

La chorée chronique est le plus souvent bilatérale, parfois aussi uni-latérale ou prédominante d'un côté; plus rarement paraplégique. Les grands mouvements sont tardifs, provoqués par la station, la marche, les émotions.

Durée. — La chorée chronique dure 20, 30, 40 ans; elle est incurable: la mort peut résulter de son extension aux muscles respirateurs et au pharynx (asphyxie par le bol alimentaire).

Diagnostic. — On se gardera de confondre la chorée chronique avec: l'*athétose double* (début dans l'enfance, accompagnée de contracture, de démarche spasmodique), la *chorée symptomatique* de lésions cérébrales en foyers, précédée d'un ictus et d'une hémiplégié, et surtout les *chorées pré-hémiplégiques*; avec: les *tremblements*, mouvements rythmiques; la *maladie de Friedreich*, affection de l'enfance; le *paramyoclonus multiplex* caractérisé par des mouvements en décharges intermittentes que réveillent certaines excitations périphériques; et avec les *tics convulsifs* qui miment des gestes quasi intentionnels (cligner, renifler), échappent moins à la volonté et s'accompagnent d'exclamations et de coprolalie.

La *chorée de Sydenham* prolongée ou récidivante diffère de la chorée chronique par son début dans l'enfance et par l'influence toujours exaspérante de la volonté sur les mouvements.

VII. — FAUSSES CHORÉES

Chorées électriques. — Cette variété se caractérise par des contractions musculaires cloniques rappelant celles que provoque le choc électrique. Elle comprend plusieurs formes.

Chorée de Dubini. — Elle consiste en attaques convulsives suivies d'état parétique. Les convulsions, d'abord partielles (monoplégiques), se généralisent en plusieurs semaines, procédant, ainsi que la parésie, par crises intermittentes. La chorée de Dubini aboutit en quatre à cinq mois au coma apoplectique mortel; elle tient probablement à une lésion cérébrale encore mal précisée.

Chorée de Bergeron. — Elle débute de six à douze ans, brusquement, par des secousses soit partielles (épaule, cou, face, bras, tronc), soit diffuses (spasmes saltatoires) pouvant gagner le diaphragme, peut-être même le larynx (bruits expiratoires), suspendues par le sommeil, la compression de certains nerfs moteurs (nerf facial), exaspérées par la volonté. Cette affection guérit toujours, et brusquement, parfois à la suite d'un vomitif (en cas d'embarras gastrique) ou d'un vermifuge (si elle est provoquée par des lombrics).

Paramyoclonus multiplex. — Les accidents ont un début brusque ou lent; ils consistent en convulsions cloniques soudaines, sans déplacements, frappant, à intervalles rapprochés, mais variables, des groupes musculaires asymétriques, dans les membres supérieurs, plus souvent que dans les inférieurs, très rarement à la face. Les convulsions sont suspendues par le sommeil, atténuées par la station debout, exagérées par le décubitus. Il n'existe ni atrophie musculaire, ni troubles électriques. La sensibilité, l'intelligence

sont intactes. La guérison est constante, mais les récurrences sont communes. La maladie, favorisée par les émotions morales, l'hérédité névropathique, est plus fréquente chez l'homme mûr.

Chorée variable. — Cette forme constitue un cas particulier de la dégénérescence mentale. Elle débute à la façon d'une chorée franche ou d'un tic, consistant en un *mouvement anormal* survenant brusquement pour cesser de même et reparaitre plus ou moins vite, toujours associé à des *troubles psychiques fixes* (stigmates de dégénérescence), susceptibles d'aboutir à la démence. La durée est indéterminée, plutôt longue.

VIII. — MALADIE DES TICS CONVULSIFS

Le tic est un mouvement convulsif familial, involontaire et conscient, reproduisant intempestivement un geste automatique de la vie courante.

Sièges. — La *face* est sujette à de nombreux tics: clignement, mordillement, entre-bâillement des lèvres, moue, reniflement, bâillement, propulsion ou circumduction de la langue.

Le *cou* peut présenter: des contractions du trapèze ou du sterno-mastoïdien; des gestes de dénégation, de provocation, d'affirmation ou de moquerie; des haussements d'épaule.

Le *membre supérieur* ébauche des gestes de friction (main, bras); passe la main sur la tête, dans la barbe.

Le tic des *membres inférieurs* peut consister dans l'acte de se lever, de faire quelques pas.

On distingue des accès et des repos; parfois des séries d'accès.

Le claquement des lèvres ou de la langue, le reniflement bruyant, le *hempharyngé*, des exclamations diverses, la prononciation de petites phrases, la *coprolalie*, l'*écholalie* ou répétition automatique des dernières syllabes entendues, constituent autant de formes de tics.

Le tic implique: la prédisposition héréditaire, parfois la suggestion ou l'imitation; la suspension volontaire momentanée possible, mais non sans angoisse, et des *troubles psychiques concomitants*, tels que: claustrophobie, agoraphobie, idées fixes, crises de colère.

Évolution. — Les tics, compatibles avec un état général excellent, sont atténués par une santé florissante, les satisfactions morales, le sommeil, certaines affections fébriles; exagérés par les émotions déprimantes et les chagrins. Héréditaire et transmissible, la maladie est incurable, compliquée parfois d'obsessions ou d'idées fixes. Le tic, plus commun chez l'homme, débute de six à douze ans, éveillé quelquefois par une affection locale: *conjonctivite* (clignement), *coryza* (reniflement) ou *rhinopharyngite*.

Diagnostic. — Les tics doivent être différenciés: des *mouvements inconscients*, acquis par habitude vicieuse, chez des sujets normaux, et curables par la volonté attentive; du *paramyoclonus multiplex* (rare, épargnant la face); de la *chorée de Dubini*, dont les convulsions s'accompagnent de paralysie et

d'un état général grave; de la *chorée de Bergeron*, dont les spasmes rythmiques des membres et de la face sont rapidement curables; de la *chorée rythmée*, dont les secousses laryngées et les exclamations prêtent davantage à confusion, mais qui se distingue par ses intermittences, les stigmates hystériques et les attaques qui l'accompagnent. Le diagnostic avec la *chorée de Sydenham*, à son début ou à son déclin, et avec certaines *chorées chroniques*, peut aussi offrir de sérieuses difficultés. Le tableau suivant en résume les éléments :

Maladie des tics.	Chorée.
Mouvement à forme intentionnelle toujours semblable à lui-même.	Mouvement incoordonné, variable.
Mouvement rythmé, bref, brusque, suspendu par la volonté.	Mouvement rythmique lent, n'obéit pas à la volonté.
Force et réflexes intacts.	Amyosthénie, troubles des réflexes.
Sensibilité intacte.	Points douloureux.
Dégénérescence héréditaire.	Névropathie héréditaire.
Hérédité souvent similaire.	Hérédité similaire rare.

IX. — TÉTANIE

La tétanie est caractérisée par des spasmes douloureux des extrémités, se produisant par crises intermittentes.

Prodromes. — Le malade commence par éprouver des picotements et des fourmillements dans les doigts et les orteils, puis, de la gêne dans les mouvements, quelquefois des soubresauts musculaires ou des battements rapides et imperceptibles des paupières; bien plus rarement, du mal de tête, de l'anxiété, un léger train de fièvre accompagnés d'amblyopie et d'inégalité pupillaire.

Contractures. — Elles frappent spécialement les extrémités, les mains; quelquefois le visage, le tronc; plus rarement les muscles respirateurs, la vessie.

Membre supérieur. — La *main*, la paume excavée, les doigts allongés et serrés les uns contre les autres en forme de cône, a été comparée à celle de l'accoucheur. On observe aussi la flexion forcée des doigts dans la paume que blessent quelquefois les ongles, exposés eux-mêmes à tomber; on peut voir également des escarres se former à l'extrémité des doigts. L'extension des doigts écartés (sauf le pouce, fléchi) est plus rare. En outre, le poignet et la main sont souvent fléchis à angle droit sur l'avant-bras.

Si la contracture s'étend, le coude est fléchi à angle droit ou aigu, le bras est accolé au thorax. La crise ne laisse subsister aucun mouvement volontaire, sauf parfois quelques mouvements des doigts. Le redressement provoqué de la main, toujours momentané, tantôt exaspère, tantôt soulage la douleur.

Membres inférieurs. — En même temps ou à peu près, mais presque jamais isolément, les orteils se fléchissent vers la plante, excavée avec cambrure du dos du pied; le gros orteil se place souvent sous le second orteil; la

contracture des muscles du mollet relève le talon en varus équin. Les jambes et les cuisses sont généralement en extension.

Face. — La figure est grimaçante, le menton plissé (spasme des petits muscles du menton); on constate du trismus et, parfois, sous les paupières demi-closes, du strabisme convergent. La parole et la déglutition sont troublées par le spasme lingual et pharyngé.

Tronc, cou, abdomen. — Ces régions ne sont atteintes que dans les formes sévères. On observe alors: soit l'*opisthotonos*; soit le *spasme du diaphragme, des muscles laryngés* chez l'enfant, et même des *muscles thoraciques*, dont l'association immobilise le thorax en inspiration forcée et peut entraîner l'*asphyxie*; la face est alors congestionnée, les yeux sont injectés, les lèvres violacées et une suffocation mortelle peut résulter de l'*œdème congestif des poumons*. Les crises moins graves se terminent par une longue expiration. La *dysurie*, la *constipation* constatées quelquefois ont été attribuées au spasme des sphincters.

Sauf un peu de maladresse et de tendance aux crampes, les mouvements sont absolument libres entre les crises.

Troubles sensitifs. — Nuls dans les formes très légères, les troubles sensitifs consistent, dans les autres, en fourmillements et en picotements des extrémités, avant et pendant la crise, se transformant, dans les formes sévères, en douleurs très vives, arrachant des cris: piqûres d'épingles au bout des doigts et des orteils, crampes et élancements fulgurants accompagnés souvent d'œdème des extrémités.

On constate tantôt l'hyperesthésie, tantôt l'hypo-esthésie de l'extrémité des doigts et des orteils.

Troubles sensoriels. — Les sens sont généralement indemnes. On a noté pourtant: l'inégalité pupillaire et la mydriase transitoires, la contracture passagère des muscles moteurs de l'œil.

Signes spéciaux. — 1° **Signe de Trousseau.** — La ligature du membre (le supérieur surtout), par la bande d'Esmarch, ou la compression (parfois très douloureuse) du faisceau vasculo-nerveux, sous la clavicule ou en dedans du biceps, provoque la contracture en quelques secondes ou deux à trois minutes. Du reste, le même phénomène succéderait à la compression des apophyses épineuses ou à toute excitation nerveuse un peu forte.

2° **Signe de Chvostek.** — Ce signe consiste dans l'*hyperexcitabilité mécanique des nerfs moteurs* facile à vérifier sur le facial (*signe de Weiss*), qui, percuté, sous l'apophyse zygomatique, avec un marteau, ou, dans les formes intenses, simplement frôlé du doigt, réagit par des secousses brusques au niveau de la commissure labiale et de l'aile du nez. Ce signe n'est pas constant et se rencontre également dans l'épilepsie, l'hypnose et les paralysies faciales graves. L'excitabilité propre des muscles est accrue aussi, mais c'est là un phénomène banal.

3° **Signe d'Erb.** — Ce signe consiste dans l'*augmentation de l'excitabilité électro-galvanique des nerfs moteurs*. Pour le constater, on place l'électrode positive sur le rachis ou le sternum, et l'électrode négative sur le trajet du

nerf à explorer, et on détermine (avec une pile à nombre variable d'éléments, et un galvanomètre) l'intensité minima nécessaire pour produire la contraction de fermeture (cette intensité, de 3 à 4 milli-ampères, à l'état normal, tombe, en cas de tétanie, pendant ou après la crise, à 1 ou 2 milli-ampères seulement). On note fréquemment aussi l'hyperexcitabilité faradique des nerfs (explorée avec l'appareil à chariot).

État psychique. — L'intelligence est généralement intacte. On note, tout au plus, le changement du caractère, une excitation légère ou du vertige. On a signalé rarement de la confusion mentale et des hallucinations.

Réflexes. — Les réflexes sont généralement normaux.

Troubles vaso-moteurs. — La face et les extrémités sont souvent rouges pendant les crises; on constate pendant, et surtout après, un œdème passager péri-articulaire ou facial et des sueurs profuses. On a signalé l'herpès et l'urticaire.

Troubles trophiques. — La chute des ongles, des atrophies musculaires succèdent quelquefois aux attaques.

Symptômes généraux. — **Fièvre.** — La fièvre est inconstante, l'état du pouls est en rapport avec la température.

Respiration. — La respiration est, comme le cœur, accélérée dans les grandes crises; modifiée dans les cas graves par le spasme des muscles respiratoires, du diaphragme et de la glotte, ou par l'œdème aigu du poumon.

Urines. — Une légère *dysurie* s'observe quelquefois (spasmes du sphincter?); ailleurs, de la *polyurie* survient pendant les crises. L'*albuminurie*, rare, concerne surtout les femmes enceintes; on a trouvé de l'*acétone* et de l'*indican* chez les enfants dyspeptiques.

Digestions. — Elles sont habituellement normales. L'état général est même excellent chez les sujets atteints de tétanie dite essentielle.

Convulsions. — **Épilepsie.** — L'épilepsie est assez souvent associée à la tétanie, mais fortuitement. Elle complique surtout la tétanie strumiprive.

Évolution. — **Formes.** — **Forme essentielle.** — La forme essentielle est le plus souvent bénigne. Les accès durent de quelques minutes à plusieurs heures; on constate, dans l'intervalle, le signe de Trousseau. L'attaque ou la série d'accès dure 4 à 15 jours. Des récidives se produisent chaque hiver.

Tétanie gravidique. — Elle cesse avec le terme de la grossesse; parfois même au 6^e ou 7^e mois; les crises en sont longues, douloureuses, les contractures étendues. La *tétanie post-partum* peut être mortelle.

Tétanie des nourrices. — Les accès en sont courts, brusques, récidivants. La guérison est constante.

Tétanie provoquée par une infection. — Ces crises se déclarent lors des prodromes ou de la convalescence d'une grippe, d'une fièvre typhoïde ou d'une éruption. Elles sont en général modérées, éphémères, ne récidivent pas et n'aggravent pas le pronostic.

Tétanie compliquant la diarrhée chronique. — Cette forme est peu grave, mais récidive d'une façon désespérante, même dans la saison chaude

(*tétanie dite chronique*). On constate les stigmates permanents dans l'intervalle des attaques.

Tétanie gastrique. — Elle complique la grande ectasie gastrique; quelquefois légère et fugace, elle est plus habituellement grave; les contractures, très violentes et diffuses, frappent l'appareil respiratoire et peuvent tuer en quelques heures ou 2 à 3 jours. Cette forme peut encore se traduire par des attaques convulsives, du délire, de l'agitation, de la dyspnée et de la tachycardie, susceptibles d'aboutir à un coma progressif et terminal.

Tétanie strumiprive. — On l'observe soit après la thyroïdectomie, soit au cours du myxœdème acquis. Les cas de la première catégorie sont les plus nombreux et les plus graves. La première crise éclate le jour même de l'opération ou quelques jours après, sa violence peut entraîner la mort; dans le cas contraire, le malade succombe à une crise ultérieure, au bout de 2 à 7 mois. Cette forme est toujours grave, compliquée de tachycardie, de polyurie, d'hyperthermie et de convulsions généralisées.

Les goitreux opérés et atteints de myxœdème opératoire, présentent une tétanie plutôt atténuée et limitée, mais capable pourtant de tuer brusquement. Il en est de même au cours du myxœdème spontané de l'adulte.

Tétanie de l'enfance. — La tétanie infantile souvent associée au spasme de la glotte et aux convulsions généralisées, est grave.

Une *forme permanente*, plus rare, observée dans la seconde enfance, est encore plus sévère et simule de très près le tétanos. Les contractures, qui peuvent durer plusieurs jours, occupent le tronc, la nuque et les mâchoires, mais respectent les membres et les mains; les signes de Trousseau, Weiss et Erb peuvent manquer; mais la mort est rare et l'hyperthermie fait défaut.

Diagnostic. — Le diagnostic est habituellement facile. La tétanie sera différenciée du *tétanos* que distinguent: le début par la mâchoire et le cou, l'hyperthermie, la gravité de l'état général; des *méningites cérébro-spinales*, reconnaissables à un syndrome spécial grave (signe de Kernig); des *contractures hystériques*, indolentes, asymétriques, prolongées, associées à des stigmates; des *crampes professionnelles* qui sont limitées, éveillées par les mouvements professionnels. Les crampes fugaces et indolentes de la *tétanie atténuée* n'entraînant qu'une simple maladresse, pourraient passer inaperçues sans la recherche, en cas de doute, des signes de Trousseau et d'Erb.

X. — MIGRAINE

La migraine est un accès de céphalalgie très intense, habituellement unilatéral, à foyer orbito-palpébral, avec irradiations hémicraniennes et sous-occipitales, accompagné de malaise, de nausées, de vomissements et aboutissant au sommeil. La santé, parfaite entre les accès, l'est particulièrement après. Leur périodicité est parfois remarquable (accès mensuel, bi-mensuel ou hebdomadaire).

Accès. — Prodromes. — Une sensation de fatigue ou de bien-être, une nuit agitée, de l'inaptitude au travail ou de l'irritabilité peuvent annoncer l'accès; quelquefois c'est une aura véritable: fourmillements, névralgie cubitale, douleur crurale, rougeur sus-orbitaire, frisson, érection, amnésie.

Début. — La migraine débute d'habitude au réveil ou quelques heures plus tard; le sujet, mal à l'aise, constipé, oligurique ou polyurique, devient extrêmement sensible aux bruits et aux odeurs et accuse des éblouissements et des vertiges.

La *douleur*, occupant d'abord un point de la tempe ou du globe de l'œil, envahit bientôt une moitié du crâne, ou gagne, exceptionnellement, l'autre côté. Compressive, martelante, térébrante, elle ne présente pas les points fixes de Valleix. Son apogée atteint, apparaissent des étourdissements, des nausées, puis (dans la moitié des cas), des *vomissements* bilieux ou muqueux qui soulagent quelquefois le mal de tête. Il peut s'y joindre des sensations de ballonnement dans la tête et des sueurs froides, des mains surtout. Les *vertiges* sont à peu près constants.

Troubles vasomoteurs. — On constate tantôt: de la pâleur accompagnée de refroidissement local, d'enfoncement du globe oculaire, de dilatation pupillaire (*migraine blanche*); tantôt (d'emblée ou après les signes précédents), de la rougeur avec injection conjonctivale, myosis et élévation thermique (*migraine rouge*).

Troubles oculaires. — La douleur du fond de l'œil, du globe oculaire; l'hémioptie, l'amblyopie, le scotome scintillant appartiennent surtout à la *migraine ophtalmique*.

Troubles intellectuels. — On observe l'inaptitude au travail, l'amnésie, et parfois même du délire.

Troubles moteurs et sensitifs. — On peut constater: l'élévation du sourcil du côté malade, des mouvements spasmodiques dans les membres du côté opposé; plus rarement, une paralysie passagère, plus ou moins complète de la face et des membres. La *migraine ophtalmoplégique* comporte une *paralysie de la troisième paire*, parfois périodique et récidivante; passagère, mais tendant à persister avec la répétition des accès.

Pouls. — Le ralentissement du pouls est relativement fréquent. La *respiration* reste habituellement normale.

Troubles trophiques. — La tempe reste parfois tuméfiée, la temporale superficielle s'indure. Il arrive que les cheveux poussent blancs pendant les accès (segments alternativement blancs et noirs.)

Urines. — Les urines, rares et chargées avant l'accès, sont pâles et abondantes pendant; l'albuminurie transitoire a été signalée.

Formes frustes. — Tel ou tel des signes indiqués peut manquer même la douleur; certaines migraines sont réduites aux vomissements, aux nausées, au scotome ou à la cécité.

Durée. — La migraine dure 8 à 10 heures en moyenne, parfois 24; rarement 2, 3 à 5 jours. Les vomissements (jusqu'à 20 ou 50), marquent l'apogée de la crise, puis la douleur s'apaise peu à peu; on note parfois des phénomènes critiques: sueurs, épistaxis; flux nasal, salivaire ou lacrymal; puis le malade

s'endort. Il reste au réveil, un peu de courbature que dissipe le premier repas.

Évolution. — Le premier accès éclate parfois dès 4 ou 6 ans, plus souvent à l'âge adulte. On peut n'observer qu'un seul accès ou un petit nombre, très espacés; plus habituellement, les accès sont mensuels, hebdomadaires, et deviennent moins fréquents à l'approche de la vieillesse. L'intensité des accès peut varier d'un accès à l'autre, s'atténuer avec les années, avec l'âge.

Complications. — La multiplication des accès peut entraîner: l'induration de la temporale, une ophtalmoplégie définitive, le développement d'autres névroses.

Transformations. — La migraine peut faire place, en partie à l'*asthme*, à l'*hystérie*, à l'*épilepsie*.

Migraine ophtalmique. — Cette forme est caractérisée par un accès de migraine précédé ou accompagné de phénomènes oculaires. Galéowski en distingue quatre formes.

1° **Hémioptie périodique.** — Brusquement la fixation d'un objet (dans la lecture ou le dessin) est interrompue par un rétrécissement latéral du champ visuel qui en masque la moitié (rétrécissement bilatéral homonyme, gauche ou droit, supérieur ou inférieur), en respectant le point central.

2° **Scotome scintillant.** — Le champ visuel est cerné de lignes sinueuses (*en bastions*), brillantes, multicolores et scintillantes; ailleurs, l'œil perçoit, tantôt une lumière vive sur fond obscur, tantôt une ombre ponctuée de 5 ou 4 lueurs, rappelant la flamme des lampes à alcool. Ces impressions durent de quelques minutes à quelques heures, et cessent brusquement ou graduellement.

3° **Amblyopie.** — La migraine peut se traduire, pendant 15 à 20 minutes ou davantage (5 jours dans un cas de Tardieu), par la cécité plus ou moins complète d'un œil;

4° **Photophobie migraineuse.** — L'hyperémie conjonctivale, les douleurs oculaires profondes poussent le sujet à éviter la lumière.

Symptômes généraux. — Dans toutes ces formes, les phénomènes visuels font, plus ou moins rapidement, place à une céphalée vive avec: vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées, vomissements; parfois même, convulsions et aphasie (*aphémie*.)

Nature. — La migraine ophtalmique semble n'être qu'une modalité de la migraine vulgaire, mais il faut en distraire les syndromes analogues, symptomatiques, soit des lésions graves de l'œil (choroïdite, synechies postérieures, atrophie optique), soit de l'épilepsie, de l'hystérie ou de la paralysie générale.

Diagnostic. — Il importe de distinguer la migraine: des *névralgies* (douleurs fulgurantes intermittentes, à paroxysmes rapprochés); des douleurs préludant au *zona ophtalmique* (continues, sans vomissements); du *rhumatisme péricrânien* (douleur exaspérée par la contraction du muscle occipito-frontal; terrain rhumatisant, pas de nausées); du *paludisme migraineux*, justiciable

de la quinine; de la *céphalée urémique*, chez les goutteux surtout (rein goutteux); des céphalées attribuables au *tabac*, à l'*alcool* (apaisées par le régime); de la *céphalée syphilitique* (périodicité moins régulière, rémissions moins franches, commémoratifs); de la *céphalée des tumeurs cérébrales* (vomissements sans nausées; troubles moteurs, sensoriels ou psychiques.)

Il n'est pas moins indispensable de différencier la migraine ophthalmique vraie des syndromes similaires symptomatiques (lésion oculaire, épilepsie, hystérie, paralysie générale.)

DEUXIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DES VOIES RESPIRATOIRES

CHAPITRE PREMIER

SÉMIOLOGIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

I. — EXAMEN DU NEZ ET DU LARYNX

L'outillage suivant suffit à un examen sommaire : une source lumineuse, un miroir frontal, deux ou trois stylets, quelques spéculums et quelques miroirs laryngoscopiques. Tous ces instruments doivent être, avant usage, rigoureusement stérilisés.

L'examen du nez comprend celui des fosses nasales, de leur arrière-cavité et des sinus de la face.

Examen anatomique des fosses nasales. — Technique. — La rhinoscopie antérieure se pratique avec le spéculum nasal et un miroir frontal projetant les rayons d'une bonne source lumineuse. Le *spéculum bivalve de Duplay*, le plus usité, rappelle le spéculum vaginal de Cusco. Le *miroir frontal* concave, destiné à condenser la lumière sur le point à examiner, est large de 8 à 10 centimètres et présente 15 à 20 centimètres de foyer; percé d'une ouverture à son centre, il peut être fixé devant l'œil gauche soit par un bandeau ceignant horizontalement le crâne, soit par un ressort l'embrassant verticalement. Une bonne lampe à gaz ou à pétrole, sans abat-jour, fournit la lumière. Elle est placée à droite du malade, la

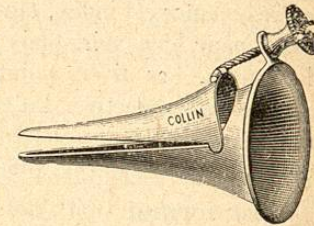


FIG. 112. — Spéculum bivalve de Duplay.

flamme à 20 ou 25 centimètres de sa joue, à hauteur du nez. Le sujet est assis (sur un tabouret de piano) en face de l'opérateur. Les choses étant ainsi disposées, le médecin incline le miroir de façon à projeter le faisceau lumineux sur la narine à examiner; l'œil gauche explore seul, l'autre reste indifféremment ouvert ou fermé. Le miroir doit être à 50 centimètres du nez pour bien l'éclairer. Les médecins myopes, presbytes ou hypermétropes, peuvent faire adapter à l'orifice du miroir un verre approprié à leur vue.