

suppurations à caractère circonscrit ou *systématisées* qui sont révélatrices de lésions tout à fait spéciales.

Toutes les *rhinites* peuvent donner lieu, à un moment donné, à un *écoulement muco-purulent*, séro-purulent, hémopurulent ou même franchement purulent.

Il n'y a pas lieu de revenir ici sur les caractères déjà décrits de ces sécrétions (p. 306). A l'examen rhinoscopique antérieur, ces rhinites se révèlent par des lésions dont plusieurs sont vulgaires et banales, mais dont quelques-unes impriment à chaque rhinite son caractère propre.

La muqueuse des cornets et de la cloison, turgescence, rouge ou violacée, sans ulcérations, à peine érodée peut-être en quelques points très circonscrits; du muco-pus, peu adhérent, disséminé en traînées ou en ilots jaunâtres parfois confluents à la surface de cette muqueuse, tel est l'aspect classique de la *rhinite catarrhale* aiguë ou chronique simple, qui prédomine généralement au niveau de la partie inférieure des fosses nasales.

Les *rhinites symptomatiques* ou plutôt concomitantes de la grippe, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, n'ont généralement pas de caractère distinctif. La rhinite de la morve, très sécrétante, se reconnaît à des ulcérations siégeant sur les nodules caractéristiques; celle de la lèpre, peu sécrétante et indolore, se révèle également par des ulcérations et des nodules, quelquefois par de la simple tuméfaction, avant qu'elle arrive à la période de térébration. Dans ces deux dernières formes de rhinite, l'examen bactériologique permet un diagnostic hâtif, précis et indiscutable.

L'obstruction nasale plus ou moins complète, qu'elle siège près des choanes (végétations adénoïdes, queues de cornets), ou dans la fosse nasale elle-même (déformations de la cloison), peut suffire à entretenir des rhinites chroniques, que l'on doit considérer également comme symptomatiques ou concomitantes plutôt que comme primitives.

Au *point de vue militaire*, la rhinite chronique, susceptible de guérison à longue échéance, peut être une cause de réforme temporaire.

Les diverses rhinites sécrétantes peuvent, à un moment donné, se manifester sous-forme de *rhinites ulcéreuses* ou *croûteuses* :

Parfois celles-ci prennent d'emblée ces caractères. Les sécrétions peu copieuses, pauvres en eau, riches en mucus, se concrètent aisément sur la muqueuse, dont l'inflammation est alors entretenue par la présence de cette sorte de corps étranger et par les petits traumatismes dont il devient la cause. Les croûtes banales se détachent aisément par

le lavage ou à l'aide du stilet ou du porte-coton imprégné d'un liquide approprié; elles ont parfois une odeur fade désagréable, mais ne sont pas très fétides. Elles recouvrent des ulcérations qui saignent un peu quand on les met à nu. La rhinite de la fièvre typhoïde, les rhinites professionnelles des ouvriers exposés aux poussières ou vapeurs chroniques, arsenicales, calciques, phosphoriques, mercurielles, etc. affectent volontiers cette forme ulcéreuse, qui devient aisément destructive au niveau de la cloison.

Parmi les rhinites croûteuses une place à part doit être faite à l'*ozène* ou rhinite atrophique. Ici en effet la croûte a un aspect particulier, large, épaisse, à couches stratifiées, de couleur verdâtre et surtout d'odeur particulièrement pénétrante et fétide; elle se moule souvent sur la surface qu'elle revêt, formant alors de vrais bouchons. Une fois la croûte détachée (ce que rend malaisé son adhérence considérable à la paroi), on trouve la muqueuse sous-jacente rouge, mais non ulcérée. Enfin et surtout, à la période avancée de la maladie, la fosse nasale est considérablement élargie par suite de l'atrophie non seulement de la muqueuse, mais encore du squelette: les cornets peuvent être réduits à une simple bande linéaire.

Les rhinites à tendance destructive, la rhinite syphilitique par exemple, peuvent aboutir après des nécroses étendues à ce que l'on a appelé la *rhinite atrophique secondaire*: celle-ci ressemble à l'ozène vrai, mais ne doit pas être confondue avec lui.

Au *point de vue militaire* l'ozène vrai implique l'exemption et la réforme.

Il existe également des *rhinites à exsudats*; elles sont rares.

L'une, post-opératoire ou post-traumatique, succède aux interventions opératoires, principalement aux cautérisations en surface: elle est due au dépôt d'un *exsudat fibrineux* circonscrit sous lequel d'ailleurs la réparation des tissus se fait normalement.

L'*exsudat pseudo-membraneux* est caractérisé par une membrane blanc jaunâtre, adhérente, reposant sur une muqueuse rouge et tuméfiée; le stilet porte-coton enlève assez facilement, avec ou sans hémorragie, cette membrane; mais celle-ci se reproduit généralement assez vite. L'aspect objectif de l'exsudat est le même pour les membranes à bacille diphtérique de Löffler, à pseudo-bacille diphtérique, à staphylocoque ou à pneumocoque. L'examen bactériologique est le seul élément vraiment précis du diagnostic. Cependant l'évolution clinique peut venir en aide à celui-ci. La rhinite pseudo-membraneuse diphtérique a un début insidieux; elle se révèle par d'abondantes sécrétions

muco-hémo-purulentes avec débris membraneux, s'accompagne d'adéno-pathie sous-maxillaire, et atteint souvent l'état général. La rhinite pseudo-membraneuse non diphtérique a un début plus bruyant, des sécrétions surtout muqueuses ; l'adéno-pathie est minime ou nulle, l'état général peu touché.

Dans les affections étudiées jusqu'ici, la suppuration, non systématisée, ne constituait pas le signe principal de la maladie. Il est au contraire des cas où l'écoulement purulent abondant et diffus devient prédominant au point de représenter à lui seul, pour ainsi dire, l'affection presque tout entière.

La rhinite purulente est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte : les fièvres éruptives, l'impétigo scrofuleux, la blennorrhagie d'origine maternelle pour le nouveau né, la syphilis congénitale en sont des causes habituelles ; mais aussi fréquentes et plus faciles à méconnaître sont les rhinites purulentes entretenues par l'obstruction nasale due souvent à des végétations adénoïdes et par la présence d'un corps étranger septique ou intoléré. Ce dernier, lorsqu'il est fixé dans la cavité nasale, le plus souvent caché dans le méat inférieur et non inclus dans ses parois, peut être reconnu à la rhinoscopie antérieure à l'aide de la vue, et plutôt du toucher au stylet, aidés de la cocaïnisation précédée elle-même d'un nettoyage soigneux (injection sans pression, essuyage au stylet porte-coton). L'incrustation calcaire, qui transforme les corps étrangers en *rhinolithes*, les rend plus aisés encore à reconnaître. L'écoulement unilatéral abondant, grumeleux et fétide, n'est qu'un signe de présomption, car il se rencontre dans d'autres cas, surtout chez l'adulte.

La syphilis est la principale cause des rhinites purulentes diffuses qui ne sont pas dues aux corps étrangers. A la rhinoscopie on ne voit guère, au début, que du pus liquide ou concrété et une muqueuse hypertrophiée et végétante, surtout sur le cornet inférieur, quelquefois vers la voûte ou sur le plancher. Après nettoyage et cocaïnisation répétés, l'observateur finit par découvrir soit l'ulcération caractéristique de la gomme ramollie, à fond jaune, à parois infiltrées et disposées en rempart autour d'un cratère central, soit des points gris ou noirs où le stylet donne la sensation de l'os dénudé, et qui répondent à des séquestres enclavés ou partiellement mobilisables. Par sa diffusion, par sa tendance à la nécrose, la syphilis tertiaire des fosses nasales revêt sur les parois autres que la cloison, une forme clinique spéciale. Elle y est moins « déformante » que sur le septum, sauf pourtant au niveau du plancher où elle détermine des perforations palatines ; mais elle y devient menaçante par sa tendance à l'extension

Schéma du diagnostic des lésions révélées par la rhinoscopie antérieure.

	DÉFORMATIONS		SUPPURATIONS		ULCÉRATIONS BANALES	TUBERCULOSE ET LUPUS	SYPHILIS	TUMEURS	
	PASSAGÈRES	PERMANENTES	CIRCOSCRIPTES	DIFFUSES				BÉNIGNES (polypes)	MALIGNES
Étiologie.	Variable	Congénitales traumatisme, syphilis.	Généralement empyème sinusal.	Corps étrangers, syphilis.	Infection banale favorisée par état général.	Tuberculose locale ou générale.	Syphilis acq. ou hered.	Sinusite ou cause incon nue.	Souvent tumeur extra-nasale concomitante.
Signes subjectifs.	Obstruction intermittente. Troubles réflexes variés.	Obstruction nasale, partielle ou totale. Modifications de sécrétion, fétidité.	Céphalée. Écoulement unilatéral de pus, intermittent.	Écoulement purulent, abondant et fétide.	Epistaxis.	Indolence.	Douleur, fétidité.	Obstruction variable. Troubles réflexes.	Variables.
Localisation.	Cornets ou cloison.	Cornets ou cloison.	Méat moyen.	Diffuse.	Cloison (point de Kiesselbach).	Vestibule, cloison.	Diffuse.	Méat moyen.	Cloison, vestibule.
Aspect objectif.	Globuleux, si hématomes ou abcès de la cloison. Hypertrophies circonscrites, (tête et queue) ou diffuses des cornets.	Déviation ou déformations de la cloison (crêtes, épérons, cals). Séquestres massifs (syphilis). Atrophie (ozène).	Topographie du pus ou des hypertrophies circonscrites dans le méat moyen.	Corps étrangers rhinolithes, tissu gommeux, séquestres.	Surface grise ou brune, puis croûte recidivante.	Ulcération grise, blafarde, végétante. Nodule ou tumeur et ulcération.	Chancres, tuméfaction dure dans vestib. ou sur cloison. Gomme, tuméfaction puis ulcération. Séquestres, débris blancs ou noirs.	Tumeurs multiples gris bleu ou jaune, gela-tineuses.	Aspect vilain. Infiltration diffuse, ulcération précoce, fétidité.
Évolution.	Pour hématomes et abcès, guérison avec perforation de cloison. Pr hypertrophies, variables	Déformations, persistance. Séquestre, diminution. Atrophie, état définitif.	Sinusite aiguë, souvent guérison. S. chronique durable, non curable spontanément.	Guérison par suppression de la cause.	Guérison avec perforation possible de la cloison.	Tub. extension. Lupus, possible après mutilation.	Cicatrices rétractiles déformantes. Atrophie et ozène secondaires.	Développement des tumeurs non extirpées, simulant la repululation sur place.	Fatale.

vers les sinus, vers l'ethmoïde et par sa propagation possible vers l'orbite ou l'encéphale.

Le groupe formé par les *coryzas à sécrétion caséuse* tend à se démembrer de plus en plus ; le caséum s'observe dès qu'il y a stagnation du pus, que la suppuration soit d'origine sinusale ou de cause syphilitique, et disparaît dès que l'obstruction est supprimée.

Les *suppurations systématisées*, c'est-à-dire localisées à un point précis d'une fosse nasale, représentant un cas particulier des sinusites en général, à savoir les empyèmes ouverts, seront décrites avec les suppurations des cavités annexes.

Le tableau schématique précédent fournit les principaux éléments du diagnostic différentiel des lésions révélées par la rhinoscopie antérieure ; il résume le chapitre II.

CHAPITRE III

EXAMEN DES CAVITÉS ANNEXES DES FOSSES NAsALES. — COMPLICATIONS ORBITAIRES OU ENDOCRANIENNES D'ORIGINE NASALE

Les cavités annexes des fosses nasales comprennent les sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et le labyrinthe ethmoïdal. Outre les méthodes habituelles de la chirurgie et de la médecine générales, quatre méthodes d'examen objectif permettent l'exploration précise de ces cavités. Ce sont : 1° la rhinoscopie antérieure faite avec soin pour la région du méat moyen, complétée au besoin par la rhinoscopie postérieure ; 2° le cathétérisme des sinus par leurs orifices naturels ; 3° la ponction de leurs parois ; 4° enfin la recherche de leur perméabilité à la lumière (translumination ou transillumination de la face).

§ 1. — Examen par les méthodes générales.

1° La *douleur* est un symptôme fréquent, presque constant, des sinusites. Ses caractères subjectifs ont été déjà indiqués (p. 308) à

propos de la séméiologie générale des affections nasales. Quant à ses caractères objectifs, c'est-à-dire, à la localisation de la douleur provoquée par la pression, ils sont les suivants.

Il peut exister des *points douloureux osseux* sur l'os frontal, sur la paroi interne de l'orbite, enfin au-dessous de la pommette, c'est-à-dire au-dessus du bord alvéolaire. Il peut exister des *points douloureux de névralgie* à l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires.

Le siège de beaucoup le plus fréquent est la racine du nez (*point frontal*) et la partie supéro-interne de la base de la cavité orbitaire. Cette localisation révèle une lésion frontale ou ethmoïdale. Mais le fait n'a rien d'absolu, car dans la sinusite maxillaire le *point douloureux sus-orbitaire* peut exister, quelquefois même plus accusé que les *points douloureux sus-alvéolaire* ou *sous-orbitaire* qui ont fait défaut en maintes circonstances (Killian). Par contre, ce même point douloureux sous-orbitaire peut dépendre d'une sinusite sphénoïdale, sans sinusite maxillaire concomitante ; les rapports intimes du nerf maxillaire supérieur à son origine avec le sinus sphénoïdal en donnent la raison anatomique.

2° Les *troubles nerveux généraux*, c'est-à-dire les états de dépression, les états de congestion et certains états névropathiques que les suppurations sinusales créent ou entretiennent ont été signalées plus haut (p. 309). Ils détournent l'attention des sinus plus souvent qu'ils ne l'y appellent.

3° L'*écoulement purulent*, généralement unilatéral et intermittent, dont les caractères subjectifs ont été indiqués déjà (p. 306) n'est, pas plus que la douleur, un symptôme de valeur absolue.

Certaines rhinites peuvent le produire, et, d'autre part, il peut manquer dans des sinusites, même ouvertes, si la sécrétion est minime ou si elle se fait voie vers le pharynx.

L'écoulement classique des sinusites est fétide, surtout pour le sinus maxillaire, et cette fétidité est pénible principalement pour le malade, qui est quelquefois seul à la constater (cacosmie subjective) : c'est une odeur de purin, de saumure, de hareng, d'égout, de fromage pourri.

4° Enfin certaines *déformations* ont été considérées comme pathognomoniques des suppurations sinusales.

Rénitentes et dues à de l'œdème, ou bien dures et provenant alors du refoulement d'une paroi osseuse distendue, elles peuvent se trouver