

On doit également rapprocher des ceintures à levier les simples corsets ou cuirasses, dont l'usage tend de plus en plus à se répandre, et qui, bien confectionnés et appliqués de bonne heure, sont susceptibles de remplacer la plupart des autres appareils. La figure 151 représente un de ces corsets de cuir, construit sur le moule de plâtre du tronc du malade, préalablement redressé; des nervures d'acier lui assurent une solidité plus grande et préviennent les déformations; enfin deux béquillons soutiennent les épaules. On peut, si on le juge convenable, ajouter à l'intérieur de ces corsets des pelotes latérales pour augmenter la pression directe au niveau des parties déviées.

Combinée avec la position horizontale sur un lit dur pendant la nuit, la méthode des ceintures à levier est celle qui a donné les résultats les plus favorables. Toutefois il faut avouer que bien souvent on est impuissant à rétablir le rachis dans une rectitude absolue. En effet, la saillie des apophyses épineuses ne donne pas assez de prise pour qu'on puisse agir directement sur elle, et l'on est obligé de prendre un point d'appui sur les côtes ou sur les épaules. Il y a là un double inconvénient: d'une part, le thorax offre dans ses diverses parties une inégale résistance, et la même pression agit très-différemment suivant le point d'application; de plus, et c'est là surtout la grande difficulté du traitement, l'incurvation des côtes est une conséquence de la torsion des vertèbres, et contre cette torsion nous sommes absolument impuissants. C'est ce que constatait en 1835 Maisonabe, qui, après avoir essayé tous les moyens de traitement, arrivait à cet aveu décourageant. En effet, contre la mobilité des vertèbres, l'orthopédie donne des succès; elle peut même corriger et transformer en partie des courbures vicieuses; elle ne peut rien contre la torsion des vertèbres. La conclusion pratique à en tirer, c'est qu'il faut soigner la scoliose dès la première période, et ne pas attendre, pour instaurer le traitement, qu'il existe déjà des lésions incurables.

Nous avons négligé jusqu'ici de parler d'une méthode de traitement qui a eu, à une époque peu éloignée, un grand retentissement: c'est la myotomie rachidienne, préconisée par J. Guérin, dans le but de faire disparaître la rétraction de la masse sacro-spinale qu'il considérait comme la cause primitive de l'incurvation rachidienne. Or, comme il est à peu près prouvé que ce phénomène est consécutif, la myotomie ne répond nullement aux indications de la lésion. D'ailleurs l'existence même de la rétraction est le plus souvent douteuse. Bouvier a prouvé que, chez la plupart des malades opérés par J. Guérin, la déviation de l'épine n'était point guérie, et que le même résultat aurait pu s'obtenir par des moyens simples. Aussi la plupart des chirurgiens, et Guérin lui-même, ont-ils abandonné ce mode de traitement.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'APPAREIL OLFACTIF.

L'appareil olfactif se compose: 1° d'un organe de protection qui forme le nez proprement dit, s'ouvrant en bas par les narines; 2° des fosses nasales, cavités anfractueuses, séparées par une cloison médiane, se confondant en arrière en se prolongeant sur le voile du palais pour former une arrière-cavité qui communique largement avec le pharynx; 3° enfin, de cavités accessoires, creusées dans le squelette de la face: sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux.

Si l'on veut mettre un peu d'ordre dans l'étude de la pathologie de l'appareil olfactif, il est nécessaire d'examiner isolément les maladies du nez, des fosses nasales, des sinus maxillaires et des sinus frontaux. Quant aux maladies des sinus sphénoïdaux, elles sont très-peu importantes ou trop mal connues pour mériter une mention spéciale.

Tandis que la littérature médicale est si riche en ouvrages spéciaux sur les maladies des yeux et des oreilles, elle se montre au contraire d'une pénurie remarquable relativement aux maladies de l'appareil olfactif. Le seul traité *ex professo* sur la matière remonte au commencement de ce siècle, et depuis Deschamps, qui publia en 1804 son *Traité des maladies des fosses nasales et de leurs sinus*, ouvrage presque complètement oublié aujourd'hui, personne n'a eu l'idée de faire une étude spéciale de ces maladies, et d'en présenter une description d'ensemble.

Deux causes peuvent expliquer cette sorte d'oubli dans lequel est restée la pathologie de l'organe de l'olfaction: c'est, d'une part, la difficulté des recherches anatomo-pathologiques entreprises sur les fosses nasales, recherches toujours pénibles pour le chirurgien, et qui nécessitent en outre des délabrements considérables du crâne et de la face, rarement permis dans les autopsies ordinaires; c'est, d'autre part, la difficulté d'exploration de ces mêmes organes, qui empêche d'établir sur le vivant le diagnostic exact des lésions dont ils peuvent être atteints.

Quoique les méthodes d'examen de l'appareil olfactif soient encore bien imparfaites, nous pensons cependant qu'elles ont été jusqu'ici et qu'elles sont encore trop négligées, et c'est pour cette raison que nous avons jugé qu'il serait utile d'attirer sur ce point l'attention du lecteur, avant de passer à l'étude des maladies propres à chacune des parties constituantes de l'organe olfactif.

Exploration de l'appareil olfactif. — Rhinoscopie.

On peut assez facilement se rendre compte du degré de perméabilité des fosses nasales en faisant exécuter aux malades un mouvement d'expira-

tion brusque, la bouche étant fermée. Pour s'assurer comparativement de l'état des deux forces nasales, il suffit de fermer alternativement avec le doigt l'une et l'autre narine, tandis qu'on répète l'expérience précédente.

Ce mode d'exploration est souvent insuffisant, car il se peut que l'air expiré traverse sans difficulté les fosses nasales, quoique celles-ci soient sinon complètement obstruées, du moins assez notablement rétrécies pour gêner l'entrée de l'air pendant l'inspiration. C'est ce qu'on observe quelquefois dans certains cas de polypes mous, de gonflements hypertrophiques de la muqueuse, qui forment des soupapes mobiles se déplaçant sous l'influence de la colonne expiratrice, et venant au contraire s'appliquer contre les parois des fosses nasales, au moment de l'inspiration, de manière à intercepter le passage de l'air. Aussi est-il nécessaire, lorsqu'on se propose de rechercher le degré de perméabilité des fosses nasales, de faire exécuter alternativement des mouvements d'expiration et d'inspiration par le nez, la bouche étant préalablement fermée. Ce mode d'exploration permet quelquefois, dans les cas d'obstacle mobile, de constater l'existence d'un bruit particulier, connu sous le nom de *bruit de drapeau*.

Quoique l'expérience précédente puisse fournir déjà des renseignements utiles, il faut autant que possible contrôler par l'examen direct, c'est-à-dire par la vue et le toucher, les résultats négatifs ou positifs que l'on a obtenus.

La profondeur, la forme irrégulière et anfractueuse des cavités nasales ne permettent pas d'en embrasser d'un coup d'œil toutes les parties. On a donc cherché à explorer ces cavités, soit *d'avant en arrière*, soit *d'arrière en avant*.

L'*exploration d'avant en arrière*, ou, comme on pourrait l'appeler, la *rhinoscopie antérieure*, se pratique généralement d'une manière très-défectueuse. On se borne à écarter les narines avec le doigt ou avec une pince à pansement, en relevant fortement la pointe du nez. Mais, par ce procédé, il est difficile de voir au delà de la cavité des narines. Quelques auteurs avaient proposé, pour faciliter l'examen des fosses nasales, l'emploi d'instruments spéciaux désignés sous le nom de *speculum nasi*, mais qui ne tardèrent pas à être généralement abandonnés pour être remplacés par le simple spéculum bivalve de l'oreille. Cependant ce dernier instrument, mal approprié à la forme des narines, m'a toujours paru d'un très-faible secours, et c'est après avoir constaté maintes fois son insuffisance que j'ai tenté de nouveau l'usage d'un instrument construit de manière à produire la plus grande dilatation possible de la cavité des narines, et à projeter la lumière dans la profondeur des fosses nasales.

Ce *speculum nasi* (fig. 152), dont je ne crains pas de recommander l'usage, parce que j'en ai suffisamment constaté aujourd'hui l'utilité réelle, se compose de deux valves, dont l'une, qui doit répondre à la cloison, est légèrement aplatie et fixe, tandis que l'autre valve, destinée à dilater la narine, est mobile et s'écarte à l'aide d'une pression exercée sur une

petite pédale A. L'écartement, produit au degré convenable, est maintenu à l'aide d'une vis B.

Rien de plus facile que l'application de cet instrument. On l'introduit fermé, la valve immobile répondant à la cloison, et on le pousse doucement jusqu'à la limite de la portion cartilagineuse et de la portion osseuse; puis, écartant la valve externe, on porte la dilatation aussi loin que possible.

Pour l'exploration, on peut se borner à placer le malade devant une fenêtre bien éclairée, de manière à faire tomber directement la lumière dans la cavité du spéculum; mais, le plus souvent, ce mode d'éclairage est insuffisant, et pour obtenir un avantage réel de l'emploi de l'instrument, il m'a paru à peu près indispensable de se servir de la lumière réfléchie. A cet effet, on peut user d'un miroir concave supporté par un manche que l'on tient à la main comme celui de l'ophthalmoscope mobile; toutefois je donne la préférence au miroir monté sur une armature que l'on fixe à une table, ou mieux encore au miroir à lunette.

La figure 153 représente le miroir à lunette dont je me sers habituellement, et la figure 154 peut donner l'idée de la position du chirurgien et du malade pendant l'exploration.

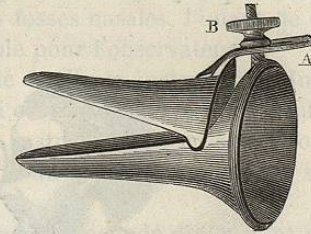


FIG. 152. — Speculu nasi.

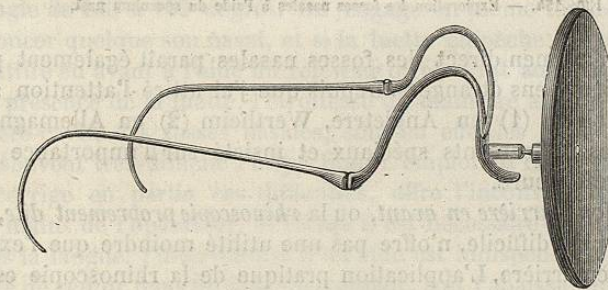


FIG. 153. — Miroir à lunette.

Ce mode d'éclairage, qui peut servir en même temps pour l'examen de l'oreille, du pharynx et du larynx, a de plus l'immense avantage de laisser libres les deux mains du chirurgien.

La rhinoscopie antérieure, suivant la méthode précédente, rend d'incertaines services, soit pour le diagnostic, soit pour la thérapeutique des maladies des fosses nasales. Dans tous les cas où il n'existe pas d'anomalie très-prononcée, elle permet l'examen direct d'une portion très-notable de ces cavités. En variant la direction du spéculum et l'incidence des rayons lumineux, on découvre successivement la cloison, les cornets

inférieur et moyen, et, suivant la largeur des fosses nasales, il est quelquefois possible de prolonger le regard à une très-grande profondeur. C'est ainsi que j'ai pu, dans certains cas favorables, apercevoir la paroi postérieure du pharynx.

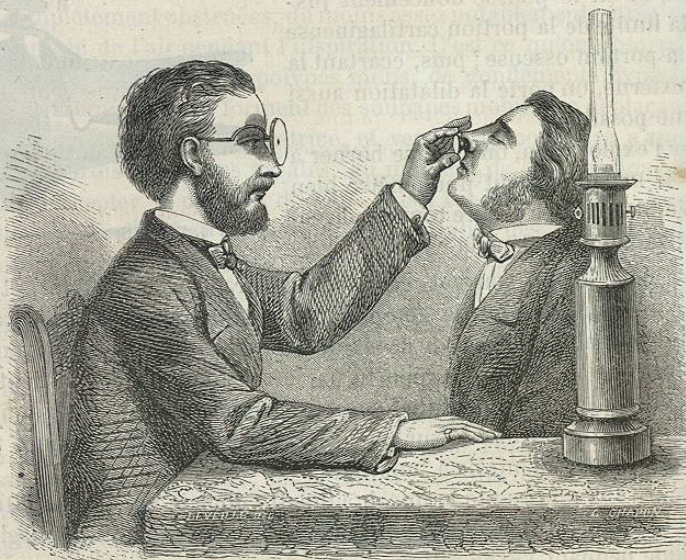


FIG. 154. — Exploration des fosses nasales à l'aide du speculum nasi.

D'ailleurs l'examen direct des fosses nasales paraît également préoccuper les chirurgiens étrangers. Depuis que j'ai attiré l'attention sur ce point, Thudichum (1) en Angletrre, Wertheim (2) en Allemagne, ont préconisé des instruments spéciaux et insisté sur l'importance de la rhinoscopie antérieure.

L'exploration d'arrière en avant, ou la rhinoscopie proprement dite, quoique souvent plus difficile, n'offre pas une utilité moindre que l'exploration d'avant en arrière. L'application pratique de la rhinoscopie est due au professeur Czermak (3). Depuis lors, Stoerk (4), Turk (5), Voltolini (6), Semeleder (7), ont perfectionné ce mode d'investigation.

(1) *On some new Methods of treating Diseases of the cavities of the Nose* (the Lancet Aug. et Sept. 1868).

(2) *Ueber ein Verfahren zum Zwecke der Besichtigung der vorderen und mittleren Drittheiles der Nasenhöhle* (Wiener mediz. Wochenschrift, 1869, nos 18, 19, 20).

(3) *Ueber die Inspection der cavum pharyngo-nasale* (Wien. med. Wochenschrift, 1859, no 32, et 1860, no 17).

(4) *Rhinoskopie* (Zeitschrift des Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1869, no 26).

(5) *Praktische Anleitung zur Laryngoskopie*. Wien, 1860.

(6) *Deutsche Klinik*, 1860, no 21, et 1861, no 42.

(7) *Die Rhinoskopie und ihr Werth für die aertzliche Praxis*. Leipzig, 1862.

Il nous est impossible d'entrer ici dans de longs détails sur la théorie et la pratique de la rhinoscopie. De même que la laryngoscopie, elle repose sur un seul principe, celui de la réflexion. Si l'on place un petit miroir à la partie postérieure de l'arrière-gorge, sous un angle tel que les rayons lumineux soient réfléchis vers les fosses nasales, l'image de ces parties formées sur le miroir devient visible pour l'observateur.

On peut pratiquer la rhinoscopie à l'aide de divers instruments. Indépendamment de l'appareil à éclairage, qui est le même que celui dont on se sert pour l'examen laryngoscopique, les instruments nécessaires sont : 1° un petit miroir; 2° un abaisse-langue; 3° un crochet palatin pour soulever la luette et la porter en avant.

Le miroir est semblable au miroir laryngien, mais de dimensions plus petites. Il est fixé à angle droit sur la tige; quelques auteurs cependant recommandent d'employer des rhinoscopes ayant un angle d'ouverture de 140 à 150 degrés.

L'abaisse-langue ne présente rien de particulier. Quant au crochet palatin, c'est une sorte de spatule, étroite à son extrémité, fixée à un manche, et qui s'élargit graduellement vers l'extrémité terminale courbée à angle droit. Ce crochet est souvent fenêtré.

Pour procéder à l'examen, le chirurgien, projetant un faisceau de lumière, soit directe, soit réfléchi, vers la partie inférieure de la gorge, déprime fortement la langue en bas et en avant, et porte le miroir contre la paroi postérieure du pharynx, son bord supérieur un peu au-dessus de la luette, de manière que la surface réfléchissante forme avec l'horizon un angle de 140 à 150 degrés. On engage en même temps le malade à prononcer quelque son nasal, et si la luette empêche la vue de l'image, on l'attire en avant à l'aide du releveur ou de tout autre instrument.

La présence de la luette, l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur de l'arrière-cavité des fosses nasales, sont en effet les conditions qui rendent souvent très-difficile l'inspection. L'emploi du releveur de la luette, qui corrige en partie ces difficultés, offre l'inconvénient d'exiger les deux mains de l'opérateur, et lorsqu'il est nécessaire d'abaisser en même temps la langue, l'intervention d'un aide est indispensable. Aussi a-t-on essayé de réunir dans un seul instrument, soit l'abaisse-langue et le miroir (Voltolini), soit le miroir et le releveur de la luette (Simerock, de New-York). J'ai moi-même tenté de combiner en même temps l'abaisse-langue, le miroir et le releveur de la luette. Mais à cet instrument trop compliqué je préfère le suivant, qui est beaucoup plus simple dans son mécanisme, et qui permet un examen convenable dans tous les cas où la rhinoscopie ne présente pas de difficultés insurmontables, soit à cause de la disposition anatomique des parties, soit à cause de la susceptibilité des malades.

Cet instrument, représenté dans la figure 155, se compose de deux longues branches coudées : l'une, fixe, se termine par un miroir A, dont l'inclinaison peut être modifiée à volonté; l'autre, agissant à l'aide d'un

double levier sur la première, fait mouvoir un anneau B, placé en avant du miroir et destiné à relever la lchette et le voile du palais.



FIG. 155. Rhinoscope.

Quel que soit le procédé dont on se soit servi pour pratiquer la rhinoscopie, il est rare que l'on puisse apercevoir d'un seul coup d'œil toute l'étendue des fosses nasales postérieures; il est donc indispensable, pour en prendre une idée complète, d'incliner successivement le miroir dans diverses directions. C'est en réunissant une série d'images obtenues dans plusieurs examens que l'on peut se représenter l'ensemble des fosses nasales postérieures d'après la figure 156.

Au milieu se voit la cloison des fosses nasales revêtue par une membrane muqueuse mince, qui laisse voir par transparence la couleur blanche de l'os sous-jacent. Le plus souvent cette cloison est inclinée à droite ou à gauche. Il est extrêmement rare qu'elle soit exactement verticale.

De chaque côté se détachent de la paroi externe, et s'avancent en dedans vers la cloison, les cornets moyens A, recouverts d'une muqueuse pâle

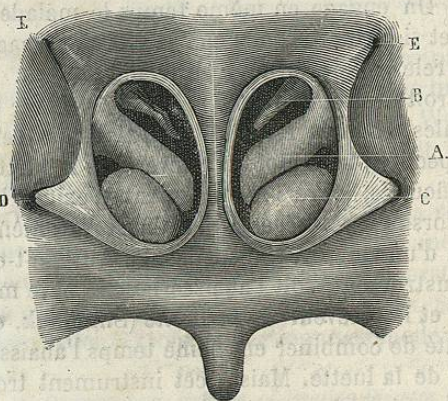


FIG. 156. — Image rhinoscopique de l'arrière-cavité des fosses nasales.

et se présentant sous l'apparence de deux tumeurs oblongues, que des observateurs inexpérimentés ont prises quelquefois pour des polypes. Les cornets supérieurs B sont à peine distincts, et lorsqu'on peut les découvrir, ils apparaissent sous la forme d'une saillie étroite, de forme triangulaire, dirigée en bas, en dedans et en arrière. Les cornets inférieurs C ressemblent à deux tumeurs arrondies, de couleur pâle, et font une saillie beaucoup moindre vers la cloison que les cornets moyens. Entre les cornets existent des espaces vides correspondant aux méats; les plus larges sont les méats supérieurs; les méats moyens sont seulement distincts vers la paroi externe des fosses nasales; enfin, les inférieurs se montrent sous l'apparence d'une étroite ligne noire.

De chaque côté des cornets inférieurs, sur un plan supérieur et posté-

rieur, se voit l'ouverture de la trompe d'Eustache D, qui apparaît comme une échancrure creusée dans une saillie d'une teinte jaunâtre. Au-dessus et en arrière de la trompe d'Eustache, au point de réunion des parois latérales, postérieure et supérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales, il existe une dépression E, qui a reçu le nom de *fossette de Rosenmüller*. Souvent, dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, la sonde va s'égarer dans cette fossette. Il n'est pas rare que les polypes naso-pharyngiens s'implantent à ce niveau. Enfin, au-dessous des fosses nasales postérieures, on voit la partie molle du palais et la lchette.

Indépendamment des notions fournies par le sens de la vue dans l'examen des fosses nasales, le toucher peut également donner des renseignements utiles pour le diagnostic. Ici encore on peut faire pénétrer le doigt ou les instruments explorateurs, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant. Une sonde, un stylet introduit dans la cavité du *speculum nasi* permet de reconnaître une portion d'os dénudée, de découvrir un corps étranger, de constater le point d'insertion d'un polype, etc. Le même mode d'exploration peut être pratiqué d'arrière en avant avec des résultats aussi avantageux; il est seulement nécessaire de se servir de stylets ou de sondes courbes. Le doigt, recourbé en crochet et porté derrière le voile du palais, permet souvent de reconnaître l'existence et le siège de tumeurs naso-pharyngiennes. D'ailleurs le toucher peut être avantageusement combiné avec l'inspection directe et contrôle souvent les résultats fournis par la vue.

Enfin, pour compléter l'examen de l'appareil olfactif, il est utile de rechercher l'état de la sensibilité propre à la pituitaire. Nous n'avons aucun moyen d'apprécier rigoureusement le degré d'acuité du sens de l'odorat, et nous devons nous en rapporter entièrement aux renseignements fournis par les malades, qui accusent une perception plus ou moins nette des odeurs ou qui ne les perçoivent pas du tout. Dans cette recherche, on doit seulement faire en sorte de ne pas confondre la sensibilité olfactive de la pituitaire avec la sensibilité tactile. Car, faute de cette distinction, on pourrait croire que certains individus perçoivent encore les odeurs, alors que le sens olfactif est entièrement aboli, et que la muqueuse a seulement conservé sa sensibilité tactile. C'est ainsi que des malades privés d'odorat sont vivement impressionnés par l'aspiration de vapeurs ammoniacales qui agissent uniquement comme irritant local.

I. — MALADIES DU NEZ.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU NEZ.

Les fractures des os propres du nez ayant été décrites dans une autre partie de cet ouvrage (t. II, p. 815), il ne nous reste à étudier ici que les plaies et les contusions.

1^o Plaies.

a. *Plaies par instruments piquants.* — Souvent limitées à la peau, n'offrant alors aucune gravité, ces plaies peuvent traverser toute l'épaisseur des parois du nez et pénétrer dans les cavités olfactives. Lorsqu'elles siègent à la racine de l'organe, elles se compliquent assez fréquemment d'un emphysème, surtout marqué aux paupières, l'air s'infiltrant dans le tissu cellulaire au moment où le malade se mouche. Enfin, si l'instrument vulnérant a été poussé avec force, et de bas en haut, il peut, après avoir perforé la charpente du nez, enfoncer la lame criblée de l'ethmoïde et pénétrer jusque dans la cavité crânienne. Cet accident rentre dans l'histoire des fractures du crâne et les plaies de l'encéphale.

b. *Plaies par instruments tranchants.* — Comme les précédentes, elles sont pénétrantes ou non pénétrantes. De ces dernières il n'y a rien à dire, sinon qu'on doit les réunir immédiatement. Quant aux plaies pénétrantes, elles offrent une foule de variétés, suivant qu'elles sont verticales ou transversales.

Les plaies verticales ne comprenant pas le bord libre de la narine ne présentent qu'un médiocre intérêt, et se cicatrisent ordinairement sans laisser de traces à leur suite, en raison du faible écartement qui se produit. Lorsqu'elles intéressent le bord libre de la narine, elles s'accompagnent d'écartement et produisent une fente difforme; quelquefois même, lorsque la section est curviligne, il peut en résulter un lambeau détachant une portion plus ou moins considérable de l'aile du nez.

Les plaies transversales bornées à un seul côté ne donnent lieu généralement qu'à un faible écartement. Celui-ci devient plus prononcé lorsque la section transversale passe d'un côté à l'autre. Si, par exemple, la sous-cloison est respectée, il en résulte un lambeau qui, ne tenant plus que par la partie moyenne, tend à retomber sur la lèvre. Il se peut encore que la section, portant plus profondément sur un côté que sur l'autre, comprenne une des ailes du nez, la cloison et la sous-cloison; d'où la formation d'un lambeau adhérent seulement par l'autre aile du nez. Enfin, il arrive quelquefois, à la suite de coups de sabre, de morsures, etc., qu'une portion du nez est complètement séparée du reste de l'organe.

Quelle que soit la forme de ces plaies, toutes les fois qu'il existe un certain degré d'écartement, on doit craindre de voir la cicatrisation des bords se faire isolément, et donner ainsi naissance à une difformité plus ou moins choquante. Celle-ci, comme on le conçoit, sera encore plus marquée dans les cas de séparation complète d'une portion du nez.

Le chirurgien devra donc faire tous ses efforts pour prévenir les difformités consécutives. Dans ce but, la réunion sera faite avec le plus grand soin au moyen de points de suture que l'on maintiendra en place jusqu'à cicatrisation complète.

Lorsqu'une portion plus ou moins considérable du nez a été complé-

tement séparée, on ne doit pas désespérer d'en obtenir la réunion, si l'on a soin de le rajuster aussi exactement que possible. Des faits assez nombreux prouvent que cette pratique a été quelquefois suivie de succès. Dans un récent mémoire, le docteur Bérenger-Féraud (1) a réuni soixante-cinq observations de division accidentelle du nez où la conservation a été tentée avec succès. Sur ces soixante-cinq observations, il y en a cinquante dans lesquelles la partie divisée tenait encore par un mince pédicule, et quinze dans lesquelles la séparation était tout à fait complète. Quoique, d'après certaines observations, la réunion semble avoir été obtenue après une heure et même cinq heures, il est évident que l'on aura d'autant plus de chances de réussir, que la réunion sera faite plus près du moment où la partie a été séparée du reste du corps.

c. *Plaies par instruments contondants.* — Qu'elles soient produites par des instruments contondants ordinaires ou par des projectiles lancés par la poudre, ces plaies n'offrent aucune particularité intéressante à noter tant qu'elles se bornent aux parties molles ou cartilagineuses. Elles tirent leur importance et leur gravité de la lésion des parties profondes. Il n'est pas rare en effet, dans les plaies par armes à feu, de voir le projectile frappant le nez d'avant en arrière, traverser cet organe, briser les os de la face et du crâne, et atteindre l'encéphale ou la moelle épinière.

2^o Contusions.

Les contusions simples de la portion cartilagineuse du nez, dont la peau est doublée d'un tissu cellulaire adhérent, ne s'accompagnent pas d'ecchymoses ni de bosses sanguines. A la racine du nez, au contraire, on observe fréquemment des épanchements sanguins ou des ecchymoses s'étendant aux paupières. Lorsque la contusion exercée en ce point est très-violente, il n'est pas rare de la voir suivie des symptômes de la commotion cérébrale et des autres accidents des plaies de la tête. On devrait se comporter, dans ces cas, comme nous l'avons dit à l'occasion des lésions traumatiques du crâne.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU NEZ.

I. — Lésions vitales et organiques des parties molles.

1^o Inflammations.

a. Nous ne parlerons pas de l'érysipèle, qui, bien que débutant fréquemment par le nez, reste rarement limité à la région et envahit plus ou moins rapidement le reste de la face.

(1) Des tentatives de conservation dans le cas de séparation presque complète de la langue (*Gaz. des hôpitaux*, 1870, nos 53, 56, 57, 58).