

VII. — RHINITES CHRONIQUES

La rhinite chronique peut être : *simple, hypertrophique, pseudo-membraneuse, professionnelle* ou *atrophique (ozène)*.

Rhinite chronique simple (sans hypertrophie). — Cette forme, la plus commune, favorisée par la respiration de vapeurs ou de poussières irritantes (rhinites professionnelles), succède à des coryzas aigus répétés, chez des enfants lymphatiques ou arthritiques. Le mal de tête est modéré ou nul; un certain enchifrènement pousse à renifler pour réagir contre une obstruction, du reste modérée. La gorge est sèche le matin au réveil. L'érythème, l'acné, la séborrhée rebelle du dos du nez, sont fréquents; la dacryocystite, la conjonctivite, s'observent. La sécrétion, plus ou moins abondante, inodore, muco-purulente, adhère souvent le matin au pharynx, éveillant des efforts de vomissement. Chez les névropathes, les accidents réflexes sont communs, même dans la rhinite simple. Tantôt rouge, tantôt gris rosé, la muqueuse offre çà et là des filaments de muco-pus visqueux, mais ne présente ni croûtes ni ulcérations. La *rhinoscopie* rend impossible toute confusion avec : les sinusites (signes propres), les tumeurs et les corps étrangers des fosses nasales. Affection rebelle, récidivante, la rhinite chronique simple, non traitée, aboutit tôt ou tard à la rhinite soit hypertrophique, soit atrophique; elle entraîne souvent des complications laryngo-bronchiques, tubaires ou otiques.

Rhinite hypertrophique. — Cette variété de rhinite chronique résultant, chez beaucoup d'arthritiques, de la rhinite chronique simple, est caractérisée par l'hypertrophie, localisée ou diffuse, de la muqueuse nasale; elle est favorisée, chez l'enfant, par la présence de végétations adénoïdes et subit souvent, chez la femme, des exacerbations menstruelles.

Le signe principal en est l'*obstruction nasale*, très marquée, assez pour gêner la respiration, entraîner la sécheresse de la gorge, le nasonnement, des troubles de l'odorat et du goût; accrue par l'humidité, le froid, l'usage du tabac; atténuée par la chaleur, la sécheresse; alternant souvent d'un côté à l'autre; fréquemment compliquée, chez l'adulte (tabac, alcool), de pharyngite et de laryngite secondaires, de troubles auditifs dus à l'occlusion tubaire et aboutissant à la surdité. Les accidents réflexes (crises d'éternuements, asthme) y sont également communs.

La rhinite hypertrophique frappe surtout le cornet inférieur, plus rarement le cornet moyen. Elle est habituellement *diffuse* sur le cornet inférieur qui présente parfois cependant à ses extrémités antérieure et postérieure un renflement le mettant en contact avec la cloison. La muqueuse est lisse, rouge ou rosée; la cloison, rouge, mais non tuméfiée; des filaments de muco-pus traversent les méats; la sensibilité au contact est émoussée. La *forme localisée* affecte surtout les extrémités du cornet inférieur, formant tumeur soit en avant (masquant les parties profondes), soit en arrière (débordant les choanes). Ces tuméfactions sont tantôt lisses, rouge vif, tantôt mamelonnées,

mûrifformes, résistantes, gris pâle, rappelant les polypes muqueux. La cocaïne, quoique anesthésiante, n'a plus, dans ces cas, d'effet rétractile.

La rhinite hypertrophique constitue une infirmité durable, coupée de rémissions plus ou moins incomplètes, sujette aux complications pharyngées, laryngées, respiratoires, oculaires, déjà citées, et aux dermatoses nasales.

La distinction peut être délicate avec les *polypes muqueux*; les deux affections peuvent du reste se succéder et coïncider. Les polypes sont plutôt groupés dans le méat moyen; le stylet en précise les contours et le point d'implantation.

Rhinites professionnelles. — Certaines professions (ouvriers travaillant les sels de chrome, le chromate de potasse, les produits arsenicaux, l'arsénite de cuivre; plâtriers, imprimeurs; broyage à sec et tamisage dans les fabriques de papiers peints) qui exposent à l'inhalation de poussières ou de vapeurs irritantes, déterminent des *rhinites* se traduisant d'abord par des éternuements et de la rhinorrhée, puis par des ulcérations qui, occupant le bord libre des ailes du nez et bientôt la muqueuse, entretiennent l'écoulement d'un pus sanguinolent et la formation de croûtes épaisses d'un gris brunâtre. Profondes, les ulcérations peuvent creuser jusqu'au squelette et déterminer des nécroses (du vomer) simulant la syphilis nasale tertiaire; elles siègent surtout à l'extrémité antérieure du cornet inférieur et sur la partie antérieure de la cloison. L'odorat est plus ou moins émoussé, suivant l'étendue des lésions.

Rhinites pseudo-membraneuses. — On en distingue deux formes : une atténuée, due probablement au bacille diphtérique court, peu virulent; une sévère (diphtérie nasale classique) impliquant toujours l'association du streptocoque.

La rhinite fibrineuse est plus commune dans l'enfance. Le *type atténué* consiste dans la formation, sur la muqueuse du plancher et du cornet inférieur, au cours d'un coryza banal avec enchifrènement et sécrétion muqueuse puis muco-purulente, de fausses membranes blanc grisâtre, adhérentes, dont l'avulsion donne du sang. Le rejet de moules membraneux peut suivre une injection de sérum antidiphtérique. La lésion, parfois très tenace (cinquante-cinq jours, quatre à six mois), longtemps virulente, reste circonscrite, sans tendance à gagner le pharynx, d'habitude sans signes généraux, ou avec, seulement, une fièvre légère, de la céphalée et de l'inappétence. La durée moyenne est de deux à trois semaines.

La *strepto-diphtérie nasale*, traduisant une infection profonde, couvre de fausses membranes presque toute la surface des fosses nasales, déterminant : un jetage abondant avec croûtes brunâtres autour du nez, des adénites cervicales très prononcées, un état général grave (fièvre, adynamie). Elle précède ou complique habituellement une angine diphtérique et aboutit trop souvent, rapidement, à la mort.

Rhinite atrophique. — Appelée aussi *ozène*, la rhinite atrophique,

caractérisée par l'atrophie de la pituitaire, du tissu sous-muqueux et des cornets, se traduit surtout par des sécrétions d'une extrême fétidité.

L'ozène est l'aboutissant d'une rhinite chronique suppurée non traitée, sur un terrain préparé par : l'hérédité, la scrofule, la syphilis, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, ou une mauvaise hygiène. Plus commune chez les filles, la maladie débute de dix à quinze ans et se poursuit dans l'âge adulte. Due probablement à un agent spécifique, sa pathogénie est encore très discutée.

Le signe dominant est l'atroce *fétidité* qu'exhale le malade. Ayant donné lieu à des comparaisons variées (sueur fétide des pieds, vieux fromage, punaise écrasée, abcès putride), exagérée le matin, elle est plus ou moins forte et diffusible, suivant que le nez est plus ou moins encombré de croûtes.

Rejetées avec effort, les sécrétions sont jaune verdâtre, mêlées de croûtes brunâtres, parfois en blocs d'odeur infecte moulés sur les cornets, et dont l'expulsion est souvent suivie d'écoulement sanguin. La largeur des cavités exclut l'obstruction nasale, généralement insignifiante; l'odorat, émoussé ou aboli, fait tolérer aux ozéneux leur propre fétidité; l'*anosmie* est souvent doublée d'*agueusie*. Pourtant, les fermentations intranasales finissent par

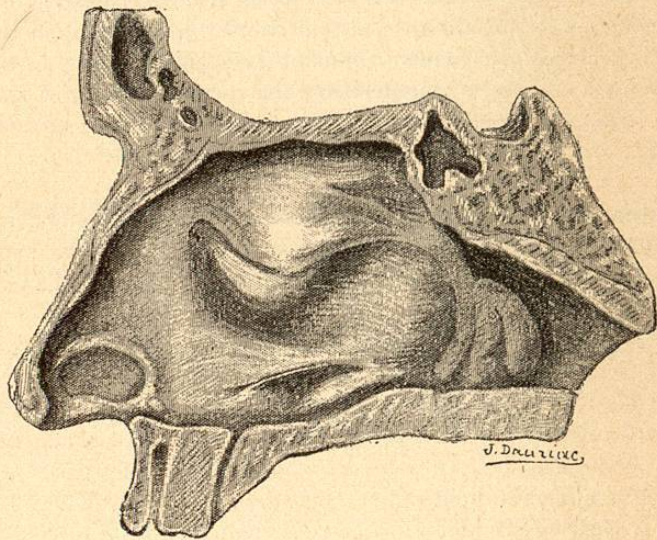


FIG. 119. — Atrophie des fosses nasales (paroi externe) dans l'ozène.

entraîner de la céphalée, des vertiges, des cauchemars, des névralgies sus et sous-orbitaires. La pharyngite sèche est fréquente, provoquant d'incessants mouvements de déglutition. L'inhalation et l'ingestion de produits putrides altère plus ou moins profondément l'état général.

Les complications possibles sont nombreuses : sinusite ethmoïdale ou maxillaire, otite, dacryocystite, conjonctivite chroniques; kératite catarrhale ou ulcéreuse, iritis, névrite optique, laryngite, bronchite, ozène laryngo-trachéal, érythème et acné nasale. Rarement le nez se déforme (ensellé ou épaté), mais le fait n'est pas spécial à l'ozène.

La *rhinoscopie* montre des fosses nasales anormalement larges, laissant voir, grâce à l'atrophie des cornets inférieur et moyen, parfois même de la cloison, la paroi postérieure du pharynx et quelquefois les orifices tubaires. Pâle, grisâtre, la muqueuse, lisse et peu sensible, est granuleuse et rougeâtre sous les croûtes, atrophiee et rétractée sur les os. Le tissu adénoïde du pharynx et des amygdales est également atrophie.

La *durée* est indéfinie, la *marche* lente et continue. La guérison est impossible, mais des soins hygiéniques continus peuvent supprimer la fétidité.

La *diagnostic* est facile: les *lésions syphilitiques tertiaires* offrent une fétidité différente, résultant de vastes ulcérations et de foyers nécrotiques.

VIII. — TUBERCULOSE NASALE

Tantôt primitive, tantôt et plus souvent secondaire à une tuberculose pulmonaire ou bucco-pharyngée, la tuberculose nasale résulte sans doute d'une inoculation par le doigt, le mouchoir ou par refoulement des produits expectorés, dans l'arrière-nez. Le puissant pouvoir bactéricide du mucus nasal rend pourtant cette affection rare.

L'apport du bacille par voie sanguine ou lymphatique est également possible.

On distingue trois formes : la forme *ulcéreuse*, la forme *végétante* ou *pseudo-polypeuse* et le *lupus nasal*.

Forme ulcéreuse. — En général secondaire, cette forme débute insidieusement, sans douleur, par une légère sécrétion muco-purulente. Une ulcération, habituellement unique, siège soit sur la cloison ou le plancher, près du méat, soit sur les cornets moyen et inférieur, quelquefois dans l'angle formé par le plancher et la cloison, pouvant empiéter sur la lèvre supérieure. Large comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, plus ou moins arrondie ou irrégulière, elle présente : un *fond*, tantôt gris rougeâtre pâle, enduit de mucus visqueux, couvert parfois d'amas caséeux ou de granulations grisâtres, tantôt plat, blanchâtre, comme gélatineux; et des *bords* saillants en bourrelet rougeâtre, ou déchiquetés, dentelés, dont la *périphérie*, plus ou moins tuméfiée et rouge, est semée de petits points gris jaunâtre caractéristiques (tubercules). La *douleur* est nulle ou insignifiante; l'adénopathie manque généralement. Chez les cachectiques, la muqueuse est criblée d'ulcérations multiples.

Forme végétante. — Cette forme figure une tumeur sessile ou largement pédiculée, généralement née de la partie antérieure de la cloison. Rouge pâle ou grisâtre, mamelonnée ou mûriforme, elle peut atteindre le volume d'une noix, est molle, aisément saignante, et obstrue plus ou moins les fosses nasales. Toujours unilatérale d'abord, cette masse peut plus tard refouler la cloison et même la perforer pour envahir l'autre narine.

Lupus. — Le *lupus* soit *primitif*, soit *secondaire* à un lupus des narines, des lèvres ou de la joue, diffère sensiblement des formes précédentes.

Le *lupus primitif* frappe surtout la cloison et la partie antérieure des

cornets inférieurs, y formant des nodosités rouge jaunâtre, généralement bilatérales, n'entraînant que des troubles de rhinite légère, et évoluant soit vers la sclérose, soit vers l'ulcération. La *forme hypertrophique* est la plus commune. N'atteignant qu'exceptionnellement le squelette, le lupus ne détermine ni nécrose, ni effondrement du nez. Donnant à la muqueuse un aspect bourgeonnant, les nodosités lupiques sont indolentes et saignent rarement au toucher. Entourées de petits bourgeons, les ulcérations sont peu profondes et également indolentes.

La *marche* du lupus nasal est lente, coupée d'exacerbations et de temps d'arrêt.

Le *diagnostic* de la tuberculose nasale est le plus souvent basé sur la coexistence de lésions pulmonaires ou laryngées, plus rarement sur la présence de granulations miliaires au fond de l'ulcération ou autour. Le diagnostic de la nature tuberculeuse des végétations est, cliniquement, à peu près impossible.

IX. — SYPHILIS NASALE

Le nez peut subir les atteintes de la *sypphilis acquise*, à ses trois périodes, et de la *sypphilis héréditaire*, précoce ou tardive.

Chancre. — Le *chancre induré* nasal est rare; il est extra-nasal ou intra-nasal. Le *chancre extra-nasal* occupe le dos, l'aile du nez ou le sillon nasolabial, revêtant, en ce dernier cas, la forme papulo-hypertrophique; il est large, présentant sur sa partie saillante une érosion lisse, rouge jambonnée, à bords plats, à base indurée. L'adénopathie, très marquée, est sous-maxillaire, plus rarement génienne ou pré-auriculaire. Ce chancre dure 5 à 6 semaines, et ne laisse pas de cicatrice. Plus rare, le *chancre intra-nasal* siège, soit à l'entrée des fosses nasales, sur le plancher ou la sous-cloison, soit plus souvent sur la partie antérieure de la cloison, où le doigt peut apporter le contagion. La lésion consiste en une tumeur à large base, rougeâtre, couronnée d'une ulcération grisâtre; les croûtes et les tissus environnants font saillie, obstruant plus ou moins la narine. Les ganglions sous-maxillaires sont le plus souvent pris, parfois douloureux (par infection secondaire); les ganglions pré-auriculaires, géniens, pré-axoïdiens, hyoïdiens, peuvent être engorgés. Une rougeur érysipélateuse envahit parfois la peau du nez et des lèvres par infection secondaire. La douleur est insignifiante; on observe, suivant le siège et le volume du chancre: du coryza, un écoulement muco-purulent, de l'enclignement ou de l'obstruction nasale.

Le *chancre de la partie postérieure du nez*, habituellement voisin de la trompe, peut résulter d'une inoculation par cathétérisme, et n'est visible que par la rhinoscopie postérieure.

Le chancre nasal évolue comme tout chancre induré; ainsi que les autres chancres de la face, il est souvent l'origine d'une sypphilis grave.

En l'absence de roséole et d'accidents secondaires, le diagnostic est souvent difficile, avec une tumeur maligne (marche lente, mauvais état général) ou une gomme (ulcération plus vaste, jusqu'à l'os.)

Accidents secondaires. — *Extérieurement*, on observe sur le nez des sypphilides papuleuses, papulo-squameuses, pustuleuses, lésions cohérentes ou discrètes. Le *vestibule du nez* est plutôt le siège de sypphilides suintantes ou de fissures cutané-muqueuses. Dans les *fosses nasales*, se rencontrent surtout: l'*érythème diffus*, en zones plus ou moins étendues, un peu surélevées, unilatéral, d'un rouge vif; les *plaques muqueuses*, surtout à l'entrée des narines, plus rares que dans la bouche, mais offrant le même aspect (légères érosions opalines). Ces lésions restent souvent latentes, n'éveillant localement que des troubles insignifiants.

Accidents tertiaires. — Très insidieux, capables de produire inopinément des délabrements profonds, de se propager au cerveau et aux méninges, les accidents tertiaires sont tantôt *précoces* (première et deuxième année) et alors plus graves; tantôt *tardifs* (de la cinquième à la dixième année et plus). On les observe dans 1/5 des cas. Les gommes occupent, par ordre de fréquence, la cloison, le plancher, le vomer, l'éthmoïde, la branche montante du maxillaire, prenant naissance dans l'os, la muqueuse ou le tissu sous-muqueux. Dans tous les cas surviennent, tôt ou tard, des lésions osseuses profondes (ostéite raréfiante, carie, nécrose) et rapides, entraînant des nécroses plus ou moins étendues, origines de difformités plus ou moins graves ou de suppurations interminables. Les signes de début sont vagues: enclignement léger, céphalée, névralgies. Bientôt survient un écoulement muco-purulent, puis brun jaunâtre, sanguinolent, extrêmement fétide, pouvant déjà contenir des débris d'os nécrosés (gomme ulcérée). La *rhinoscopie* montre: une muqueuse tuméfiée, rouge; des croûtes brunâtres; des ulcérations profondes à bords déchiquetés ou surélevés (ulcérations en cratère), au fond desquelles le stylet constate des os dénudés ou des séquestres mobiles. Les lésions consécutives varient, suivant que les gommes occupent la charpente, le plancher ou la voûte des fosses nasales. Les *gommes de la cloison*, les plus communes, la perforent sans déformation, ou la détruisent, entraînant l'effondrement du nez, connu sous le nom de *nez en lorgnette*.

La *destruction des os propres du nez* écrase la base de l'organe, et en retousse le lobule (*nez camard*).

Les *gommes du plancher* aboutissent souvent à la perforation de la voûte palatine, tantôt réduite à une fistule, tantôt large, entraînant alors des troubles de la parole et de la déglutition (reflux des aliments et des liquides dans le nez).

Plus graves, les *gommes de la voûte* détruisent les cornets, éliminés en masse ou par fragments, avec les sécrétions nasales; quand le processus atteint la lame criblée et le sphénoïde, il peut gagner les méninges et le cer-

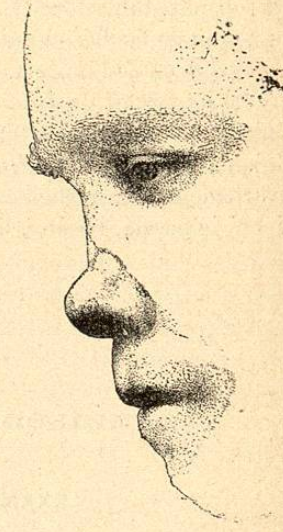


Fig. 120. — Déformation dite: nez en lorgnette.

veau, de proche en proche ou par voie lymphatique. Ces accidents se traduisent par : une céphalée rebelle à exaspérations nocturnes, des névralgies, quelquefois des paralysies par compression ou des signes de localisation cérébrale. Le sphénoïde presque entier, le quart de l'éthmoïde ont pu être éliminés. L'évolution est rapide ; le traitement, s'il intervient au début, conjure facilement les accidents. Le diagnostic précoce est souvent difficile. L'exploration avec le stylet fera la part des lésions osseuses, et appréciera le moment où l'ablation des séquestres est indiquée.

La syphilis nasale tertiaire sera distinguée de la *rhinite atrophique* qui ne provoque ni ulcérations, ni nécroses, et, dans les pays chauds, des rhinites graves provoquées par des larves.

Un traitement précoce peut prévenir les nécroses et les déformations ; mais la muqueuse subit toujours un certain degré de sclérose atrophique ; les lésions de la voûte sont redoutables dans tous les cas.

Syphilis héréditaire. — La *forme précoce* se traduit par le coryza syphilitique déjà décrit. La *forme tardive*, assez commune, consiste en un coryza indolore, plus insidieux que celui des nouveau-nés, donnant lieu à un écoulement sanieux fétide, à des ulcérations, puis à des pertes de substance, comme dans la rhinite tertiaire. Ailleurs, tout se borne à des lésions discrètes : syphilitides papulo-tubériformes, excoriations ou fissures de la muqueuse des ailes du nez ou de la cloison qui passent souvent inaperçues ou sont prises pour de la gourme ou de l'eczéma.

Fort important, le *diagnostic* sera basé : sur les caractères de l'écoulement, sanieux, sanguinolent et fétide, sur les lésions cutanées et muqueuses d'autres régions, sur la *triade d'Hutchinson* et les antécédents paternels ou maternels (avortements, accouchements prématurés). La confusion est à éviter avec la diphtérie nasale, l'ozène, la tuberculose et le lupus du nez.

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DU LARYNX

EXAMEN CLINIQUE DU LARYNX

Cet examen exige l'emploi du *laryngoscope*. L'*autoscopie*, le *toucher intralaryngé*, la *palpation* et l'*inspection de la région cervicale antérieure* fournissent des renseignements complémentaires.

Laryngoscopie. — **Technique.** — **Instruments.** — L'outillage se compose essentiellement d'une *lampe* donnant un bon éclairage, d'un *miroir frontal* et d'un *miroir laryngoscopique*. Ce dernier consiste en un miroir plan, circulaire, ovale ou losangique, de 2 centimètres, 2 centimètres 1/2 ou 3 centimètres de diamètre, à glace bien étamée. Il est monté sur une tige mé-

tallique fine et résistante, s'adaptant à un manche de 1 centimètre au moins de diamètre, creusé de côtes ou de stries longitudinales.

Position du malade. — La tête directe un peu renversée en arrière, le sujet est assis en face du médecin, sur un siège de hauteur telle que sa bouche soit au niveau de l'œil qui observe ou un peu plus bas. Ses genoux réunis sont placés entre ceux du médecin. Il ouvre alors largement la bouche en découvrant les incisives supérieures, et tire la langue autant que possible, de façon à élever l'os hyoïde et le larynx, à relever l'épiglotte et à écarter la base de la langue de la paroi postérieure du pharynx. Le médecin saisit la pointe de la langue, recouverte d'un linge, entre le pouce (au-dessus) et l'index de la main gauche, pour fixer l'organe dans cette position, sans exercer de tractions sur lui. Le *miroir frontal* doit être incliné de manière à éclairer la base de la luette. Le *miroir laryngoscopique*, savonné et aseptisé avant chaque examen, est échauffé au-dessus de la lampe, par sa face miroitante (pour éviter la buée), puis posé par sa face métallique sur le dos de la main, qui en apprécie la chaleur. La main droite tient le manche, comme une plume à écrire entre, le pouce, l'index et le médium, qui le maintiennent sans le serrer, prêts à lui donner l'inclinaison convenable. Le miroir, introduit dans la bouche parallèlement au dos de la langue, sans le toucher, est redressé au fond de la gorge, parallèlement à la partie verticale de la base de la langue, de façon que son centre réponde à peu près à la base de la luette, la tige obliquant un peu vers la commissure labiale droite. L'inclinaison et l'enfoncement du miroir varient du reste avec les sujets. On l'incline d'abord à 45° au contact du voile et l'on fait respirer le sujet naturellement ; souvent alors, on n'aperçoit que l'épiglotte et ses replis ; mais l'émission du *hé*, relève l'épiglotte et découvre l'orifice supérieur du larynx, ou, au moins, la moitié ou le tiers postérieur des cordes vocales. On doit alors, pour les voir entières, jusqu'à l'angle antérieur, enfoncer doucement le miroir, refoulant le voile en haut et en arrière jusqu'à ce que la commissure antérieure (dans l'émission du son *hé*) devienne visible. Un échec tient en général soit à la mauvaise inclinaison du miroir, soit à un relèvement insuffisant de l'épiglotte. On fait alors varier l'inclinaison en élevant et abaissant doucement la main droite, et, si l'épiglotte gêne, on provoque l'élévation maxima du voile par l'émission, sur le ton le plus aigu possible, des sons *hi* ou *hai*, de manière à enfoncer un peu plus le miroir.

L'image laryngoscopique embrasse le vestibule du larynx et les cordes vocales, mais ne montre la paroi postérieure qu'en raccourci. On la voit mieux et même on aperçoit la paroi postérieure du pharynx, si, mettant un genou à terre, on examine de bas en haut le sujet debout, tête fléchie (*position de Kilian*). Chez les trachéotomisés, un petit miroir spécial, introduit dans la plaie trachéale, permet de voir la face inférieure des cordes vocales.

Difficultés de l'examen. — Plusieurs conditions peuvent gêner l'examen : une forte moustache (prier le sujet de la lisser ou de la relever avec la main) ; une lèvre supérieure trop longue (l'index gauche peut la relever ; la langue est alors tenue entre le pouce et le médium) ; la formation d'une bulle d'air sur l'isthme du gosier (faire exécuter, par la bouche, une large inspiration) ; un