

cation des larves va désormais faire de rapides progrès. La face présente alors un aspect érysipélateux caractéristique : le front, les yeux, une partie des joues sont tuméfiés et rouges; les paupières, sous forme de deux bourrelets œdématiés, masquent complètement le globe de l'œil; des douleurs atroces retentissent dans toute la région; les malades les comparent à des tarières, à des coups de barre de fer appliqués sur le front; la fièvre est excessive et s'accompagne souvent de délire. A ce moment apparaît à la racine du nez un point ecchymotique, qui va s'élargissant, s'ulcère et donne issue à du pus en même temps qu'à des larves. Très-souvent on ne reconnaît la maladie que lorsqu'elle est arrivée à cette période, et il est bien difficile alors d'en enrayer les progrès. On voit l'ulcération gagner avec une rapidité prodigieuse les parties voisines, les os du nez se ramollir et s'éliminer, le tissu cellulaire de l'orbite, le globe de l'œil lui-même être rongé par les larves. Bientôt toute la région orbitaire ne présente plus qu'une horrible plaie au fond de laquelle s'agitent des centaines de vers; des douleurs atroces tourmentent incessamment le malade; enfin, la base du crâne est perforée, et une méningite ultime vient mettre fin à ces souffrances. La maladie en tout ne dure guère plus de quinze à dix-huit jours; parfois elle accomplit son évolution en une semaine.

La mort n'est pas la terminaison inévitable de cette affection. Lorsqu'on s'aperçoit à temps de la présence des larves, la guérison peut s'obtenir; mais elle est bien difficile lorsqu'on ne découvre la maladie qu'après la perforation des sinus : dans les cas les plus heureux, la nécrose des os nasaux et la perte plus ou moins complète de l'odorat en sont la conséquence.

TRAITEMENT. — Il est à la fois prophylactique et curatif. Bien qu'on ne puisse à coup sûr se préserver de cette affection dans les pays chauds, cependant il n'est pas douteux que la malpropreté et le manque de soins n'y prédisposent, et que très-rarement la maladie atteigne les gens soigneux de leur personne.

Lorsqu'on s'est aperçu de la présence des larves de mouches dans les fosses nasales, l'indication est d'agir vite et de tâcher de les détruire. De grands lavages au moyen d'un irrigateur sont insuffisants; car, s'ils entraînent mécaniquement une grande quantité de larves, ils en laissent toujours. Il faut y joindre les injections médicamenteuses. On a recommandé successivement les liquides chlorurés, alumineux, ou encore une solution de sublimé, à la dose de 0^{sr},05 pour 30 grammes d'eau. C'est le traitement que préconisent les médecins français à Cayenne. Dans les Indes, les Anglais donnent la préférence aux injections de tabac et de térébenthine associées à un traitement tonique. Au Pérou, on prescrit de priser de la poudre de *veratrum sabadilla*. Enfin, si malgré ces moyens le mal fait des progrès, il est absolument indiqué de trépaner les sinus frontaux et d'y pratiquer directement des injections médicamenteuses. De cette façon on établit une large communication entre les diverses cavités nasales, ce qui permet aux lavages d'exercer une action plus efficace.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES FOSSES NASALES.

§ I. Lésions inflammatoires des fosses nasales.

L'histoire du coryza aigu et de ses variétés appartient à la pathologie interne. Il n'en est pas de même de l'inflammation chronique de la muqueuse pituitaire, qui affecte des formes variées, et intéresse plus particulièrement le chirurgien. Après avoir décrit préalablement les *abcès de la cloison*, qui peuvent succéder à des phlegmasies aiguës ou chroniques, nous étudierons ensuite les principales formes de l'inflammation chronique des fosses nasales, telles que : le *coryza chronique simple*, l'*épaississement de la pituitaire*, le *catarrhe naso-pharyngien*, les *ulcères des fosses nasales*, le *coryza caséux*.

1^o Abcès de la cloison.

ÉTIOLOGIE. — Nous avons déjà parlé, à propos des bosses sanguines de la cloison, de la transformation des épanchements séro-sanguins en collections purulentes. D'autres fois les abcès de la cloison reconnaissent pour cause l'inflammation traumatique des parties molles aboutissant à la formation du pus sous la muqueuse. L'extension d'une phlegmasie du voisinage, d'un furoncle des narines, par exemple, la présence d'un corps étranger dans les fosses nasales, l'irritation causée par un coryza chronique, peuvent aussi devenir l'occasion d'abcès de la cloison.

Il en est de même de la nécrose des os du nez, soit scrofuleuse, soit syphilitique, soit traumatique, qui peut donner lieu à de vrais abcès ossifluents en décollant la muqueuse du septum.

Cette dernière variété d'abcès forme la transition à tout un ordre de collections purulentes qui se développent lentement, sans réaction générale, dans le cours de maladies virulentes et infectieuses. C'est ainsi que, sans parler des abcès sous-muqueux qui accompagnent souvent les ulcérations morveuses, on peut voir survenir des collections purulentes de la cloison dans presque toutes les grandes pyrexies, dans la variole, surtout dans la variole confluente et maligne, dans la rougeole, dans le décours de la fièvre typhoïde; bref, toutes les fois que des abcès multiples se déclarent sur divers points du corps.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Il y a lieu de conserver, au point de vue clinique, la distinction entre les abcès aigus (traumatiques ou spontanés), et les abcès chroniques (ossifluents ou métastatiques). Je prendrai pour type des abcès de la première classe celui qui se développe consécutivement aux traumatismes du nez.

C'est au moment où les signes généraux de ces traumatismes s'apaisent, où l'ecchymose orbitaire pâlit, que l'on voit se manifester les symptômes

de l'inflammation de la cloison. La muqueuse devient le siège d'une sensation de sécheresse et de chaleur inusitées; les douleurs, qui s'étaient d'abord apaisées, reviennent assez vives, tensives, sous forme d'élançements, s'exaspérant à la pression et surtout quand le malade vient à se moucher, s'accompagnant parfois d'un léger mouvement fébrile, de larmolement et de céphalalgie. Ce dernier symptôme est habituel toutes les fois que l'inflammation présente une certaine intensité.

A ce moment, si l'on explore la partie antérieure des fosses nasales, on voit, au-dessus de l'orifice des narines, une double saillie symétriquement placée de chaque côté de la cloison. Au devant s'étale la muqueuse, qui à ce niveau présente une surface lisse, d'un rouge vif, sèche et parfois enflammée elle-même. La tumeur proémine dans la cavité nasale : elle a habituellement une forme arrondie ou ovoïde; dans quelques cas, elle est assez volumineuse pour remplir toute la narine, en sorte qu'on peut se demander si elle ne prend pas son point de départ sur la paroi externe des fosses nasales. La plupart du temps il est aisé de reconnaître qu'elle émane de la cloison; le doigt ou le stylet peut la circonscrire en partie, sans pourtant déterminer exactement ses limites. On perçoit ordinairement une fluctuation assez nette; en déprimant brusquement la tumeur du côté de la cloison, le retour du liquide donne une sensation spéciale.

Le signe le plus caractéristique de ces abcès est l'existence à peu près constante d'une perforation de la cloison ou du cartilage qui lui fait suite. Il résulte de là que toute pression exercée d'un côté sur la tumeur se transmet directement de l'autre côté à travers la perforation, et détermine une augmentation de volume de la tumeur opposée. S'il existe en même temps une plaie du dos du nez, le pus reflue par l'orifice de la plaie.

Les circonstances qui préparent et amènent la perforation de la cloison sont mal connues. Qu'il s'agisse d'un travail ulcératif, ce n'est pas douteux, mais on ignore quels en sont le point de départ et le mécanisme. Ces perforations paraissent siéger le plus habituellement au point de jonction du cartilage de la cloison et du vomer; cependant on peut les voir ailleurs, et l'on n'a aucune donnée précise sur la fréquence relative de ces variétés anatomiques. On ne sait pas davantage si l'ulcération atteint d'abord le cartilage ou le tissu fibreux qui le relie à l'os, ni à quelle période de la maladie se produit cette perforation. Toujours est-il qu'elle est la règle, et qu'après l'ouverture de l'abcès on peut y introduire un stylet qui pénètre dans la narine opposée.

Les troubles fonctionnels que détermine la présence des abcès de la cloison sont des signes d'obstruction des fosses nasales. La respiration est gênée, parfois même impossible, le malade est obligé de dormir la bouche ouverte; la voix prend un timbre sourd et voilé. L'odorat est aussi fortement compromis, et conséquemment le goût s'émousse plus ou moins. Il est juste de dire que ces troubles des sens, de même que la déformation du nez, que l'on a fréquemment signalée, sont plutôt le fait du traumatisme antécédent que de l'abcès lui-même.

Le diagnostic de cette affection n'est presque jamais douteux. Le fait qu'elle succède à une contusion du nez suffit à éliminer tout d'abord les polypes muqueux, avec lesquels leur apparence pourrait les faire confondre. Le diagnostic est alors circonscrit entre un abcès de la cloison et une bosse sanguine. Il ne faudrait pas chercher dans les aspects extérieurs de ces deux sortes de tumeurs des caractères différentiels bien saillants. L'existence d'une saillie bilatérale, plus commune dans l'abcès, se rencontre aussi dans les collections sanguines; la perforation de la cloison a été vue également dans les deux cas, bien qu'elle soit plus commune dans les abcès. Il en est de même de la coloration de la muqueuse; cependant, plus habituellement dans les bosses sanguines, elle a une teinte ecchymotique qui manque dans le cas d'abcès simples. La fluctuation, dans les deux cas, donne plutôt une sensation de rénitence que de fluctuation franche. Le seul signe vraiment caractéristique est l'époque d'apparition de la tumeur par rapport au traumatisme qui lui a donné naissance. Tandis que les collections sanguines suivent de quelques heures la contusion du nez, les abcès surviennent plus tard, généralement au bout de deux ou trois semaines.

L'appareil symptomatique des abcès froids ou métastatiques de la cloison diffère un peu du précédent. Lents dans leur développement, ne s'accompagnant ni de déformation du nez, ni de rougeur de la muqueuse, survenant insidieusement, la plupart du temps sans douleur, les abcès froids distendent graduellement la muqueuse, et sont déjà le siège d'une fluctuation évidente presque avant que le malade ait pu soupçonner leur présence. Le seul symptôme qu'ils déterminent est une gêne progressive dans la région nasale, qui finit par inquiéter le malade et l'amène à consulter un chirurgien. On constate alors une tuméfaction indolente, quelquefois unilatérale (plus communément que dans les abcès chauds), habituellement bilatérale, empiétant sur la cavité nasale. La muqueuse présente, à ce niveau, tous les caractères de la muqueuse normale; elle est rosée, semi-transparente, parfois sillonnée par des capillaires variqueux. On perçoit avec la plus grande facilité la fluctuation, et, comme dans la variété précédente, on peut constater très-souvent qu'il existe une perforation de la cloison, signe important qui, dans l'immense majorité des cas, permet d'affirmer l'existence d'un abcès. C'est dans cette forme qu'on voit surtout des collections purulentes atteindre des dimensions assez considérables pour obstruer totalement l'une ou l'autre narine.

Si le diagnostic de l'abcès chaud de la cloison est facile, en revanche celui de l'abcès indolent peut donner lieu à de nombreuses erreurs. J. Cloquet a insisté le premier sur la possibilité de prendre ces tumeurs pour des polypes, surtout lorsqu'ils sont unilatéraux. L'aspect de la muqueuse, l'absence de tout symptôme inflammatoire, la fréquence du polype de cette région, entretiennent l'illusion. Cependant ces abcès siègent près de l'orifice antérieur des fosses nasales, les polypes en général plus haut.

La muqueuse est rosée au-devant de l'abcès; le polype apparaît sous forme d'une masse grisâtre, non vasculaire; de plus, il est pédiculé, et son point d'implantation occupe la paroi externe des fosses nasales, tandis que la base de l'abcès est large et se relie manifestement à la paroi interne. Il est évident que, dans le cas où la fluctuation se renvoie d'un côté à l'autre de la cloison, le diagnostic est fait. Cependant, même dans ces cas, il y a lieu de songer à la possibilité d'une cause d'erreur extrêmement rare, je veux parler du cancer de la cloison du nez. Dans un cas qui m'a été communiqué par H. Rendu, une tumeur existait des deux côtés de la cloison du nez; elle était molle, rénitente, d'une couleur blanc rosé. La pression donnait au doigt, dans la narine opposée, une sensation de fluctuation manifeste; cependant l'incision ne fit sortir aucun liquide. Il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde qui, en peu de temps envahit la totalité des fosses nasales et emporta le malade.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la déviation congénitale de la cloison du nez, qui peut, dans certains cas, simuler un abcès. Il suffit d'un peu d'attention de la part du chirurgien pour éviter une pareille méprise. L'exploration au moyen du doigt et du stylet, en faisant constater l'asymétrie des deux narines, rétablira le diagnostic.

Une fois la présence d'une collection purulente reconnue, il restera à en préciser la cause. On devra rechercher, avant tout, s'il existe chez le malade des antécédents de scrofule ou de syphilis; un coryza chronique, une affection des sinus frontaux, comme dans une observation de Maisonneuve (1), peuvent être l'origine du mal. C'est dire que l'examen attentif des commémoratifs et de l'état général devra servir de base au diagnostic.

PRONOSTIC. — Il est en général bénin. Dans les cas d'abcès chauds, il est plus favorable, parce qu'une fois le pus évacué, la cicatrisation s'opère rapidement. La persistance de la déformation du nez tient au traumatisme et n'est pas la conséquence de l'abcès.

Pour les collections symptomatiques, au contraire, le pronostic, même local, doit être réservé; il n'est pas rare de voir une exfoliation des os du nez se produire et entretenir une suppuration lente et fétide de la muqueuse. De plus, dans certaines fièvres typhoïdes, dans le rhumatisme, Roger et Charcot ont eu l'occasion d'observer des perforations définitives de la cloison, et à leur suite un nasonnement persistant de la voix.

Malgré le voisinage de la lame criblée de l'ethmoïde, jamais on n'a vu les abcès de la cloison déterminer des accidents de méningite par propagation.

TRAITEMENT. — Quelle que soit la variété d'abcès à laquelle on ait affaire, le traitement est toujours le même. Du moment qu'on a la certitude de la présence du pus, il faut évacuer le plus vite possible par une incision. La largeur de la perforation, l'écoulement plus ou moins facile du pus

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1841, p. 59.

indiqueront s'il y a lieu de faire une contre-ponction du côté opposé. Lorsqu'il s'agit d'un abcès chaud, en général une seule incision suffit: la muqueuse se réapplique sur la cloison et le pus ne se reproduit pas. Il n'en est pas de même des abcès chroniques. La persistance de l'inflammation a modifié les conditions anatomiques de la muqueuse, qui est épaissie et indurée, bien qu'avant l'opération elle paraisse normale. Il en résulte que le pus a de la tendance à se reproduire, surtout s'il est entretenu par une cause persistante, un séquestre, par exemple. Dans ces cas, il faut maintenir l'ouverture de la muqueuse, non pas avec de la charpie sèche, qui détermine une inflammation aiguë fort inutile, mais au moyen d'un fil de soie ou d'argent qui fait l'office de séton capillaire. Il est souvent utile d'y joindre l'emploi d'injections émollientes d'abord, puis astringentes et antiputrides, telles qu'une solution étendue de coaltar ou d'acide phénique, pour empêcher l'altération du pus et la production de l'ozène.

Inutile de dire que, s'il existe quelque affection constitutionnelle, comme la scrofule et la syphilis, qui entretienne la suppuration, c'est à l'état général qu'il faudra s'adresser par une médication appropriée. L'ablation d'un fragment d'os malade suffira, dans certains cas, pour débarrasser le malade d'une suppuration rebelle jusque-là à toute espèce de traitement.

2° Coryza chronique simple.

La maladie que je décris sous ce nom est une inflammation de la muqueuse pituitaire, à marche essentiellement lente, chronique et persistante, ne s'accompagnant d'aucune lésion profonde de la membrane qui tapisse les fosses nasales, et se caractérisant principalement par des troubles fonctionnels, tels que l'augmentation ou la diminution de la sécrétion normale, l'altération des produits sécrétés, la gêne de la respiration, la diminution ou la perte du sens de l'odorat.

Le coryza chronique simple s'observe à tous les âges, mais principalement dans l'enfance et l'adolescence. Il m'a semblé que certains vices de conformation des fosses nasales, et en particulier l'étroitesse congénitale de ces cavités, prédisposaient les sujets à l'inflammation chronique de la pituitaire, comme si l'air, trouvant un obstacle dans son passage à travers les fosses nasales, devenait une cause d'irritation pour la muqueuse. Le coryza chronique simple reconnaît souvent pour cause l'action directe de substances excitantes, et principalement du tabac en poudre; aussi l'observe-t-on fréquemment chez les priseurs.

Cependant, dans l'immense majorité des cas, le coryza chronique simple se développe sous l'influence des causes générales, et parmi celles-ci la scrofule tient le premier rang, surtout chez les jeunes gens. A un âge plus avancé, j'ai cru pouvoir rattacher souvent aux diathèses arthritique et dartreuse l'origine du coryza chronique. Enfin, quelquefois on peut voir une inflammation chronique simple précéder de longtemps le coryza ulcéreux.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le coryza chronique simple peut affecter les deux fosses nasales à la fois, ou seulement l'une d'elles. Dans l'un ou l'autre cas, on doit admettre deux formes principales de la maladie : le *coryza humide* et le *coryza sec*.

Le coryza humide (*catarrhe nasal*), plus fréquent chez les sujets jeunes, succède quelquefois à un coryza aigu; mais, le plus souvent, il s'établit d'emblée, ou du moins il est rare que l'on puisse remonter exactement à l'époque du début. Les malades se plaignent d'une sécrétion nasale exagérée; les produits sécrétés sont en outre épaissis, quelquefois adhérents et difficiles à détacher; leur couleur est habituellement d'un blanc jaunâtre; quelquefois verdâtre, rarement ils sont mélangés de sang. Il arrive souvent que ces matières, en se concrétant dans l'intérieur des fosses nasales, forment des croûtes molles, épaisses, adhérentes, jaunâtres ou jaunes verdâtres, qui, lorsqu'elles sont expulsées, exhalent une odeur fétide.

Si l'on examine l'intérieur des cavités nasales suivant les procédés que j'ai indiqués, après avoir préalablement enlevé par un lavage ou à l'aide d'un pinceau les matières sécrétées, on voit la muqueuse de la cloison, mais surtout celle qui recouvre les cornets, légèrement épaissie, granuleuse et comme villeuse et d'une coloration rouge violacée uniforme. Quelquefois cette rougeur se remarque seulement par places, et l'on observe çà et là des portions de la membrane qui paraissent entièrement saines. Il est impossible, quelque soin que l'on apporte à cet examen, de découvrir aucune ulcération.

Dans quelques cas, cependant, j'ai vu de petites érosions très-superficielles, siégeant probablement à l'embouchure des glandes, et il est supposable que s'il était possible d'examiner les replis de la muqueuse qui entoure les cornets et les méats, on y trouverait des érosions semblables.

La forme sèche du coryza chronique, plus commune chez les adultes, se caractérise par une absence presque complète de toute sécrétion nasale. Les malades se plaignent d'une sécheresse absolue, et n'ont pour ainsi dire jamais besoin de faire usage du mouchoir. Lorsqu'on examine les fosses nasales, on trouve à peine quelques petites croûtes sèches, fortement adhérentes; la muqueuse présente un aspect terne et une coloration d'un rouge sombre.

Quelle que soit la forme à laquelle on a affaire, la maladie s'accompagne toujours de troubles fonctionnels. Ainsi, la respiration nasale est plus ou moins gênée, ou du moins les malades accusent un certain degré d'enchi-frènement. Ce symptôme est surtout très-marqué dans la formule humide de la maladie. Chez les enfants, principalement, la gêne de la respiration nasale détermine l'ouverture habituelle de la bouche, ce qui donne au visage une expression particulière. La voix présente en outre presque constamment un timbre nasonné.

Il n'est pas rare que l'haleine des individus atteints du coryza chronique soit plus ou moins fétide. C'est là une variété d'*ozène*, nom sous lequel on

a confondu toutes les maladies caractérisées par la mauvaise odeur de l'air expiré par les fosses nasales.

Le sens de l'odorat peut être altéré; dans quelques cas, il est même entièrement aboli.

Enfin, indépendamment de la sensation pénible, le plus souvent mal définie, que les malades accusent dans l'intérieur des fosses nasales, on en voit quelquefois qui se plaignent de douleurs de tête persistantes, siégeant principalement à la région frontale et semblant indiquer que la maladie existe aussi dans l'intérieur des sinus frontaux. Ce symptôme était très-fortement accusé chez un jeune homme affecté de catarrhe nasal fort ancien, et s'accompagnait d'une tendance au sommeil souvent invincible. Ces accidents disparurent complètement sous l'influence du traitement qui amena la guérison du catarrhe nasal.

DIAGNOSTIC. — Le coryza chronique simple ne peut être reconnu qu'après l'examen direct des fosses nasales, qui permet de s'assurer qu'il n'existe aucune lésion profonde de la muqueuse. Cependant on peut toujours, même après un examen négatif, conserver quelques doutes relativement à l'existence d'ulcérations siégeant au-dessous des cornets, c'est-à-dire dans des points où l'exploration est possible. Je dois dire toutefois que, d'après mon expérience personnelle, les ulcérations des fosses nasales se développent presque constamment à la surface extérieure des cornets et sur la cloison, en sorte que si l'examen direct ne permet pas d'en découvrir sur ces points, on peut presque affirmer qu'il n'en-existe pas ailleurs.

PRONOSTIC. — D'une manière générale, le coryza chronique simple est une affection de longue durée, difficile à guérir, et qui résiste même quelquefois à tous les traitements. Il constitue souvent une simple incommodité pour les malades; mais parfois aussi il acquiert une certaine gravité par les douleurs qu'il détermine, par la gêne de la respiration, par la fétidité de l'haleine. Enfin, et j'insisterai plus tard sur ce sujet, un grand nombre d'affections de l'oreille, certaines inflammations du sac lacrymal et de la conjonctive, peuvent reconnaître pour cause l'existence de cette forme de coryza.

TRAITEMENT. — Lorsque la maladie est évidemment sous la dépendance d'une diathèse, le traitement général prend une grande importance. C'est ce qui a lieu principalement dans le catarrhe nasal, si commun chez les scrofuleux. L'huile de foie de morue, les préparations iodées, le fer, les sulfureux, sont alors indiqués.

Mais c'est surtout dans le traitement local que l'on devra mettre la plus grande confiance. Il comprend différents moyens : les *insufflations de poudres médicamenteuses*, les *fumigations*, les *inhalations de liquides pulvérisés*, les *injections* et les *douches*.

Les *poudres*, préconisées par quelques auteurs, m'ont paru rarement produire des résultats avantageux. Elles sont le plus souvent irritantes, et, dans la forme humide du coryza chronique, elles sont manifestement plus nuisibles qu'utiles. Les poudres les plus usitées sont celles d'alun,

de borax, de tannin, de calomel, de bismuth, etc. Leur emploi doit être réservé pour le traitement du coryza sec, dans lequel elles rendent quelquefois des services.

Les *fumigations* conviennent également dans l'une et l'autre forme de coryza chronique, mais surtout dans la forme sèche. Elles consistent, comme on le sait, à diriger dans l'intérieur des fosses nasales, à l'aide d'un entonnoir de verre ou de métal, un jet de vapeur d'eau chaude, dans laquelle on peut faire infuser des plantes émollientes, narcotiques ou légèrement excitantes. On peut encore ajouter à l'eau des substances résineuses, comme le benjoin, le goudron, ou même une certaine quantité de teinture d'iode.

Pour rendre plus efficace ce mode de traitement, je conseille de ne pas se borner à aspirer la vapeur chaude, mais de faire usage d'un appareil spécial à l'aide duquel la vapeur est projetée avec force au fur et à mesure qu'elle se dégage, dans l'intérieur des fosses nasales.

Nous rapprocherons des fumigations les *inhalations par le nez de liquides pulvérisés* (eau de goudron, eaux sulfureuses, solutions astringentes ou caustiques). Quoiqu'il ne soit pas aussi facile que pour la gorge de faire pénétrer profondément dans les fosses nasales les liquides pulvérisés, on y parvient encore à l'aide de quelques appareils récemment imaginés, dans lesquels le liquide est pulvérisé à l'extrémité d'un tube que l'on introduit dans le nez à une profondeur variable.

Enfin, les *injections*, ou mieux les *douches nasales*, constituent le meilleur mode de traitement du coryza chronique, à la condition toutefois que ces injections ou ces douches soient pratiquées d'une certaine façon. On se borne, en effet, le plus souvent à prescrire des injections nasales, à l'aide d'une seringue plus ou moins volumineuse, et sans donner aucune indication sur le *modus faciendi*. Aussi, la plupart du temps, n'obtient-on de ce moyen qu'un résultat presque insignifiant. Il n'en est pas de même de la douche naso-pharyngienne, pratiquée selon la méthode du professeur Théod. Weber (de Halle), adoptée généralement en Allemagne (1) et en Angleterre (2), et que je considère comme un progrès réel dans la thérapeutique des affections des fosses nasales.

La douche naso-pharyngienne de Weber repose sur ce fait physiologique établi depuis 1847 par E. H. Weber (3), que, lorsqu'une des cavités nasales est exactement remplie avec un liquide introduit par la narine au moyen d'une pression hydrostatique, tandis que le sujet en expérience respire par la bouche, le voile du palais ferme complètement l'arrière-cavité des fosses nasales, en sorte que le liquide ne pénètre nullement dans le pharynx, mais passe aisément dans l'autre cavité nasale et s'échappe à travers l'autre narine, après avoir été ainsi en contact avec la presque

(1) Von Trötsch, *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*. Würzburg, 1867, p. 278, 3^e édit.

(2) Thudichum, *On a new mode of treating Diseases of the Cavity of the Nose* (*the Lancet*, 1864, t. II, p. 599).

(3) *Muller's Archiv*, 1847, p. 351-354.

totalité des fosses nasales. On a imaginé, pour administrer la douche naso-pharyngienne, divers appareils. L'irrigateur ordinaire, de la contenance d'un litre, me paraît pouvoir les remplacer à peu près tous. Il faut seulement avoir soin de terminer le tube de dégagement par un embout de corne ou de caoutchouc, de forme olivaire, qui remplisse exactement la narine. Cet embout doit être introduit de 1 à 2 centimètres et dans une direction bien horizontale, car, sans cette précaution, il est fréquent de voir les malades se plaindre d'une céphalalgie frontale assez violente. Enfin on doit encore recommander de maintenir la tête droite ou légèrement renversée en arrière.

Par ce procédé on peut faire de simples lavages avec de l'eau tiède, ou faire usage de liquides médicamenteux. Weber a recommandé de ne jamais employer l'eau pure, qui fait gonfler l'épithélium, mais d'y ajouter une certaine proportion de sel marin. Quant aux injections médicamenteuses, elles peuvent être astringentes (alun, tannin, sulfate de zinc, acétate de plomb), caustiques (nitrate d'argent, sublimé, chlorure de calcium), désinfectantes (permanganate de potasse, acide phénique); enfin on se sert quelquefois avec grand avantage, pour les douches naso-pharyngiennes, des eaux minérales sulfureuses, naturelles ou artificielles.

3^e Épaississement de la pituitaire.

Cette affection, qui paraît fort commune chez certaines espèces animales, le cheval, par exemple, n'a encore été l'objet chez l'homme d'aucune description spéciale. Bien qu'on l'observe quelquefois chez l'adulte, elle paraît se développer de préférence chez les enfants, et la plupart du temps succède à un coryza chronique, qui lui-même est le plus souvent une manifestation de la scrofule.

L'hypertrophie peut être générale ou partielle. Dans ce dernier cas, elle affecte un siège spécial et occupe la portion de muqueuse située en arrière et en dessous du cornet inférieur. Faut-il voir dans cette localisation l'effet de la rétention dans les replis du cornet de produits inflammatoires, ou bien doit-on attribuer à une différence de structure de la muqueuse cette prédisposition spéciale? C'est ce qu'on ne peut dire dans l'état actuel de la science.

Les mêmes incertitudes règnent au sujet de l'anatomie pathologique de cette affection. A l'œil nu, la membrane est rougeâtre, épaissie, parfois tomenteuse et villose; elle est généralement très-vasculaire. Au microscope, on trouve une hypergénèse, et souvent aussi une hypertrophie des éléments normaux de la muqueuse. Dans un cas que m'a communiqué H. Rendu, et qui a été observé en 1867 dans le service du professeur Richet, l'examen histologique montra surtout un développement exagéré du système glandulaire; de nombreuses couches d'épithélium vibratile recouvraient le chorion hypertrophié.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les symptômes de l'épaississement