reculées des fosses nasales, on a recours au spéculum de Zaufal, cylindrique, de 11 centimètres de longueur, qu'on fait pénétrer peu à peu par des mouvements de rotation selon son axe en suivant le plancher de la fosse nasale. Il est indiqué lorsqu'on veut porter des caustiques dans l'arrière-nez sans toucher aux parties antérieures.

Pour l'introduire plus aisément, il faut préalablement pulvériser dans la fosse nasale une solution à 1/10 de chlorhydrate de cocaïne qui insensibilise et élargit le passage en faisant se rétracter la

muqueuse. Zaufal a fait construire un spéculum analogue à celui-ci, mais bivalve, dont les deux moitiés peuvent s'écarter tout en restant en parallélisme.

Cozzolino place un spéculum à l'orifice antérieur, mais il éclaire par les choanes en plaçant dans le naso-pharynx, en arrière du voile du palais, une petite lampe électrique. Ce procédé est difficile, malgré la cocaïnisation préalable et il expose à brûler par places les muqueuses.

La rhinoscopie antérieure n'est pas complète sans l'usage du stylet coudé (fig. 101) qui apprécie la sensibilité de la muqueuse nasale, sa consistance, son épaisseur, qui indique le point d'implantation d'un polype muqueux, trouve les zones hyperesthésiques, sources de réflexes, etc. L'attouchement de la muqueuse nasale par le stylet détermine des

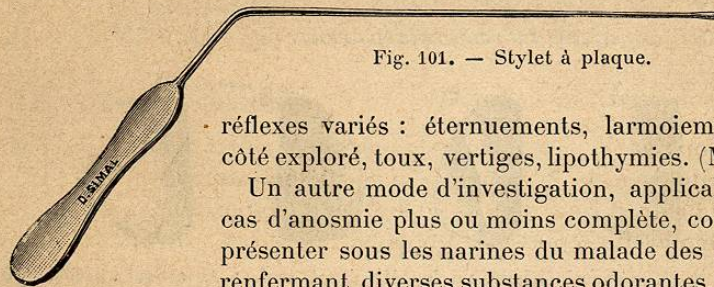


Fig. 101. — Stylet à plaque.

réflexes variés : éternuements, larmolement du côté exploré, toux, vertiges, lipothymies. (Michel.)

Un autre mode d'investigation, applicable aux cas d'anosmie plus ou moins complète, consiste à présenter sous les narines du malade des flacons renfermant diverses substances odorantes, tandis qu'il ferme les yeux et de la bouche. L'éther sulfurique, l'essence de térébenthine et le camphre pulvérisé forment une série croissante en intensité que nous croyons pouvoir recommander pour ce genre de recherches.

Avec ces diverses ressources, la rhinoscopie peut encore être insuffisante bien souvent. C'est que, suivant la juste remarque d'Hajek (de Vienne), l'œil n'explore guère directement que le quart de la surface endonasale. La source d'une suppuration, par exemple, ne pourra parfois être découverte qu'après des examens réitérés et variés.

II. — RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE.

Les principales règles de la rhinoscopie postérieure ont été formulées par Czermak. Il eut l'idée de présenter derrière le voile du palais le petit miroir qui lui servait à la laryngoscopie, mais le succès fut d'abord retardé parce que Czermak et Türk croyaient indispensable d'employer un releveur du voile. Semeleder et Voltolini la rendirent plus admissible en montrant que cette complication n'était pas indispensable.

Les instruments nécessaires à ce mode d'examen sont : 1° Un abaisse-langue. On accordera la préférence à l'abaisse-langue de Trousseau

(fig. 102) ou à celui de Türk (fig. 103). Le dernier a sur l'autre cet avantage qu'il présente à sa face inférieure des rayures transversales qui fixent la base de la langue. Celle-ci a tendance à se dérober en arrière tandis que l'abaisse-langue la déprime au cours de l'examen. L'abaisse-langue doit être tenu par le médecin de la main gauche. 2° Un petit miroir (n° 0 ou 1) circulaire ou mieux ovalaire, parce qu'il se place plus facilement dans le sens antéro-postérieur, incliné à 140°, sur sa

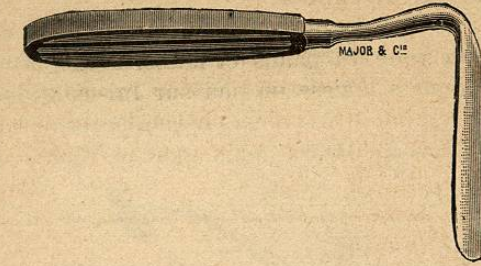


Fig. 102. — Abaisse-langue de Trousseau.

tige qu'on tient de la main droite et qu'on va placer obliquement sous le voile du palais en évitant de toucher la luette au passage.

Pour faciliter cet examen, Michel (de Cologne) a imaginé un miroir articulé. Le professeur Duplay utilise un rhinoscope en forme

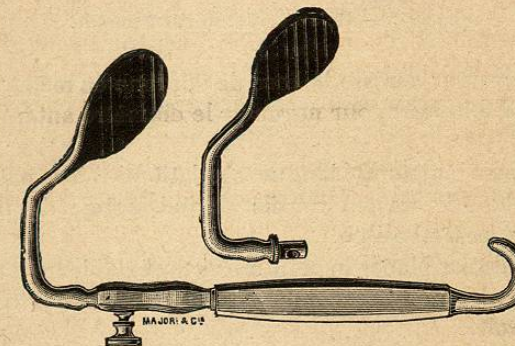


Fig. 103. — Abaisse-langue de Türk.

de pince dont une branche porte le miroir, tandis que l'autre soulève la luette. Enfin Voltolini avait imaginé la combinaison de deux miroirs superposés (examen par double réflexion). Ces divers perfectionnements ne sont pas indispensables.

Pour les cas où le voile du palais n'arrive pas à s'abaisser, ou si l'espace antéro-postérieur entre le voile et le pharynx est insuffisant, on peut avoir recours à divers crochets palatins qui tirent en avant le voile. Plusieurs modèles existent, assez semblables (de Voltolini, Fraenkel, Czermak) ou mieux encore au releveur du voile du profes-

seur Moritz Schmidt (de Francfort) (fig. 104). Il est formé d'un crochet palatin sur la tige duquel glisse un curseur porteur deux petits tampons qui vont appuyer sur les côtés du nez. Pour le mettre plus aisément en place, on cocaïnise d'abord. Schmidt insuffle dans le naso-pharynx, au moyen d'un tube recourbé, une petite quantité d'une poudre mixte par parties égales de cocaïne et sucre pulvérisés. Ce relevéur en place, on peut examiner complètement le *cavum* et y pratiquer de petites opérations.

TECHNIQUE. — Le malade doit pencher légèrement la tête en avant pour abaisser son voile du palais et laisser ainsi plus de place au miroir. L'observateur s'affaisse un peu sur lui-même pour pouvoir examiner de bas en haut. Il voit ainsi plus entièrement le petit miroir insinué derrière le voile. De sa main gauche, munie de l'abaisse-

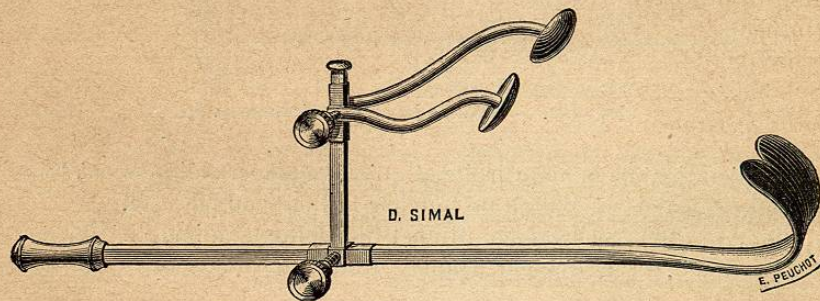


Fig. 104. — Relevéur de Moritz Schmidt.

langue, l'observateur abaisse la base de l'organe en même temps qu'il l'attire un peu en avant pour agrandir le diamètre antéro-postérieur du pharynx.

Chez quelques sujets la langue s'aplatit si bien naturellement que l'abaisse-langue devient inutile et que la tige du petit miroir suffit à la maintenir abaissée.

Sa main droite va placer le petit miroir, préalablement chauffé sur une lampe à gaz ou à alcool, derrière la luette en contournant son bord latéral droit.

Il évite de toucher la paroi postérieure du pharynx, ce qui provoquerait des nausées. Le miroir doit être placé assez bas dans le pharynx ; l'observateur voit mieux l'image des choanes qui s'y forme.

Si le voile du palais, agacé par le miroir, se contracte en s'élevant, ainsi qu'il arrive le plus souvent, on demande au malade de respirer par le nez ou d'émettre la syllabe nasale *han*. Quelques malades cependant éprouvent un tel embarras pour satisfaire à cette demande que leurs efforts vont à l'encontre de l'effet voulu. Mieux est, en pareil cas, de ne leur imposer aucune contrainte, de leur demander simplement de respirer sans préoccupation aucune et régulièrement. Peu à

peu leur voile alors se détend et les choanes se reflètent dans le petit miroir. Éviter que le miroir ne soit emprisonné par une contraction brusque du voile. Cet accident est particulièrement désagréable au malade. Dorn (1) a proposé de procéder à la rhinoscopie postérieure la tête étant renversée comme dans la position de Rose pour les palatoplasties. D'après l'auteur de ce procédé, ses avantages sont la grande facilité pour le maniement des divers instruments : éponges, pinces, cautères et pour l'écoulement des liquides sans troubles respiratoires. Il est rarement utile d'en venir là.

Dans les examens rendus difficiles par l'indocilité du pharynx et du voile, on insensibilise préalablement les parties en y pulvérisant à trois reprises une solution aqueuse au dixième de chlorhydrate de cocaïne. On peut encore utiliser le relevéur de la luette de Schmidt ou le crochet palatin de Krause.

Quand la main est suffisamment exercée, elle met le miroir en bonne situation sans agacer le pharynx. Ce sont les déplacements qui titillent l'isthme du gosier et provoquent la nausée. A mesure que par la pratique la main devient plus sûre, ces réflexes diminuent chez les malades que l'on examine. Plus on abaisse le manche du miroir et mieux on parvient à voir les choanes.

Les principaux détails de l'image rhinoscopique postérieure ainsi relevés sont :

- 1° Le bord postérieur de la cloison, tranchant, plus clair que le reste de l'image ;
- 2° Les trois cornets superposés ; on voit bien surtout le cornet moyen, le plus rouge ;
- 3° La voûte, souvent surchargée d'adénoïdes chez l'enfant et montrant chez l'adulte des inégalités, traces de l'amygdale pharyngienne atrophiée ;
- 4° L'orifice de la trompe d'Eustache, et plus en avant la fossette de Rosenmüller.

Il faut dire que, sauf dans des cas favorablement exceptionnels, c'est seulement par portions qu'on voit l'image rhinoscopique, d'abord la moitié droite, puis la gauche, puis la voûte, puis les orifices des

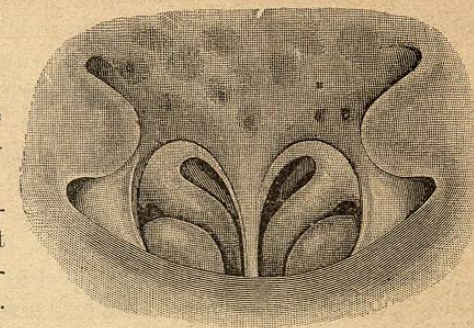


Fig. 105. — Orifices postérieures des fosses nasales.

(1) DORN, *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1889, p. 285.

trompes. La figure 105 est la fusion des petites images multiples ainsi recueillies.

Règle générale : C'est par la douceur et la patience qu'on parvient à triompher des obstacles que le sujet met involontairement à l'examen.

III. — TOUCHER NASO-PHARYNGIEN.

L'exploration du naso-pharynx par le toucher digital est le complément très souvent nécessaire de la rhinoscopie par le miroir. Par exemple, si l'on veut établir fermement le diagnostic de végétations adénoïdes.

Les doigtiers variés, en caoutchouc vulcanisé ou en métal (articulés ou non), existent pour ceux qui redoutent d'être mordus pendant l'examen, mais on peut s'en passer et par conséquent simplifier l'examen grâce aux quelques précautions que voici, indiquées surtout s'il s'agit d'un enfant, comme c'est le cas ordinaire.

Un aide — ce peut être le père ou la mère — s'assied, met l'enfant entre ses genoux et lui tient solidement les deux mains. Le chirurgien dispose son bras gauche autour de la tête qu'il applique fixement contre sa poitrine. Puis, l'enfant ouvrant la bouche, il insinue les parties molles de la joues gauche entre les arcades dentaires à l'aide de ses médius et index qui, de la sorte, forment un coin écarteur très efficace. L'index droit peut alors être introduit sans risque d'être mordu dans la bouche. La pulpe va toucher la paroi postérieure du pharynx, soulève le bord postérieur du voile et entre dans le cavum sans que l'ongle ait éraillé les muqueuses. Promené dans les diverses directions il a la sensation de tumeurs adénoïdes ou de cornets hypertrophiques à leur extrémité postérieure (queues de cornets); sur les parties latérales il sent le pavillon de la trompe et en arrière le tubercule antérieur de l'atlas. Il est bon de prévenir les parents, sitôt l'index retiré, que l'enfant va *peut-être* saigner un peu du nez. Ce toucher doit être pratiqué avec douceur, ne fût-ce que pour éviter certains petits accidents d'effet fâcheux, tels par exemple, que la chute de dents de lait faiblement implantées sur les arcades dentaires.

Il va sans dire que l'index, avant d'être introduit dans le naso-pharynx, doit être nettoyé, spécialement sous l'ongle et baigné dans une solution antiseptique (eau naphtolée à 1/1000 par exemple), l'ongle ne sera pas trop long. L'oubli de cette précaution expose le malade à des tubo-tympanites suppurées.

Chez les nourrissons, l'index pénètre difficilement dans le naso-pharynx, parce qu'il est relativement trop volumineux. On peut alors faire le toucher avec le petit doigt.

I

MALFORMATIONS DU NEZ

Il y a lieu d'envisager successivement les vices de conformation et difformités: *a*) du nez *proprement dit* (c'est-à-dire de la portion du nez visible à l'extérieur); *b*) des *narines*; *c*) des *choanes*; *d*) des *fosses nasales* (1).

Pour chacune de ces régions la difformité peut être : 1° *congénitale*; 2° *acquise*.

I. — MALFORMATIONS DU NEZ EXTÉRIEUR.

1° **Malformations congénitales.** — *a*. ABSENCE ET ATROPHIE CONGÉNITALES DU NEZ. — L'*absence totale congénitale du nez* est un fait rare. En général elle coexiste avec d'autres malformations congénitales, incompatibles avec la vie, et offre plus d'intérêt au point de vue embryologique et tératologique qu'au point de vue clinique. Toutefois il existe une observation, due à Maisonneuve, d'atrophie totale congénitale du nez sans autre anomalie. Maisonneuve opéra une petite fille de neuf ans, née avec une absence complète du nez. A la place de cet organe était une surface percée de deux petits pertuis ronds d'un millimètre de largeur, et distants l'un de l'autre de trois centimètres. Cette malformation donnait au visage un aspect grotesque, et de plus entravait la respiration et la succion. Le fait de Maisonneuve

(1) ROSENTHAL, Des déform. de la cloison du nez et de leur trait. chirurg., thèse de Paris, 1888. — CHATELLIER, Structure des saillies anguleuses de la cloison des fosses nasales (*Soc. anat.*, 1888). — G. MARCHANT, art. Nez et FOSSES NASALES, in *Traité de chir.* Paris, 1888. — LANNELONGUE et MÉNARD, Affect. congénit. Paris, 1891. — MOURE, Déviations et proéminences du septum nas. (*Congrès de Berlin*, avril 1890). — GILLIAN, Tic doul. produit par une exostose de la clois. (*New York med. Journ.*, 9 août 1890). — HARTMANN, Les crêtes et épines de la cloison nas. (*Congrès d'otol. allem.*, avril 1890). — GELLÉ, Perforations de la cloison dans la fièvre typhoïde (*Soc. paris. de laryngo-rhino-otologie*, juin 1891). — ASTIER, Traitement des sténoses nasales (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, oct. 1891). — MEYER, Traitement électrolytique des crêtes de la cloison (*Soc. de laryng. de Berlin*, décembre 1892). — POTIQUET, Étude crit. sur l'étiol. des déviations de la clois. nas. (*Méd. mod.*, mars 1892, n° 11 et 12). — HAJEK, Perforations de la cloison du nez, leçon recueillie par Lermoyez (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1892, p. 735). — BERGONIE et MOURE, Traitement par l'électrolyse des déviat. et éperons de la clois. du nez. Bordeaux, 1892. — GELLÉ, Rôle du traumatisme dans la déformation du septum (*Soc. par. de rhinol.*, fév. 1893). — GOUGENHEIM et HÉLARY, Oblitér. osseuse congénit. des choanes (*Ann. des mal. de l'or., et du lar.*, etc. 1894). — SARREMONNE, Des malformations de la cloison du nez, thèse de Paris, 1894 (bibliographie complète de tous les trav. antér. à 1894 concern. les malform. de la cloison et leur traitem.). — LERMOYEZ, Thérap. des mal. des fosses nas., t. I, 1896.