

place dans tous les cas pendant les deux premiers jours. Mais, lorsque tout suintement a manqué, ou qu'il a cessé et que cette extrémité est sèche, on devra, dès que le tampon aura séjourné environ 24 heures dans la narine, se préoccuper de son ablation. Lorsque le malade a déjà eu plusieurs hémorragies, le médecin est déjà instruit par l'expérience et fixé sur le moment où le danger a vraisemblablement disparu. Dans d'autres cas, ce seront les causes de l'accident, l'abondance de l'hémorragie, etc., qui constitueront les éléments d'appréciation permettant de juger avec quelque sûreté du moment où l'ablation du tampon est indiquée. Il est rare, en cas d'épistaxis spontanée, qu'on soit en droit de laisser le tampon en place plus de 36 ou 40 heures; et l'on ne doit jamais attendre plus de 3 jours. Si au bout de 60 à 72 heures, la persistance d'un suintement sanguin, les signes persistants de congestion céphalique, la notion de l'abondance des hémorragies antérieures, faisaient craindre le retour immédiat des accidents après l'ablation, on devrait cependant tenter celle-ci, quitte à intervenir de nouveau si la chose était nécessaire. Il n'est pas rare d'ailleurs, dans les cas de ce genre, que l'ablation du pansement, loin de ramener l'hémorragie, soit au contraire suivie de la disparition des phénomènes congestifs, dont la présence prolongée du tampon était la seule cause.

Traitement consécutif ou prophylactique. — L'hémorragie est arrêtée, le tampon, s'il a fallu y recourir, est enlevé; le malade ne se ressent de son hémorragie que si celle-ci a été assez abondante pour l'anémier et l'affaiblir. Dans ce dernier cas il devra évidemment être soumis à un régime et à une thérapeutique ayant pour but d'activer le plus possible l'évolution du processus normal de réparation sanguine post-hémorragique; mais l'indication majeure, capitale, ce sera tout d'abord de le mettre à l'abri de nouvelles hémorragies. Cette indication s'applique évidemment à tous les cas, car s'autoriser, pour la négliger, du peu de gravité des accidents, équivaudrait à attendre, pour tenter de la remplir, que les conséquences de plusieurs légères pertes sanguines successives soient devenues équivalentes à celles d'une seule hémorragie grave, ce qui serait absurde. L'importance du traitement consécutif à l'hémorragie nasale est donc égale à celle du traitement immédiat; elle lui est même jusqu'à un certain point supérieure, puisqu'elle tient le premier rang dans tous les cas d'épistaxis récidivantes, même lorsque celles-ci ne sont jamais que très médiocrement abondantes et s'arrêtent toujours spontanément.

Le traitement prophylactique des récidives sera dirigé contre les causes persistantes des épistaxis antérieures, qu'on doit s'attendre à voir reproduire les mêmes effets dès que des conditions identiques se trouveront réalisées de nouveau. Il devra, le plus souvent, être dirigé à la fois contre toutes les causes possibles, et non seulement contre les causes probables. Bien qu'en réalité le médecin ne puisse songer à lutter contre toutes, il arrivera cependant sans peine, dans un grand nombre de cas, au résultat cherché, s'il peut en faire disparaître quelques-unes (une seule même parfois), parce que les facteurs étiologiques qui survivront auront perdu la valeur qu'ils devaient à leur association avec les autres.

On conçoit qu'en dehors de certaines maladies dont l'épistaxis est un symptôme à genèse et évolution connues, et des divers états morbides où elle apparaît soit comme un signe prodromique, soit comme un phénomène secondaire contingent et éventuel, le médecin soit souvent embarrassé lorsqu'il s'agit d'instituer un traitement rationnel en cas d'épistaxis récidivantes de causes

obscuras frappant des sujets bien portants en apparence. Alors que dans le premier cas le traitement causal s'impose, dans l'autre au contraire il ne saurait être institué qu'après une enquête très minutieuse et très approfondie. Et même, lorsque celle-ci n'a pas d'autres résultats que de faire soupçonner une prédisposition héréditaire à l'arthritisme ou au nervosisme ou l'existence de l'un de ces tempéraments morbides, de renseigner le médecin sur les conditions dans lesquelles les épistaxis surviennent de préférence assez complètement et exactement pour l'éclairer sur leur origine vaso-motrice, elle ne lui permet pas cependant d'instituer à coup sûr un traitement nettement et rapidement efficace, parce que les moyens dont il peut disposer sont insuffisants et infidèles. Mais si, en pareil cas, le médecin constate (et c'est presque toujours à la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse qu'il fait cette constatation) l'existence de lésions aisément curables (excoriations superficielles, thrombus hématiques uniques ou multiples, siégeant ou non à la périphérie d'un ulcère simple, varices vraies, etc.), il peut le plus souvent supprimer les récidives des épistaxis s'il arrive à faire disparaître les altérations locales par un traitement direct, parce qu'en l'absence de celles-ci les autres causes des hémorragies nasales deviennent incapables d'en déterminer l'apparition.

On a beaucoup usé des caustiques chimiques (acide chromique, nitrate d'argent fondu), et surtout du galvano-cautère, dans le traitement de ces lésions hémorragiques de la cloison du nez. Je me suis prononcé, il y a plusieurs années déjà, contre cette pratique (1), et depuis lors mon expérience n'a fait que me confirmer dans cette opinion. Je préfère employer d'abord une méthode de traitement qui m'appartient, et qui, lorsqu'elle est régulièrement appliquée, n'oblige à se servir qu'exceptionnellement des cautérisations. Elle est basée sur l'emploi des pommades à base de vaseline, et voici comment je conseille de l'utiliser.

Lorsque le médecin sera consulté par des malades n'accusant pas d'autres symptômes que des épistaxis fréquentes, survenant le plus souvent par une seule narine dans des conditions presque toujours les mêmes (quelquefois après le coït, ou bien à la fin des repas un peu copieux, ou dans les appartements surchauffés, après que le sujet s'est mouché fortement, etc.), il devra d'abord rechercher si la région antérieure de la cloison nasale n'est pas recouverte d'une ou plusieurs croûtes sanguines brunâtres. S'il en est ainsi, il recommandera au malade de s'abstenir absolument de porter la main à son nez, de se moucher le moins possible et toujours doucement et sans effort, et enfin d'introduire dans la narine malade, trois fois par jour, gros comme une noix de vaseline blanche. Pour mettre cette pommade, le malade ne doit se servir ni du doigt, ni d'un pinceau: il doit en charger une spatule (le manche d'une cuiller à café en tient lieu) et s'en remplir la narine sans y faire pénétrer l'instrument, en penchant fortement la tête en arrière. Dès qu'elle est arrivée dans la fosse nasale, la vaseline fond; une partie s'écoule dans le pharynx d'où elle est rejetée au dehors par expuition, une partie aussi s'écoule par la narine antérieure sur la lèvre d'où on l'enlève doucement avec le mouchoir, le reste baigne la région inférieure de la fosse nasale et imprègne les concrétions sanguines qui s'y trouvent. Celles-ci, au bout de quelques jours, se détachent, et souvent l'examen de la narine, 8 jours après le début du traitement, laisse voir

(1) Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition; *Archives de laryngologie*, 1889, p. 552 et suiv.

à leur place la muqueuse tout à fait saine. C'est qu'alors il ne s'agissait que d'une érosion superficielle. Si l'on constate, après la chute des croûtes, l'existence de varices vraies, on détruit les ectasies vasculaires avec le galvano-cautère; si l'on trouve des thrombus, isolés ou situés au bord d'un ulcère simple, et que les épistaxis récidivent malgré les applications de vaseline, on détruit de même les vaisseaux lésés sur une étendue de quelques millimètres. Quant à l'ulcère simple, dit perforant, il guérit aisément et rapidement par les applications de vaseline additionnées de salol ou de précipité blanc (1 pour 50). On doit toujours continuer les applications de vaseline, simple ou médicamenteuse, 15 jours ou 3 semaines après la guérison.

CHAPITRE II

TROUBLES NERVEUX

I

TROUBLES SENSORIELS

§ 1. — ANOSMIE

Symptômes. — On désigne sous ce nom la perte du sens de l'odorat. Elle peut être unilatérale (et en pareil cas elle coïncide souvent avec l'hémi-anesthésie sensitive) ou bilatérale. Dans un cas comme dans l'autre, elle est complète ou incomplète, suivant que l'olfaction est abolie ou seulement affaiblie. L'affaiblissement de l'olfaction peut se traduire par la diminution de toutes les sensations olfactives, ou par celle de quelques-unes d'entre elles à l'exclusion des autres. Certains malades peuvent être incapables de sentir les odeurs répandues par les objets qu'ils flairent, et cependant conserver les sensations olfactives provoquées par l'ingestion des aliments solides ou liquides (bouquet du vin, fumet du gibier, de la truffe, etc.) et associées à la gustation; tandis que la plupart des autres en sont privés aussi, et ne ressentent, en mangeant ou en buvant, que les sensations gustatives proprement dites: sel, sucre, amertume, acidité. L'anosmie peut être passagère ou permanente; chez certains individus, elle est intermittente, pendant un temps variable, avant de disparaître ou de devenir continue. Il n'est pas rare de la voir succéder à d'autres troubles de l'olfaction qui seront étudiés plus loin (parosmie) ou coïncider avec eux.

Étiologie. — L'anosmie est souvent le résultat de causes mécaniques s'opposant à la pénétration, dans les parties supérieures des fosses nasales tapissées par la muqueuse olfactive, de l'air chargé de particules odorantes. C'est ainsi que, dans la paralysie faciale, l'impossibilité où se trouve le malade de dilater la narine et de la maintenir largement béante dans l'acte de flairer ou de renifler, entrave l'exercice de l'olfaction du côté atteint. L'obstruction de l'entrée de la fosse nasale, en arrière du vestibule, par une déviation avec épaissement du cartilage de la cloison, aboutit, aussi bien que l'atresie de la narine

elle-même, à un résultat identique. Enfin les polypes muqueux, lorsqu'ils siègent au-dessus du cornet moyen et s'étendent en avant de son bord antérieur, ou ceux qui s'insèrent à la partie antérieure du méat moyen et occupent l'espace compris entre l'atrium du méat moyen et la cloison, sont une cause fréquente d'anosmie par abolition de la perméabilité de la région olfactive au courant d'air inspiratoire. Dans tous ces cas, lorsque l'obstruction n'est pas absolue, et que le courant d'air expiratoire a libre accès dans les régions olfactives postérieures, les malades continuent le plus souvent à percevoir les sensations olfactives associées à la gustation. Mais celles-ci disparaissent lorsque la fosse nasale est tout à fait imperméable. Il en est de même lorsque, sans que l'obstruction soit complète, les polypes occupent aussi les régions postéro-supérieures des fosses nasales.

Les tuméfactions congestives ou inflammatoires de la pituitaire, lorsqu'elles sont assez marquées pour amener une obstruction nasale plus ou moins complète, déterminent l'anosmie mécaniquement. Mais en pareil cas la pathogénie de l'anosmie peut être complexe, car les lésions inflammatoires de la muqueuse olfactive suffisent à empêcher son fonctionnement. C'est ainsi que, dans le coryza aigu, l'anosmie peut être absolue sans que l'encliquetement soit complet, et persister encore après que ce dernier a disparu. Dans la rhinite catarrhale chronique, avec ou sans hypertrophie de la muqueuse, l'anosmie existe dans un certain nombre de cas. Il semble bien alors que le plus souvent elle dépende plutôt d'altérations de la muqueuse olfactive que d'une obstruction mécanique, car elle est fréquemment précédée de parosmie, et fréquemment aussi elle survit au rétablissement de la perméabilité nasale par les interventions rhino-chirurgicales. C'est uniquement à ces altérations locales que doit être attribuée l'anosmie dont sont frappés constamment, à un moment donné, les sujets atteints de rhinite atrophique, fétide ou non. Non seulement les ozéneux ne sentent pas l'odeur infecte qu'ils exhalent, mais ils n'en perçoivent non plus aucune autre. On peut observer l'anosmie unilatérale consécutivement à l'anesthésie du trijumeau, lorsqu'elle donne lieu à des troubles trophiques de la muqueuse olfactive. Enfin, on doit attribuer à une action directe sur celle-ci l'anosmie temporaire qui suit les douches nasales faites avec de l'eau ordinaire, surtout avec des solutions aqueuses d'alun ou de sels de zinc, et peut devenir définitive si le malade fait un usage prolongé de ces derniers liquides.

A la suite de chutes sur le crâne, sans qu'aucun symptôme puisse permettre de soupçonner une fracture de la lame criblée, on peut observer l'anosmie bilatérale et complète, parfois temporaire, parfois définitive. J'ai observé à plusieurs reprises un jeune officier de cavalerie qui avait perdu subitement l'odorat après une chute de cheval de ce genre, suivie de symptômes de commotion cérébrale dont il avait guéri rapidement. Trois ans après cet accident, l'anosmie est toujours absolue. Ogle pense que dans ces cas il se produit par contre-coup une rupture des rameaux nerveux olfactifs au niveau de leur sortie de la lame criblée. Mais il est bien difficile d'admettre que tous ces rameaux puissent se rompre à la fois et des deux côtés sans que la lame criblée soit lésée.

L'anosmie peut dépendre de lésions des bulbes olfactifs de causes diverses. La sclérose des bulbes olfactifs a été vue par Althaus et d'autres chez des ataxiques anosmiques; par Liouville chez un sujet atteint de sclérose en plaques et également privé d'odorat. C'est elle qui détermine l'anosmie dont beaucoup de paralytiques généraux sont atteints dès le début de la maladie (A. Voisin).