

on engagera le malade à se moucher doucement pour les déloger, et, si ce moyen ne réussit pas tout de suite et sans nécessiter d'efforts, on procédera à la toilette nécessaire à l'aide de la seringue anglaise, en faisant avec lenteur et sans violence, par la narine en apparence la moins perméable, une injection d'eau boriquée chaude, tandis que le malade, tenant la tête légèrement penchée en avant au-dessus d'une cuvette, respire largement par la bouche. Lorsque ces manœuvres n'amènent pas le retour de l'hémorragie, on observe immédiatement avec le plus grand soin toutes les parties accessibles à la vue, et en particulier les régions qui saignent de préférence (cloison cartilagineuse, surtout en avant et en bas, bords antérieurs des cornets moyens). Si cette première exploration ne donne que des résultats négatifs, on devra la renouveler plusieurs jours de suite avant de les accepter définitivement, car certaines lésions ne deviennent apparentes qu'un certain temps après l'arrêt de l'hémorragie.

La constatation d'une lésion locale importante (ulcération spécifique, corps étranger, tumeur vasculaire de dimension quelconque, etc.) suffit souvent à permettre de porter un pronostic ferme et d'instituer un traitement rationnel. Lorsque l'exploration rhinoscopique ne révèle que des altérations légères (érosions, ulcérations superficielles simples, petits thrombus, etc.), le médecin doit s'astreindre à rechercher, en tenant compte de l'âge du sujet, de ses prédispositions héréditaires possibles, de ses antécédents pathologiques, de sa santé actuelle, enfin des circonstances diverses au milieu desquelles l'hémorragie a apparu ou reparait de préférence, les facteurs étiologiques et les éléments pathogéniques multiples dont les associations peuvent le plus vraisemblablement favoriser l'éclosion des accidents, leur répétition, leur intensité, etc. Cette enquête lui permettra de joindre au traitement direct des lésions nasales des mesures hygiéniques ou thérapeutiques complémentaires, souvent fort utiles.

Elle prendra une importance extrême dans les cas, assez nombreux d'ailleurs, où le médecin se trouvera en présence d'un sujet bien portant en apparence ou n'accusant parfois que des troubles de la santé insignifiants et mal définis, qui aura été pris sans causes appréciables d'épistaxis plus ou moins abondantes ou répétées, surtout bilatérales ou partant indifféremment de l'une, puis de l'autre narine, et dont aucune lésion persistante, appréciable à l'examen le plus minutieux, n'aide à expliquer l'apparition. Assez souvent, en effet, si elle est suffisamment bien conduite et complète, elle pourra faire constater l'existence d'une tuberculose pulmonaire, d'une cirrhose du foie, d'une sclérose rénale, au début; d'un diabète ignoré; de lésions cardio-vasculaires jusqu'alors latentes et méconnues. Dans certains cas même, elle sera capable de faire soupçonner l'imminence de l'une ou l'autre de ces maladies, encore au début de sa période prodromique. Le médecin aura dès lors la possibilité de faire profiter le malade des avantages de l'institution précoce du traitement causal ou prophylactique. Dans d'autres circonstances, au contraire, quelque étendue que puisse être la sagacité clinique de l'observateur, il ne pourra arriver à recueillir des éléments d'appréciation d'une valeur quelconque, et l'étiologie des accidents demeurera tout à fait obscure. Cependant, s'il s'agit d'un sujet déjà arrivé à la cinquantaine, à la soixantaine surtout, on doit savoir qu'une hémorragie nasale de cause inconnue, unique ou évoluant en plusieurs reprises successives, et d'abondance un peu supérieure à la moyenne, n'est presque jamais un fait indifférent. Lasègue considérait ce genre d'épistaxis comme un signe pronostique de fâcheux augure. « C'est bien souvent, disait-il, le premier coup de la cloche qui sonne le glas. »

Il n'est pas rare, en effet, que ces malades, plus ou moins tôt après l'hémorragie ou les hémorragies nasales, soient atteints d'accidents cérébraux, d'ictus apoplectiques, symptomatiques de ruptures, ou plus souvent encore d'oblitérations des vaisseaux cérébraux.

Traitement. — Le traitement de l'épistaxis exige l'emploi de moyens thérapeutiques variés, dont la mise en œuvre est commandée par des indications de divers ordres, étiologiques, pathogéniques et symptomatiques. Les uns s'appliquent au traitement *immédiat*; ils ont pour but de restreindre l'abondance du sang répandu d'un seul trait, c'est-à-dire de réaliser l'hémostase avant qu'elle se soit produite spontanément. Les autres s'appliquent au traitement *consécutif*, ils sont destinés à empêcher qu'après avoir cédé, soit spontanément, soit sous l'influence de procédés quelconques dont on a pu cesser l'emploi sans réapparition immédiate de l'écoulement sanguin, l'hémorragie ne se répète à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Traitement immédiat. — Ce traitement s'impose lorsque le sang coule avec force et s'échappe en abondance, ou lorsque l'écoulement, bien que se faisant avec lenteur, persiste longtemps sans diminution ou ralentissement progressifs. Le moment précis où se pose l'indication de procéder à l'hémostase est extrêmement difficile à apprécier: on ne saurait se baser sur la quantité de sang déjà répandu, car la limite maxima que celle-ci peut atteindre sans danger pour le malade est sujette à des variations très étendues, suivant l'âge du sujet, sa taille, sa constitution, son état de santé, suivant qu'il a déjà été atteint d'hémorragies plus ou moins récentes et abondantes, ou qu'au contraire il saigne pour la première fois. Telles sont les données dont le médecin devra tenir compte pour poursuivre constamment ce double but: d'une part, ne pas arrêter prématurément une épistaxis salutaire; et, d'autre part, ne jamais attendre pour faire l'hémostase que la persistance de l'hémorragie ait déjà déterminé des symptômes immédiats dus à l'excès de la spoliation sanguine.

En dehors des hémorragies nasales *critiques* de quelques maladies aiguës (pneumonie, érysipèle de la face, etc.), on doit évidemment considérer comme salutaires les épistaxis qui apparaissent spontanément chez les malades dont l'état actuel met le médecin en demeure de songer à l'opportunité d'une saignée générale. Quelque délaissée que soit aujourd'hui cette intervention, elle conserve encore, aux yeux des médecins qui n'ont pas consenti à se priver des ressources de la vieille médecine traditionnelle, une valeur considérable: ceux-là savent quels services inestimables est parfois seule capable de rendre, soit à un brightique, soit à un cardiaque, soit à un pneumonique, etc., une saignée pratiquée au bon moment et convenablement réglée. Aussi se garderont-ils bien d'arrêter, dans des cas de ce genre, une épistaxis spontanée, capable de produire les mêmes effets bienfaisants qu'une intervention thérapeutique similaire.

La conduite du médecin devra encore varier, suivant qu'il aura affaire à une hémorragie accidentelle ou à une épistaxis récidivante. On sait en effet qu'une perte de sang abondante, due à une hémorragie unique, n'a pas les mêmes inconvénients que lorsqu'elle résulte d'hémorragies répétées; parce que celles-ci, à mesure qu'elles se multiplient, appellent de plus en plus des rechutes nouvelles, en créant cet éréthisme vasculaire spécial que Marshall-Hall appelait « état de réaction excessive », et dont le professeur Hayem a donné récemment une description saisissante.

D'une façon générale, si l'on assiste au début de l'hémorragie, on n'attendra pas trop pour tenter de la modérer et de l'arrêter en s'adressant d'abord aux moyens les plus simples. De cette façon, on ne redoutera pas outre mesure qu'ils échouent, parce qu'en cas d'insuccès on aura encore la possibilité de recourir à l'hémostase mécanique (tamponnement) avant que la perte de sang soit bien considérable. Mais, dans la majorité des cas, le médecin n'arrive près du malade que lorsque l'hémorragie dure depuis un certain temps déjà, a résisté aux diverses tentatives du malade et de son entourage, et a donné lieu à une spoliation sanguine importante. Il lui faut donc intervenir de suite et recourir d'emblée aux moyens les plus sûrs dont il puisse disposer.

Tout d'abord il faut aérer la pièce, en ouvrir largement les fenêtres pour y faire pénétrer, si possible, de l'air frais; et en même temps s'assurer que le malade n'a pas le cou serré par le col de chemise ou les vêtements. Ceux-ci devront être quittés, la chemise sera ouverte, le cou et la poitrine libres et à nu. Le sujet sera assis, le buste droit, la tête inclinée en avant au-dessus d'une cuvette propre et sèche placée sur les genoux. Le médecin examinera alors la rapidité de l'écoulement sanguin, la couleur du sang, sa consistance; il s'attachera à reconnaître s'il coule des deux narines, ou seulement d'une seule, et de laquelle, et, s'il y a doute, il le fera cesser en recherchant s'il n'existe pas de perforation du septum, et si l'oblitération de l'une ou de l'autre narine avec la pulpe du pouce arrête momentanément l'écoulement du sang, qui tombe ensuite en masse lorsque le doigt est retiré après quelques secondes. Si le sang coule avec lenteur, d'un seul côté, et que la chute des gouttes se fasse à intervalles relativement éloignés, on devra procéder immédiatement à l'examen rhinoscopique, qu'on pratiquera après avoir lavé la narine avec de l'eau fraîche injectée avec douceur à l'aide d'une seringue anglaise ou autre à canule mousse et mince, dirigée vers l'axe antéro-postérieur de la fosse nasale, et maintenue très près de son entrée mais en dehors de sa cavité. On se munira d'un mince porte-ouate qui servira à éponger les parties; et, si le sang vient de la région antéro-inférieure de la cloison, on s'en rendra compte sans difficulté dans un grand nombre de cas. De même, si le sang vient de la partie antérieure du cornet moyen. On pourra aussi reconnaître de cette façon une tumeur ou quelque autre lésion importante. Mais, pour peu que le sang vienne de divers points ou s'échappe en nappe d'une surface un peu étendue, pour peu qu'il s'écoule avec un peu d'abondance et de rapidité, on devra s'abstenir de prolonger l'exploration.

On tentera aussitôt de réaliser l'hémostase à l'aide de l'application locale de la cocaïne, dont le pouvoir vaso-constricteur est considérable. On imbibera, avec une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au dixième ou même au cinquième, un tampon de coton hydrophile très médiocrement serré et on l'introduira, à l'aide du spéculum et du stylet, dans la partie antérieure de la narine. On aura bien soin de recommander au malade de tenir la tête penchée en avant pendant cette manœuvre, afin que le liquide en excès s'échappant du tampon s'écoule en dehors et non pas dans le pharynx. Dans la grande majorité des cas, on obtiendra ainsi, au bout de deux à trois minutes au plus, tantôt l'arrêt complet, tantôt le ralentissement plus ou moins marqué de l'écoulement sanguin. Quelquefois l'arrêt est définitif; d'autres fois il n'est que momentané: après un quart d'heure ou plus, l'hémorragie reparait, et, si l'on recourt de nouveau à la cocaïne, on reconnaît que son application donne des résultats moindres que la première fois.

Ce procédé, que j'ai fait connaître il y a quelques années⁽¹⁾, est d'une valeur certaine, et son efficacité est souvent remarquable. Son seul inconvénient pourrait être d'amener peut-être parfois quelques symptômes d'intoxication cocaïniques, mais ceux-ci sont certainement très rares à la suite d'applications intra-nasales faites chez les individus qui saignent du nez, et on les évitera à peu près constamment si la position du malade ne permet pas au liquide en excès de s'écouler dans le pharynx et qu'on prenne soin de retirer le tampon quelques instants après l'arrêt de l'hémorragie. Toutefois, il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner. Elle ne suffit à amener sûrement une hémostase durable que chez les gens atteints d'épistaxis à répétition d'abondance médiocre, survenant sous l'influence de poussées congestives transitoires (provoquées par la digestion, la chaleur, l'excitation sexuelle, etc.), qui seraient insuffisantes à les déterminer en l'absence de légères lésions antécédentes, érosives ou autres, de la pituitaire. Encore est-il nécessaire, pour qu'elle réussisse complètement, qu'elle s'adresse à des sujets chez lesquels la vaso-constriction cocaïnique n'est pas suivie d'une hyperémie consécutive (congestion de retour par paralysie vasomotrice) trop accentuée. Dans d'autres conditions, la cocaïne ne réalise le plus souvent qu'une hémostase incomplète, temporaire, suivie d'un retour de l'hémorragie contre laquelle une nouvelle application du médicament se montre encore moins active que la première; mais elle rend cependant de précieux services aux malades atteints d'épistaxis à répétition qu'on a mis à même d'en user aussitôt qu'ils saignent, en leur permettant de modérer l'hémorragie, souvent dans des proportions notables, jusqu'à l'arrivée du médecin. Quant à celui-ci, il a toujours à se louer d'une méthode qui lui permet du moins presque constamment de réaliser une hémostase temporaire grâce à laquelle il peut pratiquer extemporanément un examen rhinoscopique suffisant, alors que sans son secours l'abondance du sang l'eût fréquemment rendu tout à fait impraticable, et qui de plus lui donne toujours (quel que soit le résultat de son examen) les avantages de l'anesthésie locale lui permettant de pratiquer le tamponnement dans les meilleures conditions possibles, sans que le malade souffre et se défende.

Au lieu de cocaïne, M. Hénoque⁽²⁾ a proposé, quelques mois après la publication de mon travail, d'employer comme hémostatique vaso-constricteur l'antipyrine en poudre, en solution au cinquième ou en pommade. Mais cet auteur s'est borné à annoncer que son procédé donnait des résultats très satisfaisants, et il ne dit point qu'il ait fait des essais comparatifs sur la valeur relative de la cocaïne et de l'antipyrine. Dès que le travail de M. Hénoque m'a été connu, je me suis empressé d'expérimenter sa méthode, et je me suis aisément convaincu que l'action hémostatique (*sur la muqueuse nasale*) de la cocaïne est plus puissante et plus rapide que celle de l'antipyrine, sans pouvoir constater que l'action de l'antipyrine fût plus durable. La cocaïne est donc à mon avis le topique de choix. J'ajouterai que si la cocaïne employée comme il a été indiqué plus haut se montre absolument inefficace et ne modifie en rien l'hémorragie après 4 ou 5 minutes, on peut être à peu près sûr que ni l'antipyrine, ni l'action locale de larges irrigations nasales avec de l'eau très froide ou très chaude, ou l'action réflexe des applications momentanées de glace sur la

(1) De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et la rhino-chirurgie; *C. R. de la Soc. clinique et France médicale*, 1887, 1^{er} octobre.
HÉNOQUE, *C. R. de la Soc. de biologie*, Séance du 7 janvier 1888.

nuque, la région dorsale, le scrotum ou les grandes lèvres, ou encore des pédicules très chauds, etc., ne se montreront pas plus efficaces. Ces moyens, dont la valeur est réelle, peuvent et même doivent être essayés tout d'abord, lorsqu'on n'a pas de cocaïne sous la main, ou lorsque l'intolérance connue du malade contre-indique formellement son emploi; mais je suis tellement convaincu de leur infériorité, que je n'hésite pas à conseiller de toujours recourir d'emblée à la cocaïne quand on en a la possibilité.

Lorsque le médecin peut avoir à sa disposition de l'eau oxygénée à 12 volumes fraîchement préparée ou bien conservée, il a avantage à l'utiliser immédiatement, de préférence à l'antipyrine et à la cocaïne. Gellé a montré la valeur de cet agent comme hémostatique, et tous les auteurs qui l'ont employé après lui s'accordent à le considérer comme le plus sûr que nous possédions. Il suffit d'introduire dans la fosse nasale qui saigne un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée : au contact du sang, l'eau oxygénée se décompose, il se produit une sorte d'écume mousseuse brunâtre, due au dégagement de l'oxygène, et l'hémorragie s'arrête en quelques instants. « L'eau oxygénée n'est pas caustique, elle est antiseptique, et le tampon peut être laissé en place 24 heures sans inconvénients. On le retire sec, sans adhérences (Cartaz). »

Bien que récemment Carnot ait recommandé l'emploi de la gélatine, en solution aqueuse au centième, les hémostatiques coagulants ne me paraissent pas mériter la réputation dont ils jouissent. L'emploi du perchlorure de fer, par exemple, est loin d'être inoffensif, et son moindre inconvénient est d'encombrer les fosses nasales de caillots noirâtres, qui durcissent rapidement, deviennent très adhérents surtout au niveau des vibrisses, rendent l'exploration rhinoscopique impraticable, et causent souvent une irritation locale favorisant de nouvelles hémorragies.

Si donc la cocaïne ou l'eau oxygénée échoue, il ne faut pas hésiter à recourir aux procédés mécaniques d'hémostase. Lorsque le sang part de la partie antérieure du septum, ce qui est le cas plus fréquent, l'hémorragie est le plus souvent assez facile à arrêter par la compression prolongée de la cloison cartilagineuse. Le malade peut réaliser lui-même cette compression en se pinçant fortement le nez entre les doigts; et mieux encore à l'aide d'une pince à pression continue (moule à gants, etc.), s'il en a à sa disposition. J'ai fait construire par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, un modèle spécial de pince nasale hémostatique à pression continue qui présente l'avantage de pouvoir être appliqué intérieurement sur les deux faces de la cloison même, sans que sa présence s'oppose à la respiration nasale, qui reste presque toujours possible, au moins d'un côté. Pour peu que la cloison nasale ne présente pas de malformations excessives, l'instrument, s'il est convenablement appliqué, peut être laissé en place plusieurs heures sans que le malade s'en plaigne. Lorsque le sang vient du bord antérieur du cornet moyen, ou de quelque autre point des parois nasales ou des cornets, lorsqu'il coule en nappe et que son origine reste douteuse, il faut recourir au tamponnement. Cette intervention, dont le manuel opératoire est indiqué dans les divers traités classiques de petite chirurgie, de chirurgie clinique et de médecine opératoire d'une façon sommaire et tout à fait insuffisante, exige de celui qui doit y recourir l'habitude des procédés techniques rhinoscopiques. Pour qu'elle soit efficace, et qu'elle donne au malade une complète sécurité, il faut que le médecin la pratique sous le contrôle de l'œil à travers le spéculum en s'aidant d'un bon éclairage, et qu'il

réalise, non pas avec un seul tampon, mais avec plusieurs longues mèches de coton hydrophile antiseptique, introduites successivement; l'occlusion de toutes les parties abordables de la cavité nasale, depuis la narine jusqu'à l'orifice postérieur, en même temps que la compression, partout uniforme, assez marquée pour être efficace mais non douloureuse, de ses parois. La description de ce mode de tamponnement, qui mérite la dénomination de tamponnement *antéro-postérieur* (et non celle de « tamponnement antérieur » qui s'applique à un procédé défectueux), ne saurait trouver place dans cet article, mais il est indispensable que tout médecin en prenne connaissance dans les traités spéciaux où elle est exposée en détail. Cette méthode présente l'avantage considérable de permettre la réalisation de l'hémostase dans la presque totalité des cas d'épistaxis spontanées (pourvu que le sang vienne bien du nez et non de l'arrière-cavité des fosses nasales) sans que le médecin soit obligé de recourir au *tamponnement complet* des auteurs classiques (avec tampon *postérieur* introduit par la bouche, et tampon *antérieur* introduit par le nez). En effet, le tamponnement complet n'est pas seulement une manœuvre laborieuse à exécuter pour le médecin et très dure à supporter par le malade, il a encore le très grand inconvénient de déterminer presque toujours des efforts de vomissements prolongés qui accroissent la congestion céphalique. L'application du tampon postérieur, chez un sujet dont le pharynx est couvert de sang et qui fait de continuels efforts de vomissement, est souvent impossible à réaliser sans qu'il en résulte des lésions traumatiques du voile palatin ou du pharynx nasal, ce qui expose le malade à des accidents infectieux consécutifs de gravité variable (amygdalites, otites suppurées, etc.), dont l'usage des tampons antiseptiques ne met pas toujours à l'abri.

L'hémostase étant obtenue par un tamponnement antéro-postérieur antiseptique soigneusement fait, la tâche du médecin ne sera pas terminée. Souvent il aura grand avantage à prescrire d'autres mesures complémentaires, variables suivant les divers cas : bains de pieds sinapisés très chauds; ventouses sèches aussi nombreuses que possible soit sur le thorax, soit sur les hypocondres, suivant les indications. Toujours il devra recommander au patient d'éviter toutes les causes possibles de congestion céphalique; prescrire l'aération de la chambre, le maintien de celle-ci à une température constante modérée, le repos complet au lit, mais la tête haute, même pour le sommeil. Le malade devra s'abstenir de tout effort intellectuel, manger peu, boire de l'eau, garder la liberté du ventre, etc.

Les tampons façonnés avec la ouate hydrophile stérilisée imprégnée d'aristol en poudre me paraissent les plus recommandables. Dans les cas simples, ils peuvent parfaitement rester en place pendant 5 jours sans prendre aucune mauvaise odeur et sans faire courir au malade le moindre danger d'infection. Mais, lorsqu'ils les portent depuis 36 ou 48 heures, la plupart des malades ressentent une gêne progressive; les uns se plaignent de pesanteur de tête, les autres de céphalalgie plus ou moins accusée; tous ont hâte d'être débarrassés du pansement. Le malaise est à son maximum chez les sujets soumis au tamponnement bilatéral, qui heureusement n'est que rarement nécessaire. Il importe donc, pour ne pas imposer aux patients des ennuis inutiles, de les débarrasser dès qu'on a chance de le faire sans danger. Tout d'abord, tant que l'extrémité antérieure du tampon reste humide, et laisse transsuder, si peu que ce soit, de la sérosité sanguinolente, l'indication est formelle : le pansement doit rester en