

TOME III

1 volume grand in-8° de 702 pages, avec figures dans le texte. 16 fr.

Maladies cutanées, par G. THIBERGE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Maladies vénériennes, par G. THIBERGE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Maladies du sang, par A. GILBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Intoxications, par H. RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux de Paris.

TOME IV

1 volume grand in-8° de 680 pages avec figures dans le texte. 16 fr.

Maladies de la bouche et du pharynx, par A. RUAULT, médecin honoraire de la Clinique laryngologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Maladies de l'estomac, par A. MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.

Maladies du pancréas, par A. MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.

Maladies de l'intestin, par COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris.

Maladies du péritoine, par COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris.

TOME VI

1 volume grand in-8° de 612 pages avec figures dans le texte. 14 fr.

Maladies du nez et du larynx, par A. RUAULT, médecin honoraire de la Clinique laryngologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Asthme, par E. BRISSAUD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Coqueluche, par P. LE GENDRE, médecin des hôpitaux de Paris.

Maladies des bronches, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Troubles de la circulation pulmonaire, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Maladies aiguës du poumon, par NETTER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

TOME VII

1 volume grand in-8° de 550 pages avec figures dans le texte. 14 fr.

Maladies chroniques du poumon, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Phtisie pulmonaire, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Maladies de la plèvre, par NETTER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Maladies du médiastin, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Le TOME V sera publié ultérieurement.

Dr. FERNANDO CANTU CÁRDENAS

TRAITÉ DE MÉDECINE

TOME VI

MALADIES DU NEZ ET DU LARYNX

Par A. RUAULT

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES DES FOSSES NASALES

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES CIRCULATOIRES

§ 1. — ANÉMIE

L'anémie de la muqueuse nasale ne s'observe isolément que chez quelques sujets atteints de certaines variétés de rhinites chroniques, anciennes et très avancées.

On la constate assez souvent, en même temps que celle de la cavité buccogutturale, mais d'ordinaire à un moindre degré que cette dernière, dans les états généraux cachectiques (tuberculose, cancer, leucémie, cachexie palustre, etc.). Elle est constante et plus marquée chez les individus anémiés par des hémorragies abondantes ou répétées (métrorragies, etc.), et surtout chez les chlorotiques, dont la pituitaire présente toujours une teinte pâle et verdâtre ne différant pour ainsi dire pas de celle de la peau.

Il importe de remarquer que si la pituitaire n'est pas atrophiée, sa décoloration peut coïncider avec une réplétion sanguine des sinus veineux profonds; car elle est le plus souvent le résultat d'altérations qualitatives du sang, dont la masse n'est pas diminuée. Il existe d'ailleurs, ainsi que nous le verrons bientôt, un certain degré d'indépendance entre les troubles circulatoires des couches superficielles de la muqueuse nasale et ceux de ses couches profondes, constatable chez beaucoup de sujets.

§ 2. — HYPERÉMIE

Étiologie et symptômes. — L'hyperémie de la muqueuse nasale s'observe très fréquemment. Elle est passive ou active, généralisée ou circonscrite.

Je passerai rapidement ici sur les hyperémies passives, qui reconnaissent dans cette région des causes de même ordre qu'ailleurs : obstacles au retour du sang veineux, troubles cardiaques, etc. Je me bornerai à appeler l'attention sur le rôle des obstructions du pharynx nasal (tumeurs adénoïdes ou autres) et de la partie postérieure des fosses nasales (polypes). On voit souvent, en pareil cas, l'hyperémie passive et généralisée de la muqueuse. Parfois même on observe, indépendamment de cette dernière, une distension des veines transverses sous-cutanées de la partie supérieure du dos du nez, assez marquée pour que cette région apparaisse marbrée de traînées bleuâtres. La constatation de ce signe, chez les enfants surtout, doit éveiller l'attention du médecin sur l'état de la perméabilité nasale et naso-pharyngienne.

Les hyperémies actives, en raison du rôle important qu'elles jouent dans la pathogénie des épistaxis et des rhinites aiguës et chroniques, méritent de nous arrêter plus longtemps. Elles peuvent apparaître et se généraliser à toute la pituitaire, sous l'influence de l'irritation de cette membrane par le contact d'un air trop froid, ou trop chaud, ou chargé de fumée ou de poussières irritantes. Mais alors elles doivent être considérées comme un phénomène physiologique, une manifestation du rôle de défense dévolu à la muqueuse nasale vis-à-vis des voies respiratoires plus profondes, à moins qu'il n'existe une disproportion manifeste entre le degré de la réaction et la cause extrinsèque dont elle dérive. On a affaire alors à des symptômes d'hyperexcitabilité réflexe, dont l'étude sera faite ultérieurement et ne saurait trouver place ici. Je n'insiste pas non plus sur les hyperémies plus ou moins étendues déterminées par des lésions circonscrites des fosses nasales ou de leur squelette, et je me borne à rappeler celles qui peuvent dépendre d'une lésion voisine, siégeant au pharynx nasal (kystes, inflammations, concrétions lacunaires de l'amygdale rétro-nasale), et dont je me suis occupé déjà à l'occasion de la pathologie du pharynx. La congestion généralisée de la pituitaire peut aussi résulter d'une poussée vasodilatatrice réflexe ne dépendant pas d'une irritation locale ou voisine, mais à point de départ éloigné. Par exemple, elle peut être déterminée par le refroidissement, soit généralisé, soit localisé à la nuque, au cuir chevelu, aux extrémités inférieures. C'est ainsi que débute le plus souvent le coryza aigu.

Elle peut encore succéder à un repas trop copieux, à des excès alcooliques ou vénériens, ou bien encore à des préoccupations morales, à des fatigues cérébrales, surtout aux veilles prolongées. Elle s'observe souvent aussi, surtout après les repas, même les plus légers, chez certains dyspeptiques présentant de l'atonie ou de la dilatation stomacale. Elle est fréquemment accompagnée, en pareil cas, d'une rougeur des deux tiers inférieurs du nez s'étendant jusqu'au niveau des pommettes; rougeur passagère d'abord, ne disparaissant plus jamais complètement au bout d'un certain temps, et pouvant alors s'accompagner de varicosités, et d'acné rosacée ou séborrhéique. La constipation habituelle compte aussi parmi les causes les plus ordinaires de ces accidents. J'en dirai autant de certaines phlegmasies chroniques, ou simplement des divers troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Quelques personnes même en souffrent à peu près invariablement, soit seulement à l'approche, soit de plus pendant une durée variable de chaque époque menstruelle.

Les sujets de souche arthritique, les goutteux surtout, sont spécialement prédisposés à ces poussées congestives de la face. Ils peuvent en souffrir avec une extrême fréquence, et même quotidiennement, pendant plusieurs mois, sous

l'influence des causes déterminantes les plus banales, et les voir ensuite disparaître, au bout d'un temps variable, soit spontanément, soit à la suite d'un flux hémorroïdaire, d'une manifestation localisée de leur diathèse, soit après un traumatisme ou sous l'influence d'une maladie aiguë intercurrente.

Au lieu de donner lieu à des congestions généralisées, les causes indiquées plus haut peuvent déterminer des hyperémies circonscrites de la muqueuse nasale. Chez certains sujets (surtout des neuro-arthritiques, des goutteux, etc.), elles peuvent être bilatérales, et ne frapper que le tiers antérieur ou les deux tiers postérieurs des deux fosses nasales. Les recherches récentes des physiologistes (Dastre et Morat, François-Franck) sur les nerfs vaso-dilatateurs de la muqueuse du nez nous permettent de comprendre aisément ces hyperémies partielles de la pituitaire: les premières sont commandées par les branches nasales du nerf ophtalmique, les secondes par celles du ganglion sphéno-palatin. Chez d'autres sujets (particulièrement des nerveux, névropathes héréditaires ou neurasthéniques), ces hyperémies circonscrites sont bien plus souvent unilatérales, et elles apparaissent indifféremment chez la même personne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; occupant quelquefois toute l'étendue de la fosse nasale, plus souvent une partie seulement de la cavité, soit ses deux tiers postérieurs, soit de préférence son tiers antérieur. C'est au niveau du cornet inférieur qu'elles prédominent.

Des symptômes relevant de la congestion de la muqueuse pituitaire, les uns, en très petit nombre, sont à peu près constants pour peu que l'hyperémie soit un peu marquée, tandis que les autres, extrêmement nombreux, se montrent avec une fréquence et en nombre très variable suivant les sujets.

Lorsque la congestion est bilatérale, elle se manifeste par une diminution plus ou moins complète de la perméabilité nasale, qu'on désigne sous le nom d'*enchifrènement*. Cette obstruction suspend l'exercice du sens olfactif, oblige le sujet à ne respirer que par la bouche, altère le timbre de sa voix (nasonnement), et s'accompagne souvent d'une gêne que le malade caractérise en se plaignant d'« avoir la tête lourde ». Lorsque, par suite d'une malformation notable de la cloison, les fosses nasales présentent une largeur très inégale, la gêne est plus marquée du côté le plus étroit. Il est de règle que cet état coïncide avec une sensation pénible de sécheresse intra-nasale; et les efforts inutiles que le malade embarrassé fait pour se moucher ne font qu'augmenter l'intensité de cette sensation ainsi que l'obstruction qui l'accompagne. Celle-ci, dans la plupart des cas, apparaît rapidement ou presque subitement; puis, au bout d'un temps variable, elle disparaît progressivement ou aussi vite qu'elle est apparue.

Ces apparitions et ces disparitions subites de l'obstruction se voient surtout dans les cas de congestion unilatérale. La poussée peut alors passer d'un côté à l'autre, ou s'éteindre entièrement pour ne reparaitre qu'après avoir laissé au malade une période de tranquillité dont la durée varie suivant les sujets, et chez le même sujet sous l'influence de causes accidentelles, ou encore selon le moment de la journée, l'époque de l'année, les conditions climatériques, l'état de sa santé générale, la période bonne ou mauvaise qu'il traverse, etc.

La disparition momentanée de la congestion nasale coïncide parfois avec de la rhinorrhée séreuse. Parfois au contraire cette dernière, souvent précédée ou accompagnée de sensations de chatouillements ou de fourmillements déterminant des éternuements répétés, se montre en même temps que débute la tuméfaction

sanguine de la muqueuse⁽¹⁾. Chez certains individus, on voit même apparaître, en même temps que la poussée congestive, des troubles respiratoires spasmodiques variables, des symptômes douloureux relevant vraisemblablement de réactions vaso-motrices secondaires, etc. Nous reviendrons plus tard sur l'étude de ces phénomènes réflexes.

Les signes rhinoscopiques ne sont pas toujours identiques. Cependant, que la congestion soit générale ou circonscrite, l'examen au spéculum nasal (qui, soit dit en passant, et une fois pour toutes, est absolument illusoire s'il n'est pas pratiqué avec un miroir réflecteur percé à son centre, et la lumière brillante d'un faisceau de rayons solaires ou d'une bonne lampe) fait toujours reconnaître, au niveau des cornets, une tuméfaction, une tension plus ou moins accentuée de la région hyperémiée. S'il s'agit d'une congestion passive, la muqueuse est de couleur rouge sombre et d'aspect plutôt mat, lorsque la pituitaire ne présente pas d'altérations notables de sa structure histologique. En cas d'hyperémie active, la coloration et l'aspect sont variables. Tantôt la surface de la membrane tendue est colorée en rouge vif très foncé, lisse et brillante; tantôt, surtout en cas d'épaississement de la muqueuse, celle-ci conserve, notamment sur les points où les altérations de tissu prédominent, une nuance à reflets grisâtres toute différente de la précédente. Souvent, enfin, la région tuméfiée n'offre pas une coloration anormale : lorsque l'obstruction est unilatérale, on peut souvent voir que la muqueuse tuméfiée du côté obstrué n'est pas plus colorée que celle du côté opposé. Ces trois aspects de la pituitaire hyperémiée se montrent surtout avec des différences saisissantes dans les cas où la congestion est circonscrite aux parties antérieures du cornet inférieur de l'une ou des deux fosses nasales. Il n'est pas plus rare de constater alors, dans cette région, une coloration à peu près normale qu'une teinte rouge très foncée, ou, au contraire, une décoloration très marquée donnant à la muqueuse une apparence blanchâtre. Hack, qui a beaucoup étudié ces hyperémies circonscrites de l'extrémité antérieure des cornets inférieurs, et les rendait responsables de toute une série de maux⁽²⁾, a soutenu que cette décoloration était due à une pression excentrique exercée sur la couche superficielle de la muqueuse dont les vaisseaux sont de petit calibre et peu dilatables, par sa couche profonde, presque uniquement constituée par des sinus vasculaires, et devenant turgescence lorsque ceux-ci subissent une réplétion sanguine exagérée. Cette hypothèse, qui a été adoptée sans discussion par beaucoup d'auteurs, ne me semble pas justifiée par l'observation clinique. En effet, la coloration de la surface libre du cornet n'est nullement en rapport avec le degré de la tuméfaction; car on peut voir des gonflements énormes avec une rougeur superficielle très vive aussi bien qu'avec une pâleur remarquable. Pour ma part, en explorant, sous le contrôle de l'œil, la consistance des parties avec un stylet moussé glissé à plat d'avant en arrière pour refouler la masse sanguine, j'ai trouvé bien souvent la muqueuse rouge plus élastique et plus tendue, plus prompte à se tuméfier de nouveau, après la cessation du contact du stylet, sous l'influence du sang un instant refoulé par l'instrument, que je ne l'avais constaté sur des muqueuses pâles présentant une tuméfaction tout aussi marquée. Je n'ai jamais vu la coloration de la muqueuse

(1) Voyez le travail de HERGOZ, Der nervöse Schnupfen; *Mittelh. des Ver. der Aerzt. Steierm.*, Vienne, 1882.

(2) HACK (de Fribourg en Brisgau), Du traitement opératoire radical de certaines formes de migraine, d'asthme, fièvre de foin, etc. Édition française, Paris, Carré, 1887.

changer momentanément d'une façon bien appréciable, sous l'influence de cette manœuvre. Enfin, les renseignements donnés par l'examen de la muqueuse tuméfiée, prolongé pendant quelques instants après un badigeonnage avec une solution de cocaïne, ne sont pas moins instructifs que ceux obtenus au préalable par l'exploration à l'aide du stylet. Ce badigeonnage détermine, en quelques minutes à peine, l'affaissement de la muqueuse, qui se rétracte progressivement à vue d'œil. Or, en cas de tuméfaction pâle, on voit que la pâleur survit le plus souvent à la disparition du gonflement : tantôt elle ne commence à disparaître que lorsque ce dernier a déjà fait place à l'affaissement complet de la membrane; tantôt elle persiste, à un degré variable, pendant toute la durée de l'examen. De même, lorsqu'on opère sur une muqueuse tuméfiée et très rouge, on constate bien souvent les phénomènes inverses. Les choses ne se passent donc pas aussi simplement que le croyait Hack. Il nous faut admettre qu'en dehors des cas, nombreux d'ailleurs, où la pâleur de la muqueuse congestionnée est due à des modifications de structure persistantes, les différences de coloration observées relèvent vraisemblablement de réactions vaso-motrices. La turgescence des sinus veineux de la couche profonde de la muqueuse des cornets pouvant exister sans congestion de la couche superficielle, et même coexister avec l'ischémie de cette dernière, nous nous trouvons amenés à considérer comme un fait très probable l'existence de filets vaso-moteurs indépendants pour chacune d'elles; bien que jusqu'ici les physiologistes, en expérimentant sur les animaux, aient toujours vu l'excitation du bout périphérique d'un rameau nasal vaso-dilatateur produire à la fois, dans le territoire innervé par lui, la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse.

Marche et pronostic. — L'hyperémie nasale, pour peu qu'elle dure ou qu'elle se répète fréquemment et pendant longtemps, a des conséquences fâcheuses. Quelquefois, lorsqu'il s'agit d'hyperémies généralisées, actives ou passives, on peut voir apparaître des troubles sécrétoires permanents : le mucus nasal devient plus abondant et plus épais, plus riche en éléments cellulaires et moins aqueux qu'à l'état normal. Les altérations glandulaires se montrent en même temps que le relâchement et l'épaississement de la muqueuse, et le catarrhe nasal chronique s'installe.

Plus souvent, surtout en cas d'hyperémies actives, circonscrites et intermittentes des régions antérieures des fosses nasales, les sécrétions sont plutôt diminuées qu'augmentées; et le malade se plaint de ne jamais se moucher, de souffrir d'une sécheresse du nez à peu près constante en dehors des attaques accidentelles de coryza aigu. Celles-ci, à la vérité, sont très fréquentes chez beaucoup d'entre eux; elles durent peu d'ordinaire, mais elles surviennent sous des influences tout à fait banales, tantôt toute l'année, tantôt pendant la saison froide seulement, et c'est parfois cette tendance aux rhumes de cerveau qui les amène chez le médecin. Cependant, en pareil cas, ces coryzas répétés n'aboutissent pas au catarrhe chronique avec hypersécrétion continue qu'on observe dans d'autres conditions. Au bout d'un certain temps, souvent après plusieurs années seulement, les attaques de catarrhe aigu deviennent plus rares, s'espacent de plus en plus et disparaissent plus ou moins radicalement. Mais la muqueuse n'arrive à perdre sa vulnérabilité qu'au prix d'altérations progressives de sa structure.

Tout d'abord, sous l'influence des réplétions sanguines répétées et exagérées