

auriculaires ou une diminution de l'acuité auditive; chez l'enfant, elle pourrait être expliquée par l'anoxhémie.

3° Il est également des *états congestifs* accompagnant les lésions nasales. C'est à l'occasion des repas, ou après l'usage même modéré d'alcool ou de tabac qu'ils s'observent, caractérisés par de l'excitation générale, de la rougeur du visage, du papillement devant les yeux, de la fréquence du pouls. Il y a souvent des alternances de congestion et de dépression chez les malades.

4° Enfin de véritables *névroses*, multiples et variées, s'observent en même temps que les lésions nasales, causées et entretenues par elles : tels sont certains tics, certaines formes d'asthme, d'hystérie, d'épilepsie et même d'incontinence d'urine nocturne, enfin les cauchemars habituels, les frayeurs nocturnes, fréquents surtout chez les enfants.

5° Il existe des *états d'infection chronique* dus à la pénétration lente mais continue du pus dans les voies respiratoires et digestives (Goris), caractérisés par de la faiblesse, de l'amaigrissement, de la pâleur; on les observe plutôt à la suite des sinusites et en particulier de la sinusite sphénoïdale.

6° La *fièvre* n'apparaît au cours des lésions nasales que s'il se produit en même temps une infection telle que grippe, rougeole, diphtérie, érysipèle, suppuration aiguë des sinus ou complication méningée.

§ 4. — Examen d'ensemble. Facies et vestibule nasal.

L'examen d'ensemble portera sur le facies du sujet et sur le vestibule nasal.

A. Facies. — Le *facies* est souvent caractéristique, en particulier *l'aspect du nez* et des régions adjacentes.

Il existe une première variété de nez, que l'on peut appeler *nez d'insuffisance*. Ils doivent en effet appeler l'attention du médecin sur l'existence probable d'une obstruction nasale ancienne. Ces nez sont caractérisés surtout par leur défaut d'ampleur. Tantôt ils sont petits et retroussés, demeurés infantiles chez l'adolescent ou l'adulte, avec des ailes atrophiées dans leur charpente ou leur musculature, perpétuellement accolées à la cloison. Tantôt ces nez d'insuffisance sont longs, mais effilés, aplatis latéralement sur toute leur hauteur. Dans les deux

cas, le sillon naso-jugal est effacé. Les maxillaires supérieurs ont subi des troubles dans leur développement: ils sont aplatis, étroits et hauts. Le maxillaire inférieur, par contraste, paraît en prognathisme. Enfin la lèvre supérieure, courte, et de plus attirée en quelque sorte par la sous-cloison, forme un accent circonflexe qui laisse à découvert les incisives supérieures souvent déformées ou déplacées. Cet ensemble donne à la physionomie un aspect particulier, plutôt hébété, qui est connu sous le nom de *facies adénoïdienne* ou *pseudo-adénoïdienne*; il s'observe en effet non seulement chez les sujets porteurs depuis l'enfance de végétations adénoïdes du pharynx gênant la respiration nasale, mais aussi chez des sujets qui ont eu de l'obstruction intra-nasale prolongée pendant la période de croissance. La déformation peut d'ailleurs subsister alors qu'a disparu la cause qui l'avait provoquée.

Les *nez déviés ou déformés* sont assez communs. Tantôt le dos du nez est déplacé sur un côté, le droit de préférence, soit en masse, soit seulement dans sa portion lobulaire et cet état est si fréquent qu'il ne doit pas toujours être regardé comme pathologique. Tantôt la ligne qui dessine le profil nasal est déviée latéralement en courbe ou en S, ce qui répond généralement à des déformations de la cloison. Tantôt enfin la déformation porte seulement sur le plan sagittal. Tels sont les nez aquilins, appelés quelquefois aristocratiques, à courbure exagérée mais non pathologique, sauf certains « nez de vautour ou de perroquet » dont la déformation est acquise, et alors consécutive à une rétraction cicatricielle, généralement d'origine syphilitique, qui tend à attirer le lobule vers la base de la sous-cloison. Tels sont les nez camards, appelés aussi nez plébéiens ou encore nez infantiles, dont quelques variétés ont une signification diagnostique. Ainsi l'écrasement en coup de hache à la racine indique la destruction probable de la cloison cartilagineuse due à la nécrose qui suit soit les hématomes suppurés consécutifs aux fractures, soit l'ostéo-chondrite tuberculeuse. L'enfoncement du nez extérieur vers les fosses nasales (nez en lorgnette, en selle, en pied de marmite) serait révélateur de l'affaïssissement de la partie osseuse de la cloison et de la rétraction des tissus cicatriciels, consécutivement à la syphilis tertiaire terminant son évolution.

Il existe aussi quelques variétés pathologiques de *nez gros, épais*. La déformation éléphantiasique se définit d'elle-même. Le nez boursoufflé du scrofuleux est également bien connu. Les nez épaissis à la racine, surtout s'ils sont douloureux et obstrués, répondent souvent à des lésions spécifiques tertiaires, acquises ou héréditaires, en évolution.

Les nez tuméfiés par refoulement de leur contenu sont des nez remplis par de gros polypes muqueux ou des tumeurs malignes.

Il faut signaler enfin les *nez rouges*, à coloration uniforme ou parsemée de varices plus foncées. Cet état de la vascularisation du lobule peut tenir à une cause générale (alcoolisme, affections cardiaques, etc.); assez souvent il révèle une gêne notable de la circulation intranasale pour laquelle il constitue alors une voie de suppléance.

Au *point de vue militaire*, il faut savoir que seules les déformations ou malformations qui entravent manifestement la phonation ou la respiration sont incompatibles avec le service actif. Consécutives à des traumatismes résultant du service, elles peuvent entraîner la retraite. (Voir appendice).

B. Examen du vestibule. — Le vestibule peut être examiné d'une façon très suffisante sans instruments. Il suffit de placer le sujet en face de la lumière du jour, le visage bien éclairé, la tête fortement inclinée en arrière, et de relever le lobule, mobile sur la cloison du nez, pour voir nettement la région du vestibule. Elle comprend l'orifice narinal en bas, la sous-cloison en dedans, l'aile du nez en dehors, enfin en haut une fente comparable à la glotte, avec deux lèvres convergentes en avant. En cas de besoin on peut recourir avant l'examen à la dilatation du vestibule et de la partie antérieure de la cavité nasale : après cocaïnisation préalable, on introduit et on tasse légèrement dans la narine un ou plusieurs tampons de coton hydrophile disposés en coin et on les laisse en place environ 15 minutes (Mygind).

A l'état normal, le revêtement intérieur des narines a l'aspect de la peau : il est recouvert de poils.

Les états pathologiques du vestibule sont peu complexes.

1° Les *déformations* peuvent se réduire à deux. L'une, déjà décrite, est l'atrophie des ailes du nez, entraînant « l'aspiration » de celles-ci. L'autre est constituée par l'existence d'une saillie dure, sorte de crête proéminente dans le vestibule, débordant le bord supérieur de la sous-cloison. Artificiellement, on peut réaliser partiellement cette déformation sur soi-même en tordant le lobule nasal vers le côté opposé à la narine en expérience, dont on regarde l'image dans un miroir. Cette crête cartilagineuse serait due tantôt à une *luxation traumatique de la cloison* en dehors de l'épine nasale osseuse (Bernal), tantôt au développement anormal de cette épine (Sieur et Jacob) qui rejette le bord

inférieur de la cloison du côté opposé par un mécanisme que l'on peut comparer à celui d'une *luxation spontanée*. Dans les deux cas d'ailleurs, on voit, dans la narine dont le vestibule est libre, une courbure de compensation sur la cloison, un peu au-dessus de la région vestibulaire; la pointe du lobule est déviée du côté de cette courbure.

2° Les *tuméfactions* à siège vestibulaire sont également de deux sortes. Dans une première série de cas, rares du reste, on constate, par simple relèvement du lobule, dans chaque narine, une tuméfaction arrondie, rouge foncé, en cerise : la fluctuation est nette et, fait important, la pression des deux index appliqués sur les deux tumeurs refoule le liquide de l'une dans l'autre. Cette collection en bissac est soit un *hématome*, consécutif à une fracture basse de la cloison cartilagineuse, soit l'*abcès* qui résulte de la suppuration, presque fatale, de cet hématome abandonné à lui-même. Dans d'autres cas, fréquents, la tuméfaction est unilatérale et localisée même en un point déterminé du vestibule : c'est un *furoncle* de la cloison, ou de l'aile du nez, ou de l'un des culs-de-sac qui font suite à l'orifice narinal, l'un en avant vers le lobule, l'autre en arrière, juste au-dessus du cul-de-sac gingivo-labial supérieur ; ces derniers abcès peuvent se vider isolément ou simultanément par le nez ou par la bouche, ainsi que nous l'avons observé.

Pour bien voir le cul-de-sac situé en avant, il est indispensable de s'aider d'un miroir (celui du laryngoscope par exemple) placé sous l'orifice narinal, la face réfléchissante tournée à la fois vers le lobule du nez de l'observé et vers l'œil de l'observateur.

3° Les *ulcérations* du vestibule sont généralement en surface. Elles répondent alors à l'*eczéma* parfois extra et intranarinal et elles présentent souvent l'aspect impétigineux dû à des infections secondaires. Les pustules réparties chacune autour d'un poil comme centre traduisent la *folliculite*. Enfin les *fissures* de l'angle antérieur ou postérieur de la narine, simples ou spécifiques, s'accompagnent en général d'un état douloureux presque continu qui fait que spontanément le malade peut en indiquer lui-même le siège.

4° On peut encore trouver dans le vestibule, participant aux caractères des tuméfactions et à ceux des ulcérations, des *néoformations*. La cloison est généralement leur lieu d'élection. Une saillie fongueuse, à large pédicule, couverte de croûtes, saignant facilement doit faire songer au *sarcome*, à la *tuberculose*, au *chancre syphilitique*. Le diagnostic différentiel se fait d'après certains caractères concomitants : ainsi le chancre nasal, unilatéral en principe, est susceptible de guérir spontanément ; la tuberculose, bilatérale souvent, ne guérit

que sous l'action d'un traitement chirurgical et fréquemment en perforant la cloison ; le sarcome a une évolution fatalement progressive.

Dans le vestibule, le *lupus*, forme très spéciale de la tuberculose nasale, est d'un diagnostic facile à la période pré-ulcéreuse : il est en effet toujours accompagné de lupus de la face autour de l'orifice narinal et il se reconnaît à ses nodules rouge-bruns ou jaunâtres, agminés en petits groupes indolents, non indurés. A la période ulcéreuse, le lupus doit être distingué du cancroïde ou de la gomme : l'induration de la base, l'évolution viennent en aide à ce diagnostic. Enfin, à la période de cicatrice, le lupus guéri se distingue de la gomme par l'aspect blanc brillant, la souplesse et une tendance modérée à la rétractilité.

CHAPITRE II

EXAMEN INSTRUMENTAL. — RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

Il convient d'étudier successivement les instruments nécessaires pour cette exploration, la technique de celle-ci, enfin l'aspect des parties vues et l'interprétation de cet aspect.

§ 1. — Instrumentation.

Il y a lieu de considérer d'une part les sources d'éclairage, d'autre part les instruments destinés à permettre d'éclairer la cavité des fosses nasales.

La *source de lumière* nécessaire pour examiner une cavité aussi étroite, profonde et anfractueuse que le couloir formé par les fosses nasales, devra nécessairement être d'une assez grande puissance éclairante. Il y aura donc intérêt à employer un bon éclairage et à faire l'examen dans une chambre demi-obscur.

La *lumière solaire* ne peut être utilisée qu'exceptionnellement.

La *lumière électrique*, presque aussi blanche que la lumière solaire, altère assez peu les couleurs. Quand l'installation générale s'y prête, on peut faire usage soit d'une lampe ordinaire à incandescence (110 volts), soit d'une petite lampe (6 ou 8 volts) alimentée par une

petite batterie portative d'accumulateurs ou même par une pile : cette lampe, nous le verrons plus loin, est dans ce cas placée en avant du miroir et fait corps avec la monture de celui-ci (miroir de Clar). Enfin sous le nom de photophore frontal (Héliot, Schütz, Stein, etc.) on a imaginé un appareil, où la source de lumière placée au-dessus de la racine du nez est représentée par une lampe électrique munie d'un système de lentilles concentrant les rayons lumineux.

L'*incandescence* a été également utilisée pour l'éclairage par le gaz et même par l'alcool. L'*acétylène*, parfois dangereux, est encore à l'étude (Lichtwitz). Le *gaz ordinaire* brûlant dans un bec circulaire à double courant d'air ou dans un bec Auer assure un bon éclairage. Les bonnes lampes à *huile* ou mieux à *pétrole* avec large mèche circulaire et puissante circulation d'air, chauffent moins et éclairent aussi bien que le gaz.

MIROIRS. — Quelle que soit la lumière utilisée, elle est généralement dirigée vers la fosse nasale à éclairer *par réflexion* et non directement. C'est un *miroir concave* qui est employé pour réaliser cette réflexion. Un bon miroir, utilisable à la fois pour la rhinoscopie, la laryngoscopie et l'otoscopie, aura quant à ses dimensions environ 10 cm. de diamètre et appartiendra par sa courbure à une sphère de 30 cm. de rayon : sa longueur focale sera donc de 15 cm. Il éclairera très vivement toutes les parties placées entre son centre de courbure et son foyer, c'est-à-dire situées entre 30 cm. et 15 cm. par rapport à la surface réfléchissante.

En cas de besoin et faute de mieux, un miroir d'ophtalmoSCOPE, tenu à la main, peut être utilisé.

Le miroir à bandeau frontal est classique, mais le type à casque (dit quelquefois américain ou à ressort) lui est de beaucoup supérieur.

Un type particulier de miroir frontal est le *miroir de Clar*. Il diffère des autres en plusieurs points. Si son diamètre est, comme celui du miroir ordinaire, de 10 cm., la sphère à laquelle il appartient est de très court rayon, 6 cm. seulement ; sa longueur focale est donc de 3 cm. ; à son foyer se trouve une petite lampe à incandescence de 6 à 8 volts ; enfin deux orifices répondent aux deux pupilles de l'observateur, ce qui rend obligatoire et facile la vision binoculaire. Il représente le meilleur moyen d'éclairage, partout où l'on a à sa disposition une source d'électricité.

SPECULUMS. — Parmi les *spéculums* réduits au rôle d'*écarteurs*, on peut citer celui de Frœnkel, celui de Palmer, sorte de blépharostat, et le spéculum de Jurasz improvisé à l'aide d'une épingle à cheveux.