



**HAL**  
open science

# Les pathologies ORL et cervico-faciales à travers le corpus hippocratique

Nadia Benmoussa

► **To cite this version:**

Nadia Benmoussa. Les pathologies ORL et cervico-faciales à travers le corpus hippocratique. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01297479

**HAL Id: dumas-01297479**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297479>**

Submitted on 4 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

ANNEE 2015

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

Mme BENMOUSSA Nadia

Née le 03/12/1985 à RUEIL MALMAISON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 JANVIER 2016

**Les pathologies ORL et cervico-faciales à travers le corpus  
hippocratique**

<b>Président de jury :</b>	<b>M. le Professeur JP.MARIE</b>
<b>Directeur de thèse :</b>	<b>M. le Docteur P.CHARLIER</b>
<b>Membres du Jury :</b>	<b>M. le Professeur B.DEVAUCHELLE</b>
	<b>M. le Professeur B.PROUST</b>

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

**Professeur Benoit VEBER**

**Professeur Pascal JOLY**

**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre jusque 01/11/15</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b>	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
		( <i>surnombre</i> )
Mr Guy <b>BONMARCHAND</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b> communication	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b> traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel <b>GODIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Philippe <b>GRISE</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie

Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mr Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie

Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CR	MPR Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition

Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique

Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Gilles <b>GARGALA (MCU-PH)</b>	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mr Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
Mr François <b>HALLOUARD</b>	Galénique
Mme Caroline <b>LAUGEL</b>	Chimie organique
Mr Souleymane <b>ABDOUL-AZIZ</b>	Biochimie
Mme Maïté <b>NIEPCERON</b>	Microbiologie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### **III – MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (phar)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Aux membres du Jury

---

Messieurs,

*En inscrivant vos noms en tête de ce travail, j'oublie l'amitié constante dont vous m'avez honorée, j'oublie les conseils, les encouragements, les services que j'ai reçus de vous, pour me souvenir que c'est auprès de vous que j'ai commencé ce travail.*

*Si les pages qui suivent contiennent quelque chose qui ne soit pas indigne de l'attention des hommes compétents, je le dois, aux habitudes rigoureuses de vos enseignements, à l'importance que vous attachez aux recherches, aux travaux d'enseignement et à votre ferme volonté de tout faire concourir au progrès.*

*Je remplis un simple devoir d'équité en vous offrant cette thèse, avec l'expression de mon profond respect et de mon invariable attachement.*

A Monsieur le Professeur Jean-Paul Marie,

*Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse et c'est tout naturellement que je vous adresse mes plus vifs remerciements. Vous m'avez fait découvrir les secrets de notre spécialité et c'est dans votre enseignement que j'ai puisé, pendant la durée de mes études, non seulement mes connaissances médicales mais encore, ce qui est plus précieux à mon sens, la conviction que le médecin doit demeurer un fin clinicien toute sa vie.*

A Monsieur le Professeur Bernard Devauchelle,

*C'est par votre parole élégante que vous m'avez conduite à vos savantes leçons. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde affection ainsi que ma vive gratitude pour les conseils éclairés que vous m'avez prodigués pendant mon séjour dans votre service. Vous êtes un modèle bien difficile à égaler. Voyez en cette thèse l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde admiration.*

A Monsieur le Professeur Bernard Proust,

*Merci d'avoir accepté de juger ce travail.  
Recevez ma profonde gratitude et mon respect.*

A Monsieur le Docteur Philippe Charlier,

*Pour m'avoir transmis ta passion avec patience et générosité.  
Pour ta bienveillance et ta détermination pour que tout concorde à ma réussite.  
Que notre collaboration dure toujours.*

*En offrant cet hommage aux praticiens distingués qui m'éclaireront toujours de leurs conseils, je remplis un devoir bien cher à mon cœur ; celui de la reconnaissance.*

Au Professeur Testelin

Au Professeur Dehesdin

Au Professeur Barry

Au Professeur Albert

Au Docteur Mandelbaum

Au Docteur Coudray

Au Docteur Lienhardt

Au Docteur Choussy

Au Docteur Bouchetemple

Au Docteur Marcolla

Au Docteur Bon Mardion

Au Docteur Paviot

Au Docteur Lerosey

Au Docteur De Sevin

Au Docteur Caluraud

Au Docteur Albouy-Martin

Au Docteur Boland

Au Docteur Dunaud

Au Docteur Neiva

Au Docteur Bitar

Au Docteur Dakpé

Au Docteur Jean-Brice Duron

A mes collègues

---

*Nos discussions, nos débats, nos désaccords ...qu'ils soient utiles à nous perfectionner.*

A Mathilde

A Frédéric

A José

A Marie

A Vianney

A Elise

A Anaïs

A Nathalie

A Adrien

A Fatim

A Apolline

A Caroline

Aux plus jeunes

A ma famille

---

*Vous avez su encourager mes qualités qui sont le fondement même de vos valeurs personnelles.*

*Ce travail n'est qu'un modeste gage de mon affection, en souvenir de vos sacrifices et de votre dévouement.*

A mon grand père de cœur

A ma grand-mère

A mes parents

A mes sœurs

A ma belle-famille

Aux disparus

## A mes amis

---

*Au-delà du temps, au-delà des mots, au-delà des distances ... Vous avez su être les compagnons de voyage qui m'ont aidé à avancer sur le chemin de la vie.  
En gardant l'espoir d'être un jour à la hauteur de votre soutien.*

A Christopher

A Milène & François

A Cécile

A Mathilde

A Frédéric

A Nathalie & Jérémie

A Gaellia et Fred-éric

A Stéphanie

A Caroline

A Anaïs

A Patrick

A Etienne

A Guillaume

A Kossi

A Pierre- Etienne & Mahault

A Marie

A Benjamin et Jean-Philippe

A Hubert

A Anissa

A mon Amour

---

*Que ton soutien dans l'exaucement de mes ambitions ne soit jamais oublié,  
Tu es l'énergie indispensable à mon accomplissement,  
Que nos différences restent pour toujours notre force.*

A John

*« (...) Un travail de cette nature deviendrait la clef des ouvrages d'Hippocrate ; il pourrait servir à en faire une table raisonnée qui donnerait l'état de la science à l'époque où ils ont été composés, et la mesure exacte des progrès qu'elle a fait depuis ce temps jusqu'à nos jours, pour que ce travail eut toute l'utilité dont il est susceptible, il faudrait exposer séparément toutes les branches de la médecine. »*

René Théophile Hyacinthe Laennec  
Thèse de doctorat en médecine  
*Proposition sur la doctrine d'Hippocrate  
relativement à la médecine-pratique*  
Paris 22 Prairial an XII (11 juin 1804)

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>HIPPOCRATE : DE L'HOMME A L'ŒUVRE</b>	<b>3</b>
1. HIPPOCRATE DE COS (460-377 AVANT J-C)	4
2. LE CORPUS HIPPOCRATIQUE	9
A. ORIGINES ET CLASSIFICATION	9
B. TRADUCTION	12
<b>L'ART MEDICAL EN ORL : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE</b>	<b>13</b>
1. PHYSIOPATHOLOGIE GENERALE : LA THEORIE DES HUMEURS	14
2. PHYSIO-ANATOMIE ORL	18
3. EXAMEN CLINIQUE ORL	22
A. L'INTERROGATOIRE	22
B. L'EXAMEN PHYSIQUE	23
3. TRAITEMENT EN ORL	26
<b>LES PATHOLOGIES ORL &amp; CERVICO-FACIALES</b>	<b>31</b>
<b>I. TRAUMATIQUES</b>	<b>32</b>
1. FRACTURE DU CRANE ET TREPANATION	33
2. FRACTURE MANDIBULAIRE	40
3. LUXATION DE LA MACHOIRE	45
4. FRACTURE DU OS PROPRES DU NEZ	49
5. PLAIE DE L'OREILLE AVEC FRACTURE DES CARTILAGES	54
6. PLAIE DE PAUPIERE	58
<b>II. INFECTIEUSES</b>	<b>59</b>
1. RHINOPHARYNGITE	60
2. OTITE MOYENNE AIGÛE	62
3. OTITE MOYENNE TUBERCULEUSE	68
4. PARALYSIE FACIALE ET LABYRINTHITE	70
5. FRACTURE DU ROCHER ET PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE	73
6. SURDITE FLUCTUANTE	75
7. L'ANGINE : ORIGINE ET TRAITEMENT	77
8. CELLULITE FACIALE	83
9. NOMA	84
10. TETANOS	87
11. ABCES DENTAIRE	93
12. LARYNGITE TUBERCULEUSE	95
13. SOUS MANDIBULITE	98
14. OREILLONS	99
15. ADENITE	102
<b>III. MALFORMATIVES</b>	<b>103</b>
<b>IV. TUMORALES</b>	<b>105</b>
1. CANCER	106
<b>V. INFLAMMATOIRES</b>	<b>108</b>
1. POLYPES NASAUX	109
<b>VI. VARIA</b>	<b>114</b>
1. MIGRAINE AVEC AURA OPHTALMIQUE	115
2. EPISTAXIS	117

<b>CONCLUSION</b>	<b>119</b>
<b>LE SERMENT</b>	<b>122</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>124</b>

# **Introduction**

---

Considéré comme le « Père de la médecine », Hippocrate médecin grec du V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ (J-C) s'est vu attribué une œuvre énorme regroupant près de soixante volumes et conservée sous le nom de *corpus hippocratique* (1).

S'il est admis qu'il ne peut pas avoir été entièrement rédigé par Hippocrate en personne, il forme indéniablement un noyau ancien et cohérent qui permet de définir une pensée et une médecine hippocratique (1).

L'une des forces majeures du médecin hippocratique est sa faculté à observer et à consigner ses observations avec la plus grande minutie. La médecine hippocratique nous rappelle que le moindre détail peut avoir valeur de signe, que le pronostic et le diagnostic ne peuvent résulter que d'un ensemble de signes, que l'observation ne suffit pas mais que nous devons utiliser nos cinq sens ainsi que notre raison (2).

Même si la médecine hippocratique a des structures et un fonctionnement profondément différent de notre pratique actuelle, il est regrettable que l'œil moderne ne perçoive plus ces détails ; les instruments et la technologie nous ont supplantés.

Cette pensée a été un modèle de référence en médecine occidentale depuis l'Antiquité et jusqu'au début du XIX<sup>ème</sup> siècle et en tant que pilier de nos spécialités actuelles, elle s'impose comme un sujet d'étude privilégié : le regard que nous proposons découpe, mélange, structure ce qui ne l'était pas, dans l'objectif de suggérer une interprétation de ce qui semble être les prémices de l'oto-rhino-laryngologie (ORL) et de la chirurgie cervico-faciale.

## **Hippocrate : de l'homme à l'œuvre**

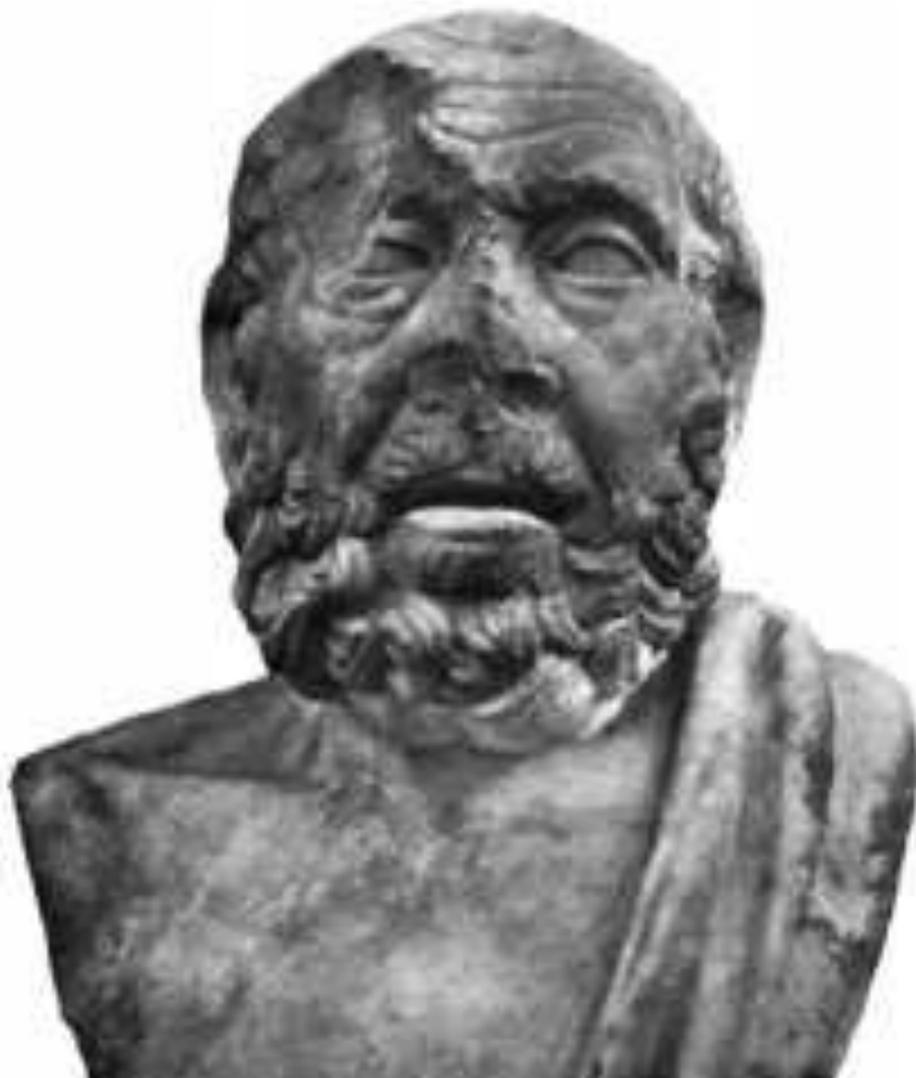
## **1. Hippocrate de Cos (460-377 avant J-C)**

Le nom d'Hippocrate était un nom répandu et pour distinguer le célèbre médecin des autres il était appelé « Hippocrate de Cos, l'Asclépiade » (Figure 1). Cos car il s'agit de l'île grecque où il naquit (archipel du Dodécanèse) et l'asclépiade car il est un descendant d'Asclépios, le dieu grec de la médecine (par la suite le terme Asclépiade a été employé pour désigner les médecins en général, dans la mesure où leur art est sous le patronage d'Asclépios) (Figure 2). Malheureusement la vie d'Hippocrate reste très mal connue.

On sait qu'il apprend la médecine par son père comme il était d'usage à l'époque, puis il quitte son île natale pour suivre l'enseignement de médecins réputés. Il acquiert une réputation grandissante d'habile praticien et devient médecin itinérant, soignant les patients de ville en ville tout en approfondissant ses connaissances en pathologie et en thérapeutique.

Il visite ainsi la Thrace, la Thessalie et atteint la Macédoine, puis revient à Cos (Cartes 1 & 2) où il fonde la première école de médecine vers l'an 420 av J-C. Dès lors, l'enseignement de la médecine n'était ainsi plus réservé aux descendants de médecins (3).

Bien plus tard, sans que la date exacte soit connue, il quitte Cos où son gendre Polybe poursuit son enseignement. Avec ses deux fils Thessalos et Dracon, il retourne en Thessalie, à Larissa, où il fonde une nouvelle école. Il y décède en 377 avant J-C.



**Figure 1 :**

Buste d'Hippocrate jugé actuellement comme le plus ressemblant (III<sup>ème</sup> siècle avant J-C).  
La calvitie d'Hippocrate est confirmée par les écrits et les monnaies de Cos.  
Musée d'Ostie, Italie. Photos Encyclopédie Britannica Online (4).



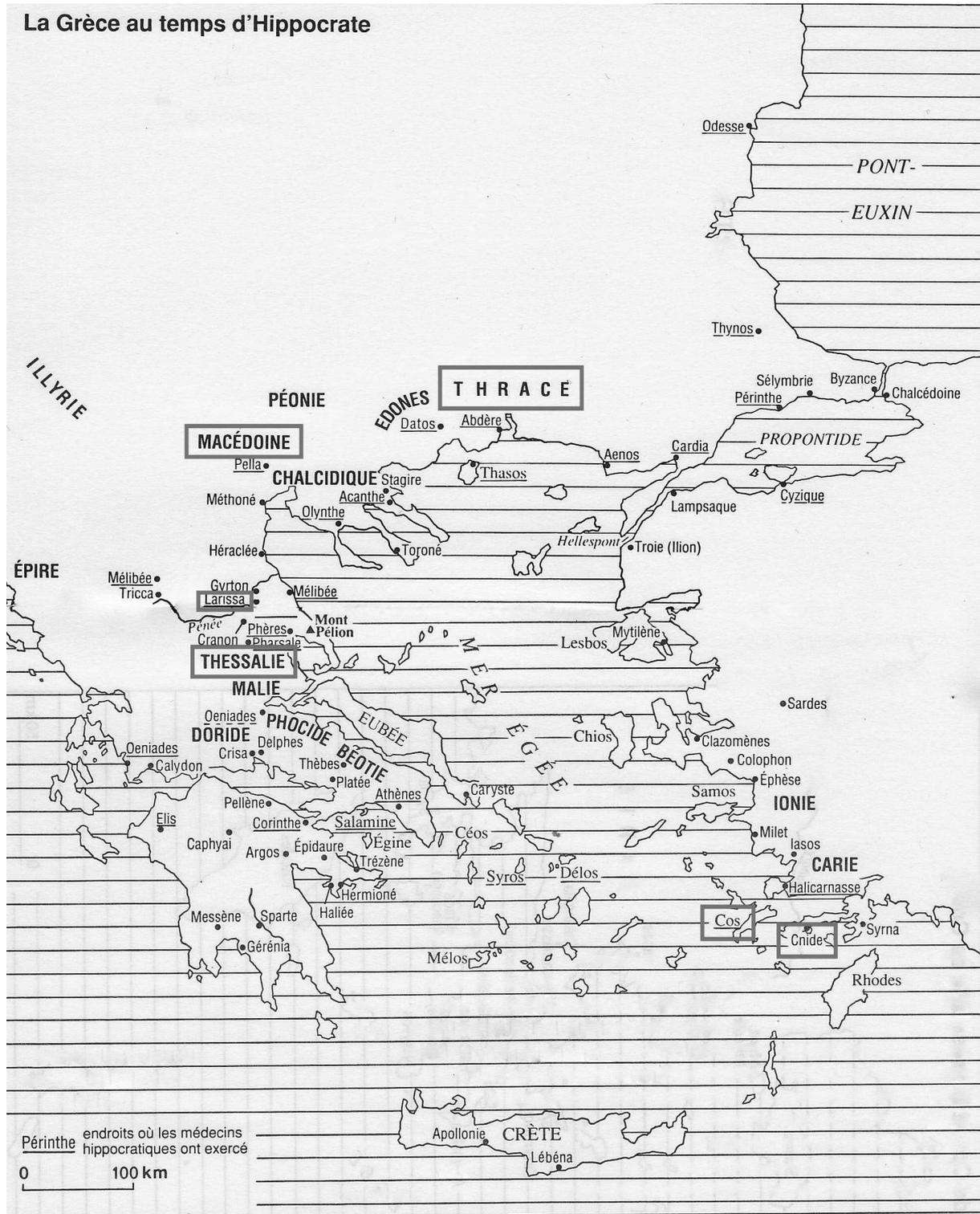
**Figure 2 :**

Asclépios, diptyque en ivoire (V<sup>ème</sup> siècle après J-C)

Son attribut principal est le caducée d'Asclépios, autour duquel s'enroule un serpent aujourd'hui symbole de la médecine. Ce dernier serait lié à l'art de guérir, à la fécondité et à la vie ; le bâton quant à lui représente l'axe du monde, l'arbre de vie ou une arme magique (5).

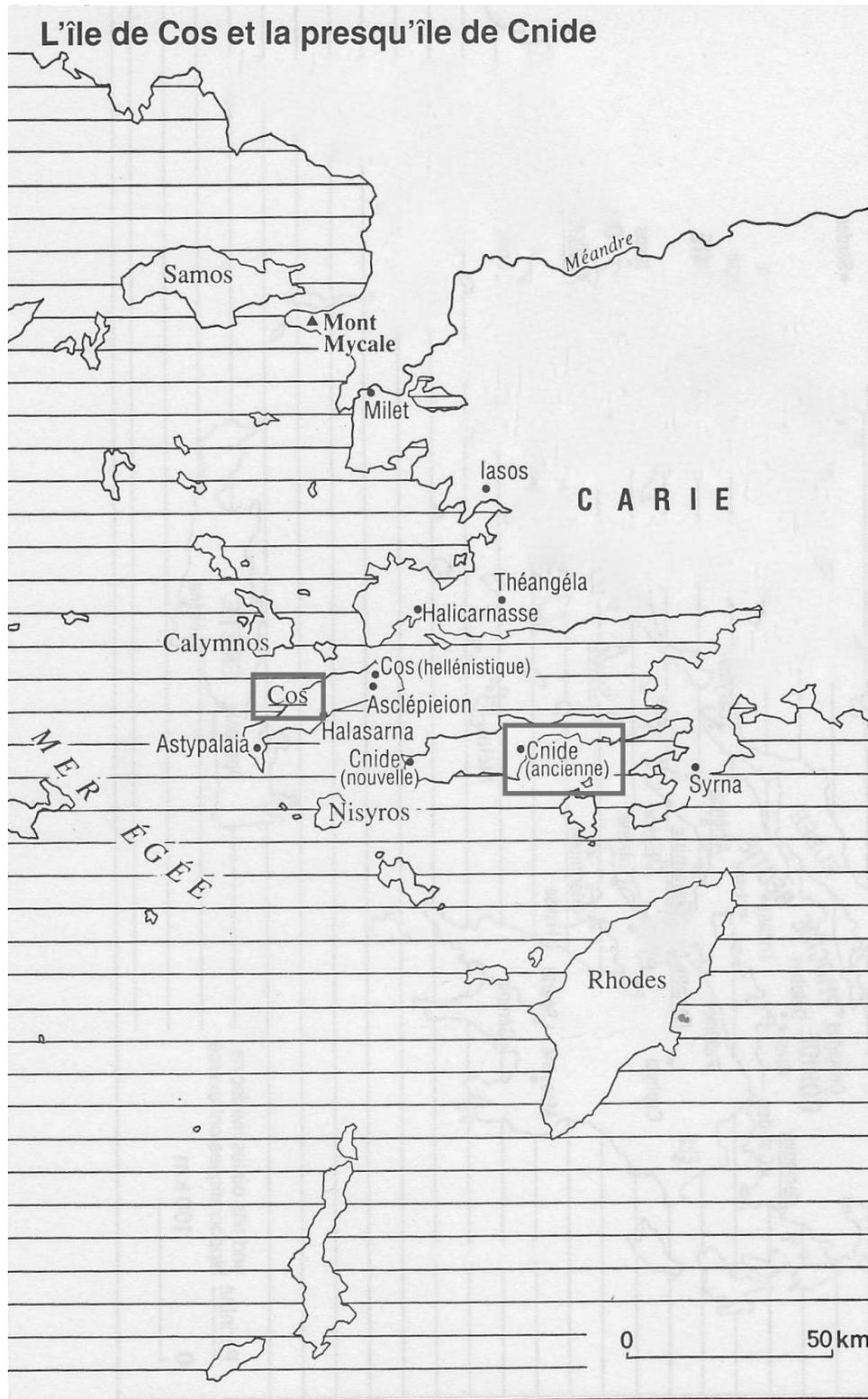
Musée de Liverpool, Angleterre. Photos Encyclopædia Britannica Online (6).

# La Grèce au temps d'Hippocrate



**Carte 1 :**

La Grèce au temps d'Hippocrate (7).



**Carte 2 :**

L'île de Cos et la presqu'île de Cnide (7).

## 2. Le corpus hippocratique

### A. Origines et classification

La collection hippocratique appelée aussi *Corpus Hippocratique* est l'un des plus anciens ouvrages médicaux que nous a légués l'Antiquité ; il regroupe une soixantaine de traités dont l'ensemble est écrit en ionien.

Cette utilisation littéraire du ionien à la place de la langue parlée sur l'île de Cos (le dorien) est comparable aux habitudes des scientifiques de la Renaissance, qui utilisaient le latin pour écrire leurs traités (8)

Il est admis qu'ils n'ont pas tous été écrits par Hippocrate et qu'ils ont été rédigés sur une période de 300 ans entre 450 et 150 avant J-C (Tableau 1) (9).

Son gendre Polybe, d'autres médecins de l'école de Cos ainsi que leurs concurrents, les asclépiades de Cnide semblent avoir contribué à sa rédaction (10).

Même s'il contient des doctrines contradictoires, il est globalement homogène car il traite d'une médecine rationnelle dégagée de toute divination, de magie et de superstition que ce soit dans la pratique médicale ou dans l'approche de la maladie et de son traitement.

Il existe plusieurs façons de classer ces ouvrages mais si l'on s'intéresse à l'état de la médecine grecque à cette époque, le classement doit être fait par groupe de spécialités ou de sujets quelque que soit leur auteur et leur origine (Tableau 2).

<b>Œuvres d'Hippocrate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aphorismes</li> <li>De l'ancienne médecine</li> <li>Le serment</li> <li>La loi</li> <li>Préceptes</li> <li>De l'officine</li> <li>Du médecin</li> <li>Pronostic</li> <li>Prénotions coaques</li> <li>Prorrhétique I</li> <li>Epidémies I et III</li> <li>Du régime dans les maladies aiguës. Appendice</li> <li>Des airs, des eaux et des lieux</li> <li>De la maladie sacrée</li> <li>Des articulations</li> <li>Des fractures</li> <li>Mochlique</li> <li>Des plaies de la tête</li> <li>Epidémies II,IV,V,VI et VII</li> </ul>	<b>Œuvres postérieures à Hippocrate ou dont l'origine ne peut être déterminée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Du cœur</li> <li>De l'aliment</li> <li>Des chairs</li> <li>Des glandes</li> <li>De la dentition</li> <li>De la vision</li> <li>Des semaines</li> <li>De l'anatomie</li> <li>De la nature des os</li> <li>Des crises</li> <li>Des jours critiques</li> <li>Lettres, décret et harangues</li> </ul>
<b>Œuvres de l'école de Cos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De la nature de l'homme</li> <li>Des maladies I</li> <li>Des vents</li> <li>Des lieux dans l'homme</li> <li>De l'art</li> <li>Du régime</li> <li>Des songes</li> <li>Des affections</li> <li>Des humeurs</li> <li>De l'usage des liquides</li> <li>Prorrhétique II</li> </ul>	<b>Œuvres de l'école de Cnide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des maladies II et III</li> <li>Des affections internes</li> <li>Des maladies des femmes</li> <li>Des femmes stériles</li> <li>De la nature de l'enfant</li> <li>Des maladies IV</li> <li>Des maladies des jeunes filles</li> <li>De la génération</li> <li>De l'excision du fœtus</li> <li>De la superfoetation</li> <li>De la nature de la femme</li> </ul>

**Tableau 1 :**

La collection Hippocratique classée selon les auteurs (11).

<b>Philosophie médicale</b>	<u>De l'ancienne médecine</u> De la nature de l'homme De l'art <u>Des songes</u> <u>Des vents</u> Des semaines	<b>Gynécologie-Obstétrique</b>	Des maladies des femmes Des femmes stériles De l'excision du fœtus Des maladies des jeunes filles De la génération De la nature de l'enfant Des maladies IV De la superfœtation Du fœtus de sept mois Du fœtus de huit mois De la nature de la femme
<b>Physiologie-Anatomie</b>	<u>Des lieux dans l'homme</u> <u>Des chairs</u> <u>Du cœur</u> <u>De la nature des os</u> <u>Des glandes</u> <u>De l'aliment</u> De l'anatomie	<b>Chirurgie</b>	<u>Des articulations</u> Des fractures <u>Des instruments de réduction (mochlique)</u> <u>Des plaies de la tête</u> Des hémorroïdes Des fistules Des plaies
<b>Médecine Générale</b>	Aphorismes <u>Pronostic</u> Prorrhétique I et II Prénotions coaques  Epidémies (livres I à VII) <u>Du régime dans les maladies aiguës</u> <u>Des maladies (livres I à III)</u> Des affections internes De la maladie sacrée Des humeurs <u>Appendice au régime dans les maladies aiguës</u> Des crises Des jours critiques	<b>Ophthalmologie</b>	De la vision
<b>Hygiène-Régime</b>	<u>Des airs, des eaux et des lieux</u> <u>De l'usage des liquides</u> Du régime	<b>Déontologie-Vie professionnelle</b>	Le serment La loi Préceptes <u>De l'officine</u> Du médecin De la bienséance
		<b>Vulgarisation</b>	Des affections Lettres, décret et harangues
		<b>Pédiatrie</b>	De la dentition

### **Tableau 2 :**

La collection Hippocratique classée par sujets (11).  
Les traités concernant l'ORL et la chirurgie cervico-faciale ont été soulignés.

## **B. Traduction**

Notre étude n'est pas philologique mais une étude médicale à partir de traductions et de l'appareil critique établis par les spécialistes.

Cette traduction représente une entreprise approximative et nécessite des interprétations et des choix. Plusieurs versions ont été consultées : celles d'Emile Littré, de Jouanna, de Marie-Paule Duminil et de Robert Joly.

Emile Littré (1801-1881) est surtout connu pour son dictionnaire de la langue française communément appelé « Le Littré » mais c'est sans oublier que vingt-deux ans de sa vie (1839-1861) ont été consacrés à la traduction complète du *Corpus hippocratique*. De façon systématique, il met en parallèle le texte grec avec la traduction française et annote les bas de pages de ses commentaires. Souvent critiqué, il a servi de référence pendant près d'un siècle.

Jacques Jouanna, professeur de littérature et de civilisation grecque à la Sorbonne, a entrepris, depuis 1967, une nouvelle traduction. Nous nous sommes principalement appuyés sur ses traductions lorsqu'elles existaient car il est admis que sa traduction et son interprétation sont plus fidèles à la réalité.

## **L'art médical en ORL : de la théorie à la pratique**

## 1. Physiopathologie générale : la théorie des humeurs

Avant le *corpus*, l'homme se définissait par rapport à ses relations aux dieux, la médecine hippocratique propose une autre vision de l'homme dans la mesure où elle écarte toute intervention personnelle des dieux dans le processus de maladie, ce n'est plus par rapport aux dieux que l'homme est situé, c'est par rapport à l'univers qui l'entoure (12).

La théorie des humeurs développée par Hippocrate se base sur une compréhension du fonctionnement interne du corps humain, inaccessible à la dissection en analogie avec le fonctionnement de l'univers.

Les caractéristiques des humeurs suivent celles de l'univers :

- Le phlegme correspond à l'eau : froid et humide.
- Le sang correspond à l'air : chaud et humide.
- La bile jaune correspond au feu : chaud et sec.
- La bile noire correspond à la terre : froide et sèche.

Ces humeurs ne sont pas théoriques, elles obéissent à des règles dont le fonctionnement est accessible à la raison humaine, ce sont des liquides circulants dont la présence dans le corps découle de l'observation : le sang est révélé par les blessures hémorragiques ; le phlegme est tantôt clair lorsque le liquide céphalo-rachidien s'échappe d'une plaie crânienne ou tantôt épais lors d'un épanchement lymphatique ; la bile jaune se voit dans les hématomes jaunissant la peau ; la bile noire se trouve dans la rate.

Toutes ces humeurs dépendent aussi du cycle des saisons : en hiver, l'humidité et le froid dominant et donc le phlegme devient surabondant, il déborde et on doit l'éliminer : on se mouche beaucoup plus et on crache. Au printemps la chaleur et les pluies laissent place au sang : les corps rougissent et s'échauffent plus facilement, les hémorragies nasales sont plus fréquentes. L'été, chaud et sec laisse la prédominance de la bile jaune, ce qui provoque des fièvres et colore la peau. L'automne, sec et froid ramène la bile noire et toutes les mélancolies et les états dépressifs (13).

La proportion de ces humeurs varie aussi d'un individu à l'autre, d'un âge à l'autre et d'un territoire à l'autre. L'homme peut influencer cette répartition via son alimentation, ses boissons et les exercices.

L'état d'équilibre entre ces quatre humeurs, même s'il est rarement atteint, est défini comme le parfait état de santé ou *crase*.

Pour Hippocrate, la prédominance chez un individu de l'une de ces humeurs détermine le caractère ou le tempérament et le type de maladie auquel il sera exposé (Figures 3 et 4).

Ainsi, la prédominance du phlegme donnera un tempérament lymphatique ou flegmatique, peu émotif et nonchalant, prédominant dans la petite enfance.

La prédominance du sang donnera un tempérament sanguin, cordial et communicatif prédominant dans l'enfance et l'adolescence.

La prédominance de la bile jaune donnera un tempérament bilieux ou colérique, entreprenant et autoritaire prédominant à l'âge adulte.

La prédominance de la bile noire donnera un tempérament nerveux ou mélancolique, critique et réfléchi prédominant durant la vieillesse.

L'état de maladie est dû à la modification d'une ou de plusieurs de ces humeurs, à l'inégalité dans leur mélange, ou au transport et à l'accumulation de l'une d'elle dans une partie du corps donc à une rupture d'état d'équilibre.

Au cours de la maladie, le mal « flotte » dans le corps, alors l'humeur dangereuse, acre, crue, subit une sorte de digestion, d'assimilation qui lui ôte sa nocivité. Cette cuisson dite *coction* est la défense naturelle du corps. L'humeur acre, cru et liquide se trouve devenir, après cette neutralisation, jaune visqueuse, épaisse et douce, forme sous laquelle elle ne peut plus nuire. Cette transformation coïncide avec l'amélioration de la maladie.

Le processus doit se compléter par l'expulsion spontanée ou provoquée de ces humeurs ; c'est la *crise ou jugement*. Lorsque la crise est bonne et complète, que l'humeur nocive transformée est entièrement rejetée c'est la guérison. C'est pourquoi le médecin hippocratique est très préoccupé par les produits d'évacuation des voies naturelles : urines, selles, sueurs, expectorations, vomissements.

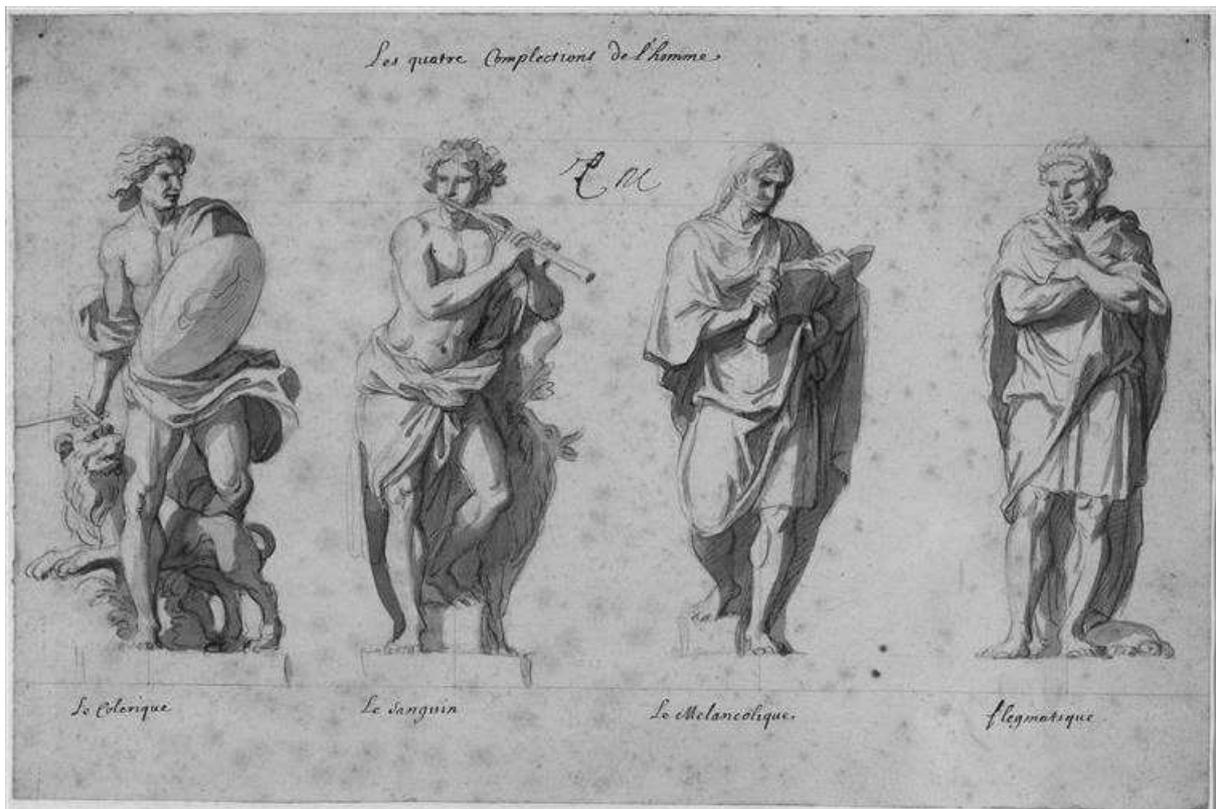
D'après leur état, il peut juger de la qualité de *coction* des humeurs et de la bonne réponse du malade à la maladie. Lorsque *la crise* n'a pas trouvé une issue possible ou suffisante d'évacuation, la nature la projette au loin, sur un autre endroit du corps, c'est *le dépôt*. Il peut prendre la forme d'une éruption ou d'un œdème (14).

Le médecin hippocratique doit donc déterminer le tempérament ou le déséquilibre des humeurs à l'origine de la maladie, lui permettant ensuite par la prescription d'un régime adapté d'aider *les crises* à se faire au mieux et le plus complètement possible espérant atteindre la guérison.

On comprend maintenant mieux la signification des expressions françaises communément employées comme: « se faire de la bile » (être angoissé se référant à la bile noire), « être d'une humeur noire » (mélancolique comme la bile noire), « avoir le spleen » (référence à la rate et au caractère mélancolique), « se faire du mauvais sang », « avoir du phlegme » (garder son sang-froid comme le phlegmatique) ou encore « ne pas être d'humeur » ou « être de mauvaise

humeur ».

Leurs origines et leurs compréhensions se trouvent dans la théorie des humeurs : témoin de l'influence et de l'immortalité de cette théorie à travers nos sociétés et les siècles.



**Figure 3 :**

Les quatre complexions de l'homme. Esquisse de Charles Le Brun (1619-1690), premier peintre du roi Louis XIV, directeur de l'Académie royale de Peinture et de Sculpture, et de la Manufacture royale des Gobelins.

Versailles, musée national des châteaux de Versailles et de Trianon, France.

clxij

Das Achte Buch /  
Das Erste Capitel.

# Von dem Sal Solis.

Unter naß/ trocken/ heiß vnd kalt/  
Wie fir vnd flüchtig hab ein ggestalt/  
Vermerk bey Man vnd Weibs figur/  
Weiß ist der/ der erkennt d'Natur.



**D**Im Wasser das aus Gold bereit /  
Wie Archidora dich bescheidt/  
Dier teil/ dasselbig digerier  
Halb ein/ vnd darnach distillier

Durch

**Figure 4 :**

Von dem sal solis dans *Quinta essentia Die höchste Subtilitet Krafft und Wirkung* de L. Thurnheiser 1574.

Image Medic@ Bibliothèque Inter-Universitaire de médecine (BIUM) réf. 04059 (15).

## 2. Physio-anatomie ORL

Puisque les médecins hippocratiques n'ont pas pratiqué la dissection sur l'homme et ont dû reconstruire les structures internes du corps humain soit à partir de ce qu'ils voyaient ou palpaient par un examen de surface, soit à partir de ce qu'ils observaient dans des dissections d'animaux ou sur les champs de batailles par une anatomie interne opportuniste (16), il n'est pas étonnant que leur connaissance du monde interne soit obscure, partielle, erronée et relativement « fantastique ». Lorsque l'observation directe ne suffit pas, les mécanismes physio-anatomiques trouvent leur explication dans la comparaison. Hippocrate interprète le monde intérieur par analogie aux autres domaines qui l'entourent : les plantes, les animaux, l'art, la cuisine (17).

### A. La respiration

Les fonctions aussi vitales que la respiration n'ont pas donné lieu à des explications satisfaisantes. Les boissons que nous ingérons passent dans le larynx, sans que la fonction de l'épiglotte ne soit connue, pour ensuite atteindre les poumons. La fausse route trouve une explication originale ; c'est un mécanisme naturel d'expulsion d'air bloquée par une trop grande ingestion de boissons :

*En effet la plus grand partie de ce que l'homme boit va dans le ventre ; car l'œsophage est comme un entonnoir qui recueille la masse de tout ce que nous avalons ; ce qu'il boit va aussi dans le larynx, mais peu et seulement ce qui, en qualité et en quantité, peut s'écouler par l'effet de la vitesse à son insu ; c'est que l'épiglotte est un couvercle hermétique qui ne laisserait rien passer de plus consistant que la boisson. En voici la preuve : si on salit de l'eau avec du bleu ou du vermillon et qu'on la donne à boire à un animal très altéré, surtout à un porc, car c'est un animal sans répugnance ni souci de propreté et si ensuite on lui tranche la gorge tandis qu'il est encore en train de boire, on lui trouverait le larynx coloré par la boisson ; mais la manipulation ne réussit pas avec n'importe qui. Il ne faut donc pas être sceptique si nous disons de la boisson que chez l'homme elle sert au bon état du conduit pulmonaire. Mais comment se fait-il que l'eau, quand elle s'écoule sans retenue, cause beaucoup de gêne et de toux ? Je réponds : parce qu'elle se porte à contre-courant de la respiration. Car ce qui coule d'un élan, du fait que cela coule le long de la paroi, ne s'oppose pas à la remontée de l'air, mais lui facilite même un certain passage par humidification. »*

**Cœur, II, 1-3 (Duminil, 2003, pp.190-191)**

## B. La phonation

Hippocrate nous livre ce qui est peut-être le premier témoignage sur la physiologie de la voix (18).

Il distingue la voix et la parole mais il ne connaît pas les cordes vocales malgré ses observations sur les blessés de guerre, il suppose que les sinus permettent la résonance du son :

*L'homme parle en attirant l'air dans tout son corps, mais surtout dans les cavités. Poussé au dehors à travers le vide, l'air produit un son, car la tête résonne. La langue articule par la pression qu'elle exerce ; en maintenant l'air dans la gorge et en le projetant contre le palais et les dents, elle rend les sons distincts. Si, à chaque fois, la langue n'articulait pas par ses pressions, l'homme n'émettrait pas distinctement autre chose que des sons naturels inarticulés. La preuve en est que les sourds de naissance, ne sachant pas parler, n'émettent que des sons inarticulés. On ne réussira pas non plus si on essaie de parler après une expiration.*

*Le fait est clair : les gens veulent crier fort attirent l'air extérieur, le chassent au dehors et parlent haut aussi longtemps que l'air continue (à sortir) ; ensuite, le son va s'affaiblissant. Les joueurs de cithare, quand il leur faut porter la voix au loin, font une inspiration aussi profonde que possible, prolongent l'expiration et chantent fort aussi longtemps qu'ils continuent l'expiration ; mais quand l'air fait défaut, ils doivent cesser. Tout cela montre que c'est l'air qui parle. J'ai vu des gens qui, voulant se tuer, s'étaient coupés la gorge tout à fait ; ils vivent, il est vrai, mais ne parlent plus du tout, à moins qu'on ne puisse fermer la plaie ; alors, ils parlent (de nouveau). Cela aussi prouve qu'il ne peut plus attirer l'air dans les cavités, le larynx étant coupé, mais qu'il respire à travers la plaie. Voilà ce qu'il en est tant de la voix que de la parole.*

***Des chairs, XVIII, 1-3 (Joly, 1978, pp.199-200)***

*Mais, si le poumon n'était pas creux et pourvu d'un tuyau, les animaux n'auraient pas de voix ; nous émettons des sons à l'aide du poumon, en raison de ce qu'il est creux et qu'un tuyau y est adjoind ; le son est articulé par les lèvres et la langue.*

***Maladies IV, LIV (Littré, 1851, pp.605-607)***

## C. L'olfaction

Son enquête sur la nature continue dans *Des chairs*, l'olfaction est directement liée au cerveau car il est séparé du nez par un cartilage mou ressemblant à une éponge : le septum nasal ou peut être la lame criblée de l'ethmoïde. Le cerveau n'a la capacité de sentir que ce qui est plus sec que lui, tout ce qui sera plus humide à lui ne pourra pas être senti : l'eau en est un

exemple. La dernière phrase propose une explication de ce qui semble être une rhinopharyngite, la perte de l'odorat est due à la congestion des narines, le cerveau draine cet excédent d'humidité en provoquant un érythème et du flegme au niveau de la gorge ou du poumon :

*Le cerveau, étant humide, sent les substances sèches, attirant lui-même l'odeur avec l'air à travers des tuyaux qui sont secs. Car il s'étend jusqu'aux cavités des narines ; de ce côté, il n'a devant lui ni chair ni os, mais un cartilage mou comme une éponge. C'est lorsque les cavités des narines sont sèches qu'il peut percevoir avec le plus d'exactitude l'odeur des substances sèches. Il ne sent pas l'eau, car elle plus humide que le cerveau lui-même, à moins qu'elle ne soit corrompue, car l'eau, en se corrompant, s'épaissit comme tous les autres corps. Quand les narines deviennent humides, le cerveau perd la faculté de sentir, car il n'attire plus l'air à lui. C'est par cette voie aussi que le cerveau, par lui-même, flue abondamment sur le palais, la gorge, le poumon et le ventre ; les gens s'en aperçoivent et disent qu'il y a catarrhe de la tête ; il y en a aussi sur le reste du corps et c'est de l'aliment pour le chaud.*

**Des chairs, XVI, 1-3 (Joly, 1978, p198)**

#### **D. L'audition**

Les explications concernant l'audition sont assez justes, même si l'oreille interne n'est pas connue, Hippocrate identifie le tympan et la mastoïde.

Il propose même une explication de l'acoustique en accord avec les lois de l'acoustique : l'onde vibratoire et la vitesse du son en fonction du milieu:

*L'homme entend de cette façon : les conduits auditifs sont attenants à un os dur et sec comme la pierre ; en outre, l'os est creusé d'une cavité fistuleuse. Les sons viennent se heurter contre ce corps dur ; et l'os, qui est creux, retentit par sa dureté même. Dans le conduit auditif est fixée à l'os dur une membrane, tenue comme une toile d'araignée, la plus sèche de toutes les membranes. Il est beaucoup de preuves que les corps les plus durs résonnent le mieux ; or, plus les sons ont de force, mieux nous entendons. Quelques-uns qui ont écrit sur la nature ont prétendu que c'était le cerveau lui-même qui résonnait, ce qui est impossible ; car le cerveau est humide et entouré d'une membrane humide et épaisse, et autour de la membrane sont des os. Les corps liquides ne résonnent pas ; il n'y a que les corps secs ; or ce qui résonne est ce qui produit l'audition.*

**Des chairs, XV, 1-3 (Joly, 1978, pp.197-198)**

### E. Les céphalées

Le médecin hippocratique ne connaît pas le pouls, les battements observés ne sont que le reflet d'une pathologie. Ici les battements temporaux accompagnent les maux de tête, ils témoignent d'une trop grande quantité d'air circulant dans les vaisseaux, cet air empêche le sang d'arriver rapidement au cerveau et produit des maux de tête :

*Les maux de tête qui accompagnent les fièvres sont dus à la cause suivante. L'espace devient étroit pour le cheminement du sang dans la tête. Car les vaisseaux sont remplis d'air. Etant remplis et gonflés ils provoquent le mal de tête. Car le sang, contraint d'emprunter par force des passages étroits, ne peut pas, bien qu'il soit chaud, progresser rapidement : nombreux sont les obstacles et les barrages qui entravent sa marche ; c'est pour cette raison aussi que les battements se produisent dans la région des tempes.*

***Des vents, VIII, 7 (Jouanna, 2003, p115)***

### 3. Examen clinique ORL

#### A. L'interrogatoire

Même si l'interrogatoire n'est pas un aspect ayant contribué à la postérité du *corpus hippocratique*, on retrouve dans *Pronostic* (19) quelques phrases nous indiquant que l'interrogatoire du malade avait son importance. Il venait compléter l'information recueillie par l'inspection et la palpation pour déterminer l'exacte valeur des signes cliniques :

*Il faut observer de la façon suivante dans les maladies aiguës : d'abord le visage du malade pour savoir s'il est semblable à celui des gens en bonne santé et surtout s'il est semblable à lui-même ce sera l'état le plus favorable, alors que l'état le plus opposé au semblable est le plus redoutable (...). Si donc c'est au début de la maladie que le visage présente un tel aspect et qu'il n'est pas encore possible de faire des conclusions en s'appuyant sur les autres signes, il faut de surcroît interroger (...)*

***Pronostic, II, 1-3 (Jouanna, 2003, pp.4-5)***

*(...) mais il faut demander de surcroît s'ils souffrent de maux de tête ou de troubles de la vue ; car si l'un de ces signes existe, c'est à cet endroit-là que la maladie se portera.*

***Pronostic, VII, 6 (Jouanna, 2003, p19)***

*Pour savoir si l'empyème n'existe que d'un seul côté, il faut s'informer sur les points suivants : (savoir) si le malade éprouve quelques douleurs dans un côté et si un côté est plus chaud que l'autre (dans ce cas), le malade étant couché sur le côté sain, lui demander s'il a l'impression d'un poids venant du côté situé en haut (...).*

***Pronostic, XVI, 3 (Jouanna, 2003, p46)***

## **B. L'examen physique**

### **a) *Observation***

Fine et rigoureuse, riche en sémiologie, elle est détaillée dans le traité intitulé *Pronostic* (19). Le médecin s'attache à tous les éléments utiles à son diagnostic, à l'attitude générale du patient alité et aux moindres détails. Certains passages ne mentionnent aucun détails, non pas qu'ils n'étaient pas recherchés mais l'auteur n'a vraisemblablement pas jugé utile de les mentionner. Parmi les descriptions de syndromes, nous citerons la description du « faciès hippocratique », c'est par l'unique observation des éléments constituant le visage que le médecin hippocratique prédit un état agonique.

*Il faut observer de la façon suivante dans les maladies aiguës : d'abord le visage du malade pour savoir s'il est semblable à celui des gens en bonne santé, et surtout s'il est semblable à lui-même. Ce sera l'état le plus favorable, alors que l'état le plus opposé au semblable est le plus redoutable. Voici quel sera cet état : nez effilé, yeux enfoncés, tempes affaissées, oreilles froides et contractées, lobes des oreilles écartés, peau du front sèche, tendue et aride, teint de l'ensemble du visage jaune ou même noir, livide ou plombé. Si donc c'est au début de la maladie que le visage présente un tel aspect et qu'il n'est pas encore possible de faire des conclusions en s'appuyant sur les autres signes, il faut de surcroît interroger pour savoir si par hasard l'individu a souffert d'insomnie, ou s'il a une forte diarrhée, ou s'il est affamé (...).*

***Pronostic, II, 1-3 (Jouanna, 2013, pp.4-6)***

La médecine hippocratique est une médecine sensorielle. L'observation est complétée par l'utilisation de quatre autres sens : le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût :

*Il faut étudier d'abord soit les ressemblances, soit les dissemblances, en procédant par les plus importantes, les plus faciles, celles qui s'apprécient par tous les moyens possibles ; ce qu'on peut voir, toucher et entendre ; ce qu'on peut reconnaître par les sens de la vue, du toucher, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, avec l'intervention de l'intelligence ; en un mot, ce qu'on peut connaître par tous nos moyens de connaissances.*

***De l'officine, I (Petrequin, 1878, pp.6-7)***

L'examen clinique ORL nécessite de nos jours des outils qui nous permettent une visualisation interne de l'anatomie. Or il ne semble pas que pour le médecin hippocratique ait poussé son observation, en effet, il est dit que :

*(...) Pour les maladies les plus cachées et les plus difficiles, c'est par le jugement plus que par le savoir-faire que l'on tranche. Or c'est dans ces maladies que l'écart se révèle le plus grand entre la compétence et l'incompétence.*

**Des vents, I, 3 (Jouanna, 2003, p103)**

D'autre part, cet autre extrait nous informe que le rôle et l'existence des cordes vocales n'étaient pas connus d'Hippocrate et qu'elles n'étaient donc pas examinées:

*J'ai vu des gens qui, voulant se tuer, s'étaient coupés la gorge tout à fait ; ils vivent, il est vrai, mais ne parlent plus du tout, à moins qu'on ne puisse fermer la plaie ; alors, ils parlent (de nouveau). Cela aussi prouve qu'il ne peut plus attirer l'air dans les cavités, le larynx étant coupé, mais qu'il respire à travers la plaie. Voilà ce qu'il en est tant de la voix que de la parole.*

**Des chairs, XVIII, 3 (Joly, 1978, p200)**

L'examen de la cavité buccale avait beaucoup d'importance comme en témoigne de nombreux passages détaillant son contenu ; le médecin hippocratique devait, en faisant ouvrir la bouche à ses malades, rechercher l'angine ou l'hypertrophie de la luette car elles sont dangereuses et sont sources d'asphyxie et de mort :

*La gorge une fois qu'elle est ulcérée avec de la fièvre, c'est redoutable ; mais s'il survient quelque autre signe de ceux qui ont été définis auparavant comme mauvais, énoncer le pronostic que l'individu est en danger. Les angines sont les plus redoutables et les plus rapides à emporter le malade quand elles ne produisent rien de visible ni dans la gorge ni dans le cou et causent la plus grande douleur et de l'orthopnée ; car elles étouffent (le malade) soit le jour même soit le deuxième, soit le troisième soit le quatrième jour. Celles qui, tout en causant pour le reste une souffrance comparable, forment des gonflements et produisent des rougeurs dans la gorge, sont certes fort funestes, mais sont plus longues que les précédentes. Chez les malades dont la gorge et le cou sont rouges en même temps, ces angines là sont plus longues, et ils en réchappent surtout si le cou et la poitrine ont des rougeurs sans que l'érysipèle rétrocede à l'intérieur. Mais si l'érysipèle ne disparaît pas dans les jours critiques, ni avec formation d'une grosseur dans la région extérieure et que le malade n'expectore pas le pus en toussant facilement et sans douleur, cela signifie la mort ou la récurrence de la rougeur. Le plus sûr est que la rougeur et la grosseur se tournent le plus possible vers l'extérieur, et que les autres dépôts se tournent sous leur double forme vers l'extérieur. Mais si c'est vers le poumon qu'ils se tournent, ils causent le délire et les individus deviennent empyématique à la suite de cela dans la plupart des cas. En ce qui concerne la luette, il est dangereux de sectionner ou de l'inciser, tant*

*qu'elle est rouge et grosse ; de fait, des inflammations surviennent dans ces cas-là, ainsi que des hémorragies. Néanmoins, il faut s'efforcer par les autres moyens de faire diminuer un tel volume durant cette période là. En revanche, une fois que c'est désormais formé complètement ce que l'on appelle le « le grain de raisin »<sup>1</sup>, l'extrémité de la luette étant plus grosse et arrondie et sa partie supérieure étant plus mince, c'est le moment favorable pour opérer avec sûreté. Il est préférable aussi de vider le ventre par le bas avant l'intervention chirurgicale, si les circonstances s'y prêtent et si l'individu ne s'étouffe pas.*

**Pronostic, XXIII, 1-9 (Jouanna, 2003, pp.64-69)**

***b) Palpation et auscultation***

Le médecin hippocratique palpe les hypochondres mais ne palpe pas encore les pouls vasculaires. L'auscultation immédiate existait, le praticien collait son oreille contre la poitrine du malade et écoutait les bruits intérieurs :

*Et si vous écoutez un long moment en appliquant l'oreille contre les côtes, cela grésille à l'intérieur comme du vinaigre.*

**Maladies II, LXI, 1 (Jouanna, 1983, p200)**

Ce procédé d'auscultation immédiate a été ensuite oublié ou méconnu pendant fort longtemps. Il a fallu attendre le début du XIX<sup>ème</sup> siècle avec Laennec pour que cette technique soit à nouveau remarquée. Laennec est bon connaisseur d'Hippocrate puisqu'il a fait sa thèse sur le médecin de Cos. Il rappelle dans son traité de *l'auscultation médiate* que les passages d'Hippocrate lui étaient tombés de nouveau sous les yeux lorsqu'il commençait à s'occuper de ses recherches (20).

Dans les *prénotions coaques*, le médecin hippocratique initie son patient à une auto-auscultation à la recherche d'une fracture du crâne passée inaperçue :

*Les cas où l'on doute s'il y a fracture ou non, on les décidera en faisant mâcher de l'un et de l'autre côté une tige d'asphodèle ou une branche de fêrulle, et en recommandant au blessé de faire remarquer si l'os lui paraît faire quelque bruit ; en effet, les os fracturés paraissent faire quelque bruit.*

**Prénotions coaques<sup>2</sup>, CDXC (Pecker/Littré, 1983, p388)**

---

<sup>1</sup> La grappe de raisin est employée de façon métaphorique en pathologie pour désigner une affection de la luette qui lui donne la forme d'une grappe ou d'un grain de raisin.

<sup>2</sup> Les prénotions sont un ensemble de propositions pronostiques dont l'origine est attribué à l'école de Cos (coaques).

### 3. Traitement en ORL

#### A. La chirurgie

Le médecin hippocratique se met au service du malade, il considère que sa dextérité est la conséquence d'une grande pratique :

*De cet art, les mauvais côtés sont difficiles à comprendre tandis que les bons côtés sont faciles à saisir. Les mauvais côtés, eux, ne peuvent être connus que par les seuls médecins et non par les profanes ; car ils sont l'affaire non du corps, mais de l'intelligence. En effet, dans tous les cas où le travail de main est nécessaire, il convient d'en acquérir seulement l'habitude (car l'habitude, quand il s'agit des mains, est l'école la meilleure (...)).*

**Des vents, I, 3 (Jouanna, 2003, p103)**

Mais il n'est pas concevable que cette pratique soit purement expérimentale il faut :

*Avoir dans la maladie deux choses en vue : être utile ou ne pas nuire*

**Epidémies I, V (Littré, 1979, p241)**

La finalité de la médecine est donc avant tout l'intérêt du malade.

Par ailleurs les gestes chirurgicaux doivent être toujours réalisés dans une position adéquate :

*Le chirurgien, qu'il soit assis ou debout devra toujours être dans une position convenable par rapport à lui-même, et à la partie qu'il opère et à la lumière.*

**De l'officine, III (Petrequin, 1878, p14)**

Le médecin hippocratique se doit de refuser la violence, il doit réaliser ses gestes avec la plus grande douceur, il adopte une attitude paternaliste et est autorisé à cacher la vérité pour le bien du patient :

*En un mot, il faut, comme si on modelait de la cire, ramener à leur disposition naturelle les parties, soit déviées soit distendues contre nature, et, faisant concourir au redressement l'action du bandage de concert avec celle des mains manœuvrer sans violence et avec ménagement ; on doit coudre les bandes suivant que l'exige le genre de suspension à opérer ; en effet, chaque espèce de pied bot réclame un mode de suspension différent.*

**Des articulations, LXII (Petrequin, 1878, p471)**

*On fera toute choses avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses ; lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent ; écartant ce qui est de lui ; tantôt le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est à dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait.*

***De la bienséance, XVI (Littré, 1861, p243)***

## **B. L'alimentation**

Le médecin hippocratique connaît parfaitement les propriétés des aliments et des boissons, il sait que s'il veut atteindre la guérison, il faut qu'il adapte le régime du malade à sa maladie et à son évolution car les aliments sont au contact de nos organes :

*La puissance de l'aliment atteint l'os et toutes ses parties, le nerf, la veine, l'artère, le muscle, la membrane, la chair, la graisse, le sang, le flegme, la moelle, le cerveau, la moelle épinière, l'intestin et toutes ses parties, et naturellement aussi la chaleur, l'humidité et le souffle.*

***De l'aliment, VII, (Joly, 1972, pp.140-141)***

Dans les cas de fractures du nez et de la mâchoire, il faudra doubler sa consommation alimentaire nécessaire à la consolidation osseuse :

*Nourriture des os à la suite d'une fracture : pour le nez, deux fois cinq ; pour la mâchoire, la clavicule et les côtes, le double ; pour l'avant-bras, le triple ; pour la jambe et le bras, le quadruple, mais il peut y avoir en cela du plus et du moins.*

***De l'aliment, XLIII (Joly, 1972, p146)***

Le médecin hippocratique observe également que l'odorat permet de réveiller et d'animer les corps et il préconise l'utilisation d'odeurs pour redonner force et rétablissement :

*Pour ceux qui ont besoin d'un rapide rétablissement, un remède liquide est le meilleur pour redonner leur force ; pour ceux qui ont besoin d'un rétablissement plus rapide encore, c'est un remède par l'odorat ; pour ceux qui ont besoin d'un rétablissement plus lent, c'est un aliment solide.*

***De l'aliment, L (Joly,1972, p147)***

### C. Les exercices

Les exercices constituent après le régime alimentaire le second grand volet thérapeutique, l'idéal serait un équilibre entre les aliments et les exercices, il s'agit des prémices des règles hygiéno-diététiques. Les promenades permettent d'améliorer les rétentions flegmatiques de la tête à l'origine de céphalées et de la baisse d'audition :

*Les promenades matinales amaigrissent et rendent toute la région de la tête légère et alerte, l'ouïe fine, et dégagent le ventre (...). Elles allègent la région de la tête pour les raisons suivantes : quand il se vide, le ventre, parce qu'il est chaud, attiré à lui l'humidité du corps et en particulier de la tête ; et la tête se vidant, la vue et l'ouïe se purifient et on devient alerte (...).*

**Du régime II, LXII, 3-4 (Joly, 1967, p62-63)**

### D. Les bains

Moins souvent mentionnés que le régime alimentaire ou les exercices, les bains font néanmoins partie de l'arsenal thérapeutique chez Hippocrate. Le bain ne se fait pas comme aujourd'hui par immersion mais par aspersion. Il est notamment utilisé à visée antalgique au niveau du visage :

*On se servira d'éponges au lieu de brosse et on fera la friction d'huile avant que le corps soit trop sec. Par contre, il faut sécher la tête autant que possible, en l'essuyant avec une éponge, et ne pas laisser se refroidir les extrémités, ni la tête ni le reste du corps (...).*

**Du régime des maladies aiguës, LXV, 3 (Joly, 1972 p65)**

*L'eau potable sur la tête et d'autres parties du corps favorise le sommeil ; elle calme le spasme, le tétanos ; elle assouplit les douleurs de l'oreille, des yeux, et d'autres douleurs semblables. Echauffer ce qui est froid, comme la poix dans les plaies - sauf si elles sont sanguinolentes ou doivent le devenir - dans les fractures, dans les luxations ou les autres cas où le médecin a recours aux bandages, dans les lourdeurs de tête (...)*

**De l'usage des liquides, I, 2 (Joly, 1972, p164)**

Les vapeurs d'eau permettent également de contribuer à l'évacuation des humeurs immobilisées au niveau du nez, traitement toujours d'actualité et délivré sous la forme de lavage ou d'inhalation et ayant fait ses preuves dans la décongestion nasale :

*Quand les narines sont gonflées et remplies de phlegme coagulé, il faut atténuer ce phlegme coagulé soit par des bains de vapeur, soit par un évacuant, mais ne pas*

*détourner ; si en effet le flux détourné se porte ailleurs, ou que ce soit, il y causera une maladie plus grande.*

***Des lieux dans l'homme, XI, 1 (Joly, 1978, p50)***

Les bains de vinaigre ou d'eau de mer sont utilisés dans le nettoyage des oreilles car leurs propriétés détergentes permettent de se débarrasser du cérumen. Les propriétés du vinaigre également antiseptiques, bactéricides et bactériostatiques permettent le nettoyage des plaies :

*Le vinaigre est analogue à l'eau de mer pour la peau et les articulations et il est plus efficace par affusion ou vapeur ; et aussi pour les plaies récentes, les caillots, les cas où il y a noirceur des organes sexuels, brûlure aux oreilles ou aux dents.(...) il amollit les verrues et les saletés dans les oreilles ; il assouplie aussi la peau ; il serait utile dans beaucoup d'autres cas s'il ne nuisait, par son odeur, surtout aux femmes et il serait efficace même pour la goutte, s'il ne blessait la peau.*

***De l'usage des liquides, IV, 1 (Joly, 1972, p168)***

Des études récentes comparent l'efficacité du vinaigre (acide acétique) aux antibiotiques dans le traitement des otites chroniques non cholestéatomateuses. Leurs résultats sont intéressants notamment sur les infections persistantes à *pseudomonas* (21,22).

Malgré une efficacité certaine, son utilisation est actuellement limitée par les sensations de brûlures qu'il provoque.

## **Les pathologies ORL & cervico-faciales**

# **I. Traumatiques**

# 1. Fracture du crâne et trépanation

## A. Extraits

### Extrait 1 :

*Fracture du crâne : si l'os est largement brisé, il n'y a pas de danger ; on traitera ce cas par des médicaments humectant. S'il est fracturé de manière à produire une fêlure, le danger est grand ; on trépanera afin que l'ichor<sup>3</sup> coulant à la fêlure de l'os ne corrompe pas la méninge. Car l'humeur, vu l'étroitesse (de la fissure), entre, mais ne sort pas, et dès lors cause douleur et de délire. Un tel malade doit être trépané, et trépané largement, afin qu'il y ait issue, et non pas entrée seulement pour l'ichor ; on emploiera les médicaments qui attirent à eux l'humeur et on baignera.*

*Des lieux dans l'homme, XXXII, 1 (Joly, 1978, p65)*

### Extrait 2:

*Le chaud est le plus utile pour les fractures des os, surtout s'ils sont dénudés, et encore davantage pour les blessures de la tête, volontaires ou accidentelles, et pour tout ce que le froid tue ou ulcère ; et aussi pour les plaies volontaires ou accidentelles, pour les écorchures, les dartres<sup>4</sup>, les parties rongées ou noircies par la maladie, pour l'ouïe, le siège, la matrice ; pour tout cela, le chaud est favorable et détermine la crise ; le froid, par contre, est hostile et mortel, sauf dans les cas où on peut s'attendre à une hémorragie.*

*De l'usage des liquides, VI, 6 (Joly, 1972, p170)*

### Extrait 3 :

*Il faut bien savoir que tout bandage tend à glisser du côté des parties déclives ou conoïdes, comme le sommet de la tête et le bas des jambes. Les circonvolutions de la bande doivent aller, à la droite, vers la hanche, et, à la gauche vers la droite, excepté à la tête qu'il faut bander suivant la verticale.*

*De l'officine, IX (Petrequin, 1878, pp35-37)*

### Extrait 4 :

*Enfin, s'il s'agit de redresser les parties déviées, on s'y prendra d'après les mêmes règles : il faut repousser les parties qui s'écartent en dehors, (et ramener celles qui s'inclinent en dedans) à l'aide du bandage, des agglutinatifs, de la suspension (et de la position) on remédie aux lésions contraires par des moyens qui agissent en sens inverse.*

*De l'officine, XI (Petrequin, 1878, p51)*

---

<sup>3</sup> Terme qui définit une sérosité par opposition au sang et au pus.

<sup>4</sup> Plaques sèches et squameuses au niveau de l'épiderme.

**Extrait 5 :**

*Pour ce qui est des appareils de contention et de consolidation, par exemple, pour la poitrine, les côtes, la tête et les autres régions semblables, de tels moyens sont mis en usage, les uns, à cause des battements morbides, afin qu'il n'en résulte pas d'ébranlement, les autres, à cause de l'écartement des sutures du crâne dans les plaies de tête, afin de les assujettir ; d'autres enfin, en raison de la toux, des étternuements et des autres mouvements, comme ceux qui se passent dans la poitrine et dans la tête afin de les contenir. Dans tous ces cas, on doit observer, pour la déligation<sup>5</sup>, la même mesure (que pour les bandages de fracture) c'est à l'endroit de la lésion qu'on serre davantage ; on doit donc mettre dessous quelque chose de mou, approprié à la maladie ; il faut, en appliquant le bandage, serrer seulement assez pour que les battements morbides ne produisent pas d'ébranlement, ou que les sutures des os du crâne disjoints se touchent mutuellement par leurs bords extrêmes, ou afin que la toux et les étternuements ne soient pas empêchés d'une façon absolue, de manière, en un mot à servir de soutien, sans faire violence ni permettre d'ébranlement.*

**De l'officine, XXV (Petrequin, 1878, pp.79- 83)**

**Extrait 6 :**

*A Omilos, Automus mourut le seizième jour d'une plaie de tête, ayant, au cœur de l'été, reçu une pierre lancée à la main, qui porta sur les sutures au milieu du bregma (sinciput). Je ne reconnus pas d'abord qu'il y avait indication de trépaner ; ce qui me trompa dans mon diagnostic, c'est que les sutures étaient elles-mêmes le siège de la lésion produite par le corps vulnérant ; plus tard la chose devint évidente. Il survint d'abord à la clavicule, puis au côté, une douleur très vive ; le spasme s'empara des deux bras : car la plaie occupait le milieu de la tête et du bregma. Le blessé ne fut trépané que le quinzième jour ; il sortit du pus, mais en petite quantité ; la méninge ne paraissait pas altérée.*

**Des plaies de la tête, XIX (Petrequin, 1878, pp.541-543)**

**Extrait 7 :**

*En chirurgie, c'est commettre une faute contre l'art que de méconnaître la présence du pus dans une plaie ou dans une tumeur, de ne pas diagnostiquer les fractures ou les luxations, et, tout en explorant le crâne avec la sonde, de ne pas discerner si l'os est fracturé.*

**Des plaies de la tête, I (Petrequin, 1878, p541)**

**Extrait 8 :**

*De ces divers modes de lésions traumatiques, ceux qui réclament l'emploi du trépan sont : la contusion, qu'elle se dérobe à la vue ou qu'elle soit apparente, et la fracture, qu'elle soit cachée à l'œil ou manifeste ; de même encore, dans le cas d'une empreinte produite sur l'os par l'arme vulnérante, s'il s'y joint une fracture et une contusion, ou si une contusion sans fracture vient seule compliquer l'empreinte, c'est encore un accident qui exige l'emploi du trépan. Mais, s'il s'agit d'un os qu'un enfoncement a déprimé hors de sa position normale, il en est peu dans le nombre qui ait besoin de la trépanation ; et il en sera d'autant moins besoin que les os seront plus enfoncés et*

---

<sup>5</sup> Le bandage.

*plus brisés. L'hébra aussi, prise en elle-même est survenue sans fracture ni contusion, ne réclame pas d'avantage l'emploi du trépan ; ni l'entaille ou diacopé non plus, si elle est grande et large ; car diacopé et hébra sont tout un.*

***Des plaies de la tête, XI (Petrequin, 1878, pp.465-467)***

**Extrait 9 :**

*Quant au traitement des plaies de la tête et aux moyens de découvrir les lésions qu'a éprouvé le crâne quand elles ne sont pas apparentes, voici, à mon avis, ce qu'il en est : une plaie de tête ne doit être humectée avec quoi que ce soit, pas même avec du vin, sinon le moins qu'on pourra ; il ne faut pas non plus, dans les plaies de tête, user de topiques qui exigent un appareil contentif, ni faire la cure avec des tentes, ni appliquer un bandage roulé, à moins que la blessure ne siège au front ou dans une région dégarnie de cheveux, ou bien près des sourcils et des yeux. Là, en effet, les plaies qui s'y trouvent réclament l'emploi des topiques et des bandages plus qu'en toute autre partie de la tête ; car le reste de la tête environne tout le front, et c'est des parties qui entourent la plaie, en quelque endroit que celle-ci se rencontre, que proviennent l'inflammation et la tuméfaction, par suite de l'afflux du sang. Toutefois on ne devra pas, même dans les blessures du front, appliquer, tout le temps de la cure, des topiques et des bandages ; mais il faudra, dès que l'inflammation aura cessé et que la tuméfaction sera tombée, cesser aussi l'application des topiques et des bandages. Dans les autres régions de la tête, on n'emploiera pour la plaie ni tentes, ni topiques nécessitant un appareil contentif, ni bandage roulé, à moins pourtant qu'il ne soit indiqué d'y faire une incision.*

***Des plaies de la tête, XVII (Petrequin, 1878, pp.483-485)***

**Extrait 10 :**

*Un bandage est véritablement médical quand il rend service à la personne en traitement. Or, les deux conditions les plus utiles et dont il faut tirer profit, sont de faire porter la pression sur le point convenable et de serrer modérément. Quant aux époques de saison, on verra quand il faut habiller ou non le lieu affecté, de manière que le malade lui-même n'ignore pas qu'il faut, suivant les circonstances, habiller ou ne pas habiller. On laissera de côté les bandages élégants et de disposition théâtrale qui ne servent à rien ; car cela est misérable, sent tout à fait le charlatanisme, et souvent apporte du dommage à la personne en traitement ; or le patient demande non de la parure, mais du soulagement.*

***Du médecin, IV (Littré, 1861, pp.261-262)***

## B. Analyse de texte

Dans *Les plaies de la tête*, Hippocrate débute par des généralités anatomiques sur les variétés du crâne et des sutures, sur les deux tables osseuses et le diploé, enfin sur les régions les plus faibles ou les plus résistantes de la tête de nature à influencer sur la gravité des blessures.

Après ce préambule il aborde les questions pathologiques : il admet cinq modes de lésions du crâne :

1. la fracture simple
2. la contusion sans fracture ni enfoncement
3. l'enfoncement avec fracture
4. l'hedra ou eccopé c'est à dire simple entamure de l'os

Il établit que deux de ces lésions exigent l'opération du trépan à savoir la fracture et la contusion (1, 2), mais que l'écopé et la dépression du crâne (3,4) ne la réclament pas par elle-même.

Il passe au diagnostic : il commence par l'examen du blessé, il étudie l'état local à l'aide de la vue et de la sonde ; il interroge le malade sur les circonstances de la blessure, en faisant remarquer que la sonde ne peut guère éclairer que sur l'enfoncement et l'écopé.

Concernant le traitement chirurgical il conseille le débridement. Si l'exploration par la vue et la sonde ne suffit pas, il a recours à la rugine, qui fait disparaître l'écopé (23), mais non la contusion et la fêlure, il utilise probablement les élévateurs pour réduire les enfoncements (Figure 5).

La trépanation est nécessaire pour lutter contre l'inflammation des plaies et donc d'un engorgement des humeurs et surtout du sang dont la corruption gêne la guérison et entraîne la suppuration (23).

Les découvertes ostéo-archéologiques en contexte de l'Antiquité grecque suggèrent l'hypothèse selon laquelle l'origine de la trépanation n'est pas à chercher dans la chirurgie rationnelle : elle apparaît initialement comme une intervention rituelle, exécutée d'abord sur les cadavres, puis sur des têtes vivantes. L'expérience a enseigné qu'on peut survivre à l'ouverture de la boîte crânienne et une technique rudimentaire a été acquise : cela a permis l'application médicale de la trépanation. On s'est mis à opérer les malades, les indications étant à la fois magiques et rationnelles (fracture de la voute du crâne).

A l'époque mycénienne (1650 à 1100 avant J-C), des chirurgiens ont déjà bien maîtrisé le côté technique de l'opération et précise ses indications traumatologiques : ils ont pris le chemin qui conduit tout droit à la codification hippocratique (24).

Il délivre le traitement local après la trépanation ; les fractures de la tête guérissent mieux au contact du chaud sauf en cas d'hémorragie active. Les bandages ne sont que rarement conseillés dans *Des plaies de la tête* et même critiqués car bien souvent les médecins charlatans les utilisent pour impressionner les foules alors que le principe même du traitement des fractures du crâne ne repose pas sur le bandage (Figure 6). Certains volumes du *corpus* comme *Des lieux dans l'homme* semblent contredire les conseils proposés dans *Des plaies de la tête*, ces contradictions nous confortent dans l'hypothèse que le *corpus* provient de plusieurs auteurs, voire de différentes écoles.



<i>Size of originals.</i>	<i>Museum.</i>
1. 15 <sup>cm</sup> ,5	Naples
2. 8 <sup>cm</sup> ,5	Cologne
3. 11 <sup>cm</sup>	British

**Figure 5 :**

L'instrument de gauche est un élévateur en bronze appartenant au musée archéologique de Naples (Italie), il mesure 15,5 cm de long. Hippocrate préconise l'utilisation d'instruments en bronze. Il semblerait qu'il ait pu être utilisé en Grèce antique comme élévateur pour réduire les fractures avec enfoncement (25).



**Figure 6 :**

Illustrations des bandages attribués à Hippocrate et Galien dans de Operum Hippocratis Coi et Galeni Pergameni Archiatron. Tomus XII. 1679 Ed René Chartier. Les différents types de bandages de la tête ont principalement été décrits par Galien, Hippocrate préconise rarement des bandages et ils devaient être simples (Image Medic@ BIUM réf. 00013x14 )(26).

## 2. Fracture mandibulaire

### A. Extraits

#### Extrait 1:

*Dans la fracture de la mâchoire inférieure, si l'os n'est pas entièrement cassé en rave<sup>6</sup>, mais qu'il conserve ses rapports de continuité et que seulement il éprouve une inclinaison, il faut en opérer la coaptation en introduisant les doigts sur le côté de la langue et faisant contre-effort à l'extérieur autant qu'il sera besoin. Si les dents, au niveau de la lésion, sont déviées et déplacées, on doit, une fois la coaptation faite, les lier entre elles, non seulement deux ensemble, mais encore plusieurs, jusqu'à ce que l'os soit consolidé, en se servant de préférence d'un fil d'oie, et à défaut d'un fil de lin.*

*Ensuite on applique un bandage avec du certa, un petit nombre de compresses et de bandes, qu'on a soin de ne pas trop serrer, mais de laisser plutôt lâches. Il faut bien savoir, en effet, que, dans la fracture de la mâchoire, l'appareil formé de bandes est de peu d'utilité, quand il est appliqué, mais devient fort nuisible quand il l'est mal. On doit faire de fréquentes explorations sur la côté de la langue, et exercer avec les doigts une pression longtemps prolongée, en s'efforçant de redresser l'inclinaison de l'os. Ce procédé serait excellent, si l'on pouvait le tenir appliqué sans relâche, mais cela n'est pas possible.*

**Des articulations, XXXII (Petrequin, 1878, p363)**

#### Extrait 2 :

*Lorsque la mâchoire est entièrement cassée en rave (accident qui arrive rarement) on doit opérer la coaptation comme il a été expliqué, et la réduction une fois faite, attacher les dents ensemble de la façon qui a été décrite : cela contribuera beaucoup à l'immobilité, surtout si l'on sait les lier suivant les règles, en nouant bien les bouts des fils comme ils doivent l'être. Au reste, il n'est pas facile d'exposer exactement par écrit tous les détails opératoires, et il faut, à l'aide des descriptions, se représenter une image des choses ; on prend ensuite du cuir de Carthage : si le blessé est un enfant, il suffit d'en détacher la partie externe ; mais s'il est plus âgé, il faut toute l'épaisseur du cuir : on en taille une largeur de trois doigts ou la largeur qui conviendra ; on enduit la mâchoire de gomme (ce qui assure plus d'adhérence) et avec de la colle on fixe la lanière de cuir par le bout vers le point fracturé de l'os en ayant soin de laisser, au niveau de la lésion, un espace libre d'un travers de doigt ou un peu plus ; on fait passer cette courroie sous la mâchoire : elle doit être fendue à hauteur du menton, afin d'en embrasser la pointe. Une autre courroie pareille, ou un peu plus large, devra être collée vers le haut de la mâchoire, laissant aussi entre elle et la langue la même distance que la première : elle sera également fendue afin d'embrasser l'oreille. Il faut qu'elles aillent chacune se rétrécissant du côté où elles doivent se lier ensemble ; car il importe qu'elles puissent être bien assemblées et bien nouées par leurs extrémités. On a soin, en collant, de tourner la partie charnue du cuir du côté de la peau : car, de la sorte, cela adhère mieux ; il faut ensuite tendre les*

---

<sup>6</sup> Fracture nette

*lanières, un peu plus celles qui embrassent le menton, afin d'empêcher autant que possible que les fragments ne se devient en chevauchant, et en attacher les chefs sur le sommet de la tête ; puis on roule une bande autour du front, et l'on fixe le tout avec un bandage dessus, comme c'est la règle, pour bien maintenir l'appareil. Le malade se tiendra couché deux côtés de la mâchoire saine, en s'appuyant toutefois non sur la mâchoire, mais sur la tête. On l'assujettira à une diète tenue pendant dix jours, puis on le restaurera sans trop de lenteur, car s'il ne survient pas d'inflammation dans cette première période, la mâchoire se consolide en vingt jours ; le cal s'y forme promptement, comme dans les autres os spongieux, à moins qu'il n'advienne un sphacèle<sup>7</sup>. Mais, pour ce qui est du sphacèle des os en général, c'est un sujet dont il reste à traiter ailleurs longuement. Cette extension, pratiquée ainsi par des agglutinatifs, est stable, facile à régler, appropriée à beaucoup de réductions et dans une foule de régions. Parmi les chirurgiens, ceux qui opèrent avec dextérité, mais sans jugement dans les autres blessures, se montrent tels aussi dans les fractures de la mâchoire : ils appliquent sur une mâchoire fracturée des bandages variés, tantôt bien, tantôt mal ; or tout bandage roulé, dans cette fracture de la mâchoire, tend plutôt à incliner les fragments vers le point où l'os est cassé qu'à les ramener à leur position naturelle.*

**Des articulations, XXXIII (Petrequin, 1878, pp.365-369)**

**Extrait 3 :**

*Lorsque la mâchoire inférieure s'est disjointe dans la symphyse du menton (cette symphyse est la seule qui existe à la mâchoire inférieure, tandis qu'à la supérieure il y en a plusieurs : mais je ne veux pas m'écarter de mon sujet par des digressions, c'est dans d'autres espèces de maladies qu'il conviendra de discourir là-dessus), lors donc, disons-nous, que la symphyse du menton s'est disjointe, la réduction est à la portée du premier venu : il suffit, pour la partie saillante en dehors, de la repousser en dedans, en y appliquant les doigts. Toutefois c'est après avoir soumis les fragments à une extension qui les écarte, qu'on devra pratiquer cette manœuvre : il sera ainsi plus facile de les remettre en place, que si l'on entreprend les manœuvres de réduction sur des os qui chevauchent l'un sur l'autre : il est bon de se rappeler que cette remarque s'applique à tous les cas semblables. Une fois la réduction opérée, il faut attacher ensemble les dents de chaque côté, comme il a été dit précédemment, puis panser avec du cérat, quelques compresses et des bandes ; c'est un bandage simple plutôt que compliqué que comporte spécialement cette région, qui se rapproche un peu de la forme d'un cylindre, sans avoir pourtant une configuration vraiment cylindrique. On roulera les tours de bande à droite, si c'est le côté droit de la mâchoire qui fait saillie (on entend qu'une bande est roulée à droite, quand c'est la main droite qui la dirige), et, s'il s'agit de la branche gauche de la mâchoire, on les roulera en sens inverse. Quand la réduction a été régulièrement faite et que le blessé garde le repos comme il convient, la guérison est prompte, et les dents ne sont pas endommagées ; sinon, la guérison est plus lente, les dents conservent de la déviation ; elles deviennent malades et hors services.*

**Des articulations, XXXIV (Petrequin, 1878, pp.369-371)**

---

<sup>7</sup> Nécrose

## B. Analyse de texte

Dans les différents extraits le médecin hippocratique comprend que la réduction osseuse est importante de façon précoce et que la contention dentaire apporte une stabilité dentaire, le fil de lin et d'oie est utilisé pour la contention dentaire.

Des fouilles archéologiques ont permis de retrouver des contentions ostéo-dentaires faites à l'aide de fils d'or (Figures 7 & 8), probablement à des fins d'appareillage mais également de contention de fracture mandibulaire (27).

Le bandage est indispensable pour stabiliser la mandibule et celle-ci semble complexe à appliquer ; il faut s'aider de gomme pour mieux faire adhérer la bande à la peau (Figure 9) mais le bandage seul semble inefficace car le contre appui permanent est impossible.

Le régime devra être adapté pendant 10 jours et la consolidation est évaluée à 20 jours.

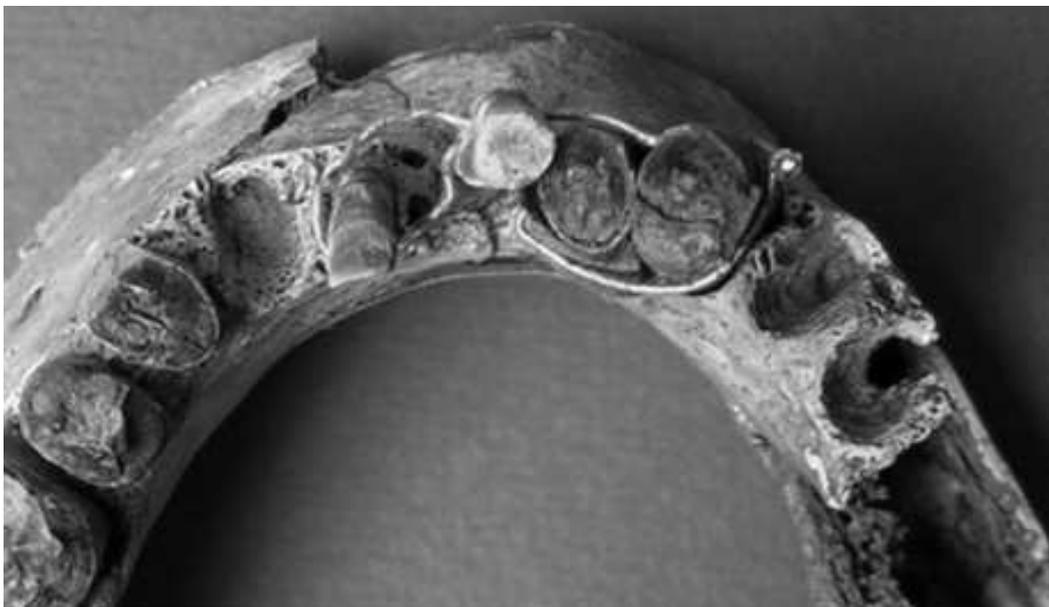
Les règles de prises en charge des fractures de mandibule, même si elles se sont complexifiées œuvrent toujours dans le but de la restauration de l'articulé dentaire grâce à une contention osseuse précoce (28).



**Figure 7:**

Immobilisation dentaire avec un fils d'or. Retrouvé dans une tombe en Érytrie, IV<sup>ème</sup> siècle avant J-C. Musée archéologique d'Athènes, No : 12764 (29).

L'immobilisation dentaire pouvait être également utilisée dans la contention des fractures de mandibule comme le décrit Hippocrate.



**Figure 8 :**

Contention dentaire avec fils d'or retrouvé dans une nécropole romaine I ou II<sup>ème</sup> siècle après J-C (27).

L'immobilisation dentaire pouvait être également utilisée dans la contention des fractures de mandibule comme le décrit Hippocrate.



**Figure 9 :**

Illustration du bandage de la mandibule selon les descriptions d'Hippocrate.  
Operum Hippocratis Coi et Galeni Pergameni Archiatron. Tomus XII. 1679  
Ed René Chartier (Image Medic@ BIUM Réf : 00013x14)(30).

### 3. Luxation de la mâchoire

#### A. Extraits

##### Extrait 1 :

*La luxation complète de la mâchoire ne s'est guère observée que dans un petit nombre de cas ; en effet, l'os qui naît de la mâchoire supérieure (os malaire) s'unit à l'os qui est fixé sous l'oreille (zygoma), lequel sépare les têtes de la mâchoire inférieure (condyle et apophyse coronoïde), étant plus élevé que l'une (condyle) et plus bas que l'autre (apophyse coronoïde) ces têtes de la mâchoire sont, l'une à cause de sa longueur, peu accessible (aux violences extérieures) et l'autre coronoïde et dépassant la zygoma ; ajoutez qu'à ces deux têtes s'insèrent des tendons nerveux d'où procèdent des muscles appelés crotaphites<sup>8</sup> et masséters ; ils ont revu leur nom et jouissent de leurs mouvements, en raison de leur attache à la mâchoire inférieure : car, dans la mastication, dans l'action de parler et dans tout autre exercice de la bouche, la supérieure ne se meut pas : elle est articulée avec la tête par synarthrose et non par diarthrose ; c'est l'inférieur qui se meut, car c'est par diarthrose qu'elle s'articule avec la supérieure et avec la tête. Or pourquoi, dans les spasmes et le tétanos, cette articulation fournit-elle le premier symptôme par sa rigidité, et pourquoi les plaies des muscles temporaux sont-elles dangereuses et sujettes à des accidents carotiques, c'est ce que j'exposerai dans un autre traité. Voilà pour les causes qui font que cette articulation ne se luxe guère ; il convient d'ajouter encore que les nécessités de l'alimentation n'obligent généralement pas l'homme à ouvrir la bouche au-delà de ce qu'il peut faire naturellement ; or cette luxation ne saurait se produire dans aucune position autre que celle où, pendant un large écartement de la mâchoire, on lui imprime un mouvement de latéralité. Il est toutefois une circonstance qui favorise cette luxation : parmi tous les tendons et les muscles qui avoisinent les articulations ou qui procèdent des articulations auxquelles ils s'insèrent, ceux dont les fonctions nécessitent le plus de mouvements sont aussi ceux qui sont le plus capable de se prêter aux extensions, de même les peaux les mieux corroyées ont aussi le plus d'élasticité. Or pour en revenir à notre sujet, la mâchoire se luxe rarement, mais souvent elle éprouve dans les bâillements de petits déplacements, comme au reste en produisant nombre de muscles et de tendons par leur changement d'état. Voici d'après quels symptômes il devient manifeste qu'il y a luxation : la mâchoire inférieure proémine en avant, elle est déviée vers le côté opposé au déplacement, l'apophyse coronoïde apparaît plus saillante vers la mâchoire supérieure, et les blessés peuvent difficilement rapprocher les deux mâchoires. On voit aisément quel mode de réduction sera approprié dans ces cas : ainsi, tandis qu'un aide maintiendra la tête du patient, l'opérateur, embrassant la mâchoire inférieure vers le menton avec les doigts placées en dedans et en dehors, pendant que le blessé ouvre la bouche autant qu'il peut sans efforts, l'opérateur fera d'abord mouvoir la mâchoire quelques instants, en la poussant de la main à droite et à gauche, avec la précaution de recommander au malade de la tenir relâchée, de suivre lui-même les mouvements et de s'y prêter le plus possible ; après quoi, il la déplacera brusquement, appliquant à la fois à ces trois temps de manœuvre : d'abord il faut la ramener de sa position vicieuse à sa direction naturelle ensuite la repousser en arrière ; enfin, ordonner au patient d'obéir à ces impulsions, de rapprocher les mâchoires et ne plus ouvrir la bouche. Telle est la*

---

<sup>8</sup> Muscle temporal

*manière d'opérer la réduction, et l'on ne réussira pas d'autres manœuvres ; il suffira d'un traitement court : on appliquera une compresse enduite de cérat, qu'on assujettit avec une bande peu serrée. Il est plus sûr d'opérer en faisant coucher le patient sur le dos et en appuyant sa tête sur un coussin de cuir aussi plein que possible, afin qu'il ne cède pas ; on fait en même temps maintenir la tête du blessé par un aide.*

**Des articulations, XXX (Petrequin, 1878, pp.355-361)**

**Extrait 2 :**

*Il arrive assez souvent à la mâchoire d'éprouver des diductions (subluxations) et alors elle se remet en place d'elle-même. Mais il est assez rare qu'elle offre une véritable luxation, et c'est surtout dans la bâillement qu'on l'observe ; encore cette luxation n'a-t-elle pas lieu, à moins qu'on ne porte la mâchoire de côté, en même temps qu'on baillera largement ; et ce qui alors la facilite tout particulièrement, c'est que les ligaments, se trouvant obliques et contournés, viennent à céder. Symptômes : la mâchoire inférieure infléchie fait saillie en avant ; elle est déviée du côté opposé à la luxation ; et le malade ne peut la mettre en contact avec la supérieure. Si la luxation affecte les deux côtés, la saillie sera plus prononcée, le rapprochement encore moindre, mais la déviation nulle : ce que démontre la rangée des dents supérieures qui correspond à celles des inférieures. Or, quand la luxation est double, si elle n'est pas réduite sans retard, les blessés meurent, en général, dans les dix jours, d'une fièvre continue, avec engourdissement et coma : telle est l'influence des muscles de cette région. Le ventre se dérange ; on rend des matières peu abondantes, intempéries, et, s'il survient des vomissements, ils sont de même nature ; il y a moins de danger quand la luxation n'existe que d'un seul côté. Le mode de réduction est le même dans les deux cas : le patient étant couché ou assis, et sa tête bien maintenue, on devra, saisissant avec les deux mains la mâchoire des deux côtés, à la fois en dedans et en dehors, remplir en même temps ces trois indications : repousser la mâchoire en la redressant, la reporter en arrière, et fermer la bouche. Traitement : topiques émollients, position, bandage soutenant le menton : toutes choses qui servent ainsi à consolider la réduction.*

**Le mochlisme<sup>9</sup>, IV (Petrequin, 1878, pp.561-563)**

---

<sup>9</sup> Terme qui signifie levier, cet ouvrage renferme la description de machines de réduction.

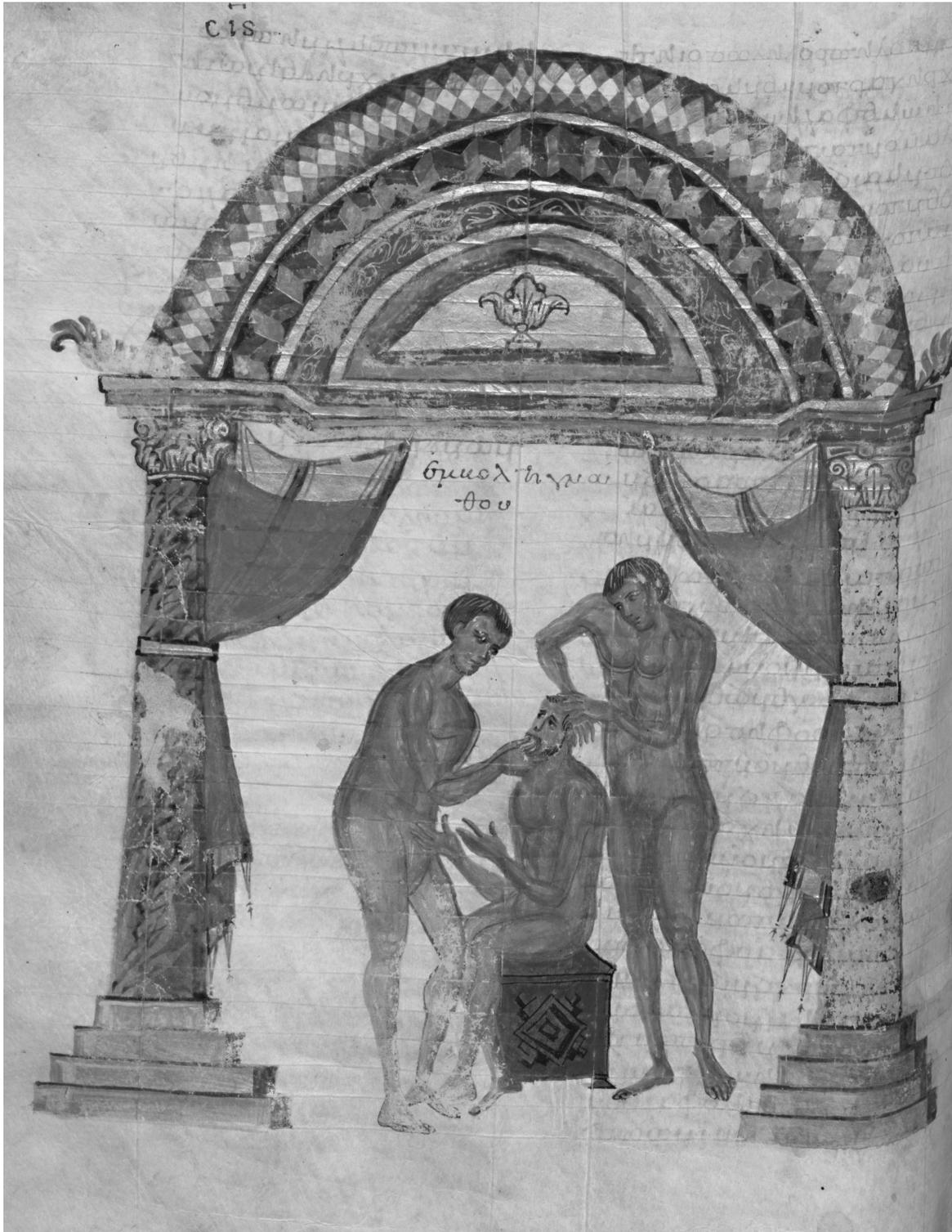
## B. Analyse de texte

La manœuvre de réduction de la luxation de mandibule est actuellement enseignée sous le terme manœuvre de Nélaton, en hommage au célèbre chirurgien du XVIII<sup>ème</sup> siècle : Auguste Nélaton. Il doit sa notoriété au fait qu'il était le chirurgien personnel de Napoléon III. Il rédige dans le tome III d' *Éléments de pathologie chirurgicale* la manœuvre de réduction des luxations antérieures de mandibule (31). Les textes hippocratiques décrivent avec précision l'anatomie de la région de l'articulation mandibulaire ainsi que la manœuvre de réduction : (...) *on devra, saisissant avec les deux mains la mâchoire des deux côtés, à la fois en dedans et en dehors, remplir en même temps ces trois indications : repousser la mâchoire en la redressant, la reporter en arrière, et fermer la bouche.* (Figure 10).

L'histoire rend hommage à Nélaton, en lui attribuant cette manœuvre, alors qu'il était avant tout un bon helléniste plutôt qu'un bon inventeur.

Grâce à l'interrogatoire de ses patients, Hippocrate déduit que l'ouverture buccale excessive et les bâillements sont à l'origine de cette luxation. La récurrence est fréquente et un bandage actuellement appelée en « œuf de Pâques » est toujours nécessaire pour lutter contre les récurrences.

La réduction précoce de ces luxations est une urgence thérapeutique au risque d'entraîner le décès dans les 10 jours, probablement par déshydratation et dénutrition, l'alimentation étant impossible.



**Figure 10 :**

Réduction de luxation de la mâchoire.  
Manuscrit chirurgical du X<sup>ème</sup> siècle.  
Florence, Italie, bibliothèque laurentienne, Mr Plut. 74, 7, c. 198V.  
Par autorisation de MiBACT- reproduction interdite.

## 4. Fracture du os propres du nez

### A. Extraits

#### Extrait 1 :

*Quand il survient une fracture du nez (or ces fractures présentent plus d'une variété), on voit alors commettre bien des fautes par les médecins qui, sans discernement, se plaisent à faire de beaux bandages, et cela surtout dans les lésions du nez. De tous les bandages, en effet, celui de cette région est le plus varié, celui qui a le plus de doloires<sup>10</sup> et forme sur la peau, par l'écartèlement et l'entrecroisement des tours de banes, les figures losangiques les plus diversifiées. Or donc, comme je viens de le dire, ceux qui, sans jugement, veulent faire parade d'habileté, sont enchantés de rencontrer une fracture du nez, pour y appliquer un bandage. Pendant un jour ou deux, le médecin se pavane et le blessé lui-même se réjouit ; mais bientôt ce dernier commence à s'ennuyer, car l'appareil lui devient désagréable à supporter ; quant au médecin, il lui suffit d'avoir montré qu'il est habile à appliquer au nez des délégations variées. Un semblable bandage fait tout le contraire de ce qu'il faut : d'une part, ceux que la fracture a rendu camus<sup>11</sup>, évidemment le deviendrait bien plus encore, si l'on exerçait une pression en dessus ; d'autre part, pour ceux dont le nez a subi une distorsion à droite ou à gauche, soit au niveau du cartilage, soit plus haut, il est évident aussi qu'un bandage appliqué en dessus ne leur serait d'aucun avantage, et devrait bien plutôt leur nuire : car de la sorte on ne saurait bien régulariser avec des compresses l'autre partie du nez, et c'est d'ailleurs une précaution que négligent même ces faiseurs de bandages.*

***Des articulations, XXXV (Petrequin, 1878, pp.371-373)***

#### Extrait 2 :

*Il me semble que cette délégation pourrait spécialement être de quelque utilité dans le cas où il y aurait vers le milieu du nez, à l'endroit saillant, contusion de la chair contre l'os, ou bien dans celui où l'os lui-même, sans avoir subi une grande lésion, aurait été légèrement offensé ; dans le cas de ce genre, le nez devient siège d'un calus, et prend une forme plus bombée. Au reste, même alors, il n'est pas nécessaire de se donner beaucoup d'embarras pour ce bandage, si tant est même qu'il en faille appliquer un ; il suffit d'étendre sur l'endroit contus une petite compresse enduite de cérat, puis d'y placer le milieu d'une bande à deux globes et de faire de la sorte un seul tour. Au surplus, le meilleur pansement, le voici : on choisit de la farine de froment de l'année et lavée, on la pétrit et une pâte collante, dont on prend une petite quantité, pour l'appliquer en cataplasme sur ces lésions. Si l'on a de la farine de bonne qualité, propre à former une pâte ductile, c'est de celle-là qu'il faut se servir dans tous les cas de ce genre ; mais, si elle n'est pas bien glutineuse, on délayera dans l'eau un peu de poudre d'encens aussi finement pulvérisée que possible, et on pétrira la farine avec cette eau, ou bien on y mêlera de la même manière une petite proportion de gomme.*

***Des articulations, XXVI (Petrequin, 1878, pp.373-375)***

---

<sup>10</sup> Tours et retours obliques du bandage entourant une partie blessée.

<sup>11</sup> Qui a le nez court et aplati

### Extrait 3 :

*Chez les sujets dont le nez est fracturé se déprime et devient camus, on peut, s'il s'affaie en avant au niveau du cartilage, introduire dans les narines un corps propre à les redresser ; sinon, on doit, dans tous les cas opérer le redressement, en glissant les doigts dans les narines, si celles-ci peuvent les admettre, ou, dans le cas contraire, en y passant une grosse sonde qu'on relève avec les doigts, non vers la partie antérieure du nez, mais vers le point ou la dépression a lieu ; puis, saisissant en dehors les deux côtés du nez entre les doigts, on combine ensemble pour la réduction les efforts de pression et de soulèvement. lorsque la fracture siège tout à fait en avant, il est possible de mettre à demeure dans les narines quelque remplissage comme il a été dit, soit de la charpie tirée d'une étoffe de lin, soit quelque autre substance analogue qu'on roulera dans du linge, ou, mieux encore, que l'on coudra dans du cuir de Carthage, en ayant soin de lui imprimer une forme adaptée au lie où elle devra s'introduire. Mais si la fracture est située plus profondément, il n'est plus possible de rien mettre intérieurement : et en effet, s'il est désagréable de supporter quelque chose à l'entrée des narines, que ne sera ce pas plus en dedans. le point essentiel est donc de chercher tout de suite à rendre en dehors sa forme au nez, pendant qu'en dedans on fait d'énergiques efforts de soulèvement, à le ramener ainsi à sa position première et à bien opérer la coaptation. Le nez fracturé peut se rajuster parfaitement bien, surtout quand on y procède le jour même, ou du moins peu après. Mais les médecins y mettent de la négligence et s'y prennent tout d'abord beaucoup plus mollement qu'il ne conviendrait. Or il faut, en poussant les doigts dans les narines aussi profondément que le permet la conformation du nez, faire de bas en haut d'énergiques efforts de soulèvement, et c'est ainsi qu'on pourra le mieux le réduire, en combinant la coaptation avec le redressement intérieur. Au reste, il n'y a pas de meilleur agent de réduction que les doigts indicateurs du malade lui-même, pourvu qu'il ait la volonté de l'entreprendre et le courage de poursuivre : car ce sont ces doigts qui sont le mieux en rapport avec la conformation du nez. On doit donc introduire l'un des indicateurs dans les narines et l'appuyer contre la voute nasale dans toute sa longueur : il faudrait le tenir ainsi immobile, si cela se pouvait, sans relâche jusqu'à la consolidation ou du moins le plus longtemps possible, le malade opérant lui-même, comme il a été dit, et, à son défaut, un enfant ou une femme ; car il est besoin d'une main douce. Tel est le meilleur mode de traitement pour celui dont le nez a subi non une distorsion latérale, mais une dépression qui porte également sur les deux côtés. Quant à moi, je n'ai jamais vu une seule fracture du nez de cette espèce qui n'ait pu être bien réajustée, pourvu que, soumise tout de suite aux manœuvres de réduction avant tout travail de consolidation, elle ait été convenablement traitée. Les hommes donneraient beaucoup, il est vrai, pour racheter une difformité ; mais en même temps, pour l'éviter, ils ne savent ni s'astreindre aux soins ni s'imposer la persévérance nécessaire, à moins qu'ils n'y soient contraints par la douleur ou par la crainte de la mort. Or ici la formation du cal exige peu de temps : car en dix jours le nez est consolidé, s'il ne survient pas de sphacèle.*

**Des articulations, XXXVII (Petrequin, 1878, pp.375-381)**

**Extrait 4 :**

*Quand l'os du nez fracturé se trouve dévié de côté, le traitement reste le même. Il est évident toutefois que, pour opérer la réduction, on ne devra pas agir d'une façon égale sur les deux côtés, mais repousser à sa place la partie déviée, à la fois par une pression extérieure et par l'introduction d'un doigt dans les narines ; il faut activement continuer les efforts de réduction sur la partie déjetée en dedans, jusqu'à ce qu'on l'ait redressé, bien convaincu que, si la coaptation n'a pas lieu sans retard, il sera impossible que le nez ne reste pas de travers. Dès qu'on a remis les fragments en place, on appliquera un ou plusieurs doigts sur l'endroit où ils avaient fait saillie, pour les faire contenir, soit par le malade soit autour de la tête ; on peut en coller le bout sur le front ; on peut aussi la conduire plus loin, faire un tour de plus sur la tête et l'attacher. Ce moyen a l'avantage de procurer une coaptation à la fois normale et facile à régler, et il permet, à volonté, de tirer plus ou moins sur le nez dans un sens opposé à sa déviation. Quand à ceux dont le nez est atteint d'une fracture (osseuse) avec déjetement latéral, il faut, pour tout le reste, instituer le traitement comme il vient d'être dit, et, dans la plupart des cas, il est besoin de coller une lanière sur la pointe du nez pour la ramener en sens inverse de la déviation.*

**Des articulations, XXVIII (Petrequin, 1878, pp.381-385)**

**Extrait 5 :**

*Dans le cas où la fracture est compliquée de plaie, on ne doit pas se troubler pour cela : ainsi, pour ce qui est de la plaie, on y appliquera soit du cérat à la poix<sup>12</sup>, soit l'un des topiques usités pour les plaies récentes ; la plupart de ces lésions, même lorsqu'il doit se détacher des esquilles, n'en sont pas moins facile à guérir. Quant à la première réduction, il importe de l'opérer sans retard et sans y rien laisser de défectueux ; puis on exécute avec les doigts les rectifications à faire dans la suite, en usant de manœuvres plus ménagées sans doute, mais sans manquer toutefois d'y recourir : car de toutes les parties du corps, le nez est celle qui se prête le mieux à être rajustée. A l'égard du collage des lanières et des tractions en sens inverse de la déviation, rien absolument n'empêche de s'en servir, soit qu'il y ait plaie, soit qu'il y ait inflammation ; car ces moyens sont très inoffensifs.*

**Des articulations, XXIX (Petrequin, 1878, p385)**

**Extrait 6 :**

*Dans le cas de fracture du nez, il est indiqué de le rajuster sur l'heure même. S'il s'agit du cartilage, introduire dans la narine un tampon de charpie roulé dans un mince cuir de Carthage ou dans toute autre enveloppe qui ne provoque pas d'irritation ; coller des lanières de ce cuir sur la partie déplacée, et la redresser ; un bandage, au contraire, déprimerait les os. Autre mode de traitement : en même temps qu'on cherche à réduire, on fait une application soit avec de l'encens, soit avec du soufre incorporé dans du cérat ; on s'occupe d'abord de rajuster le nez, puis de le maintenir relevé à l'aide des doigts qui ont servi à explorer et à détruire la déviation ; après quoi, employer le cuir de Carthage ; la consolidation pourra se faire lors même*

---

<sup>12</sup> Résine ou cire

*qu'il y aurait plaie, et, dans les cas aussi où des os devraient s'exfolier (car il n'y pas de complications graves à craindre) c'est encore ainsi qu'il faudrait agir.*

***Le mochlisque, II (Petrequin, 1878, pp.557-559)***

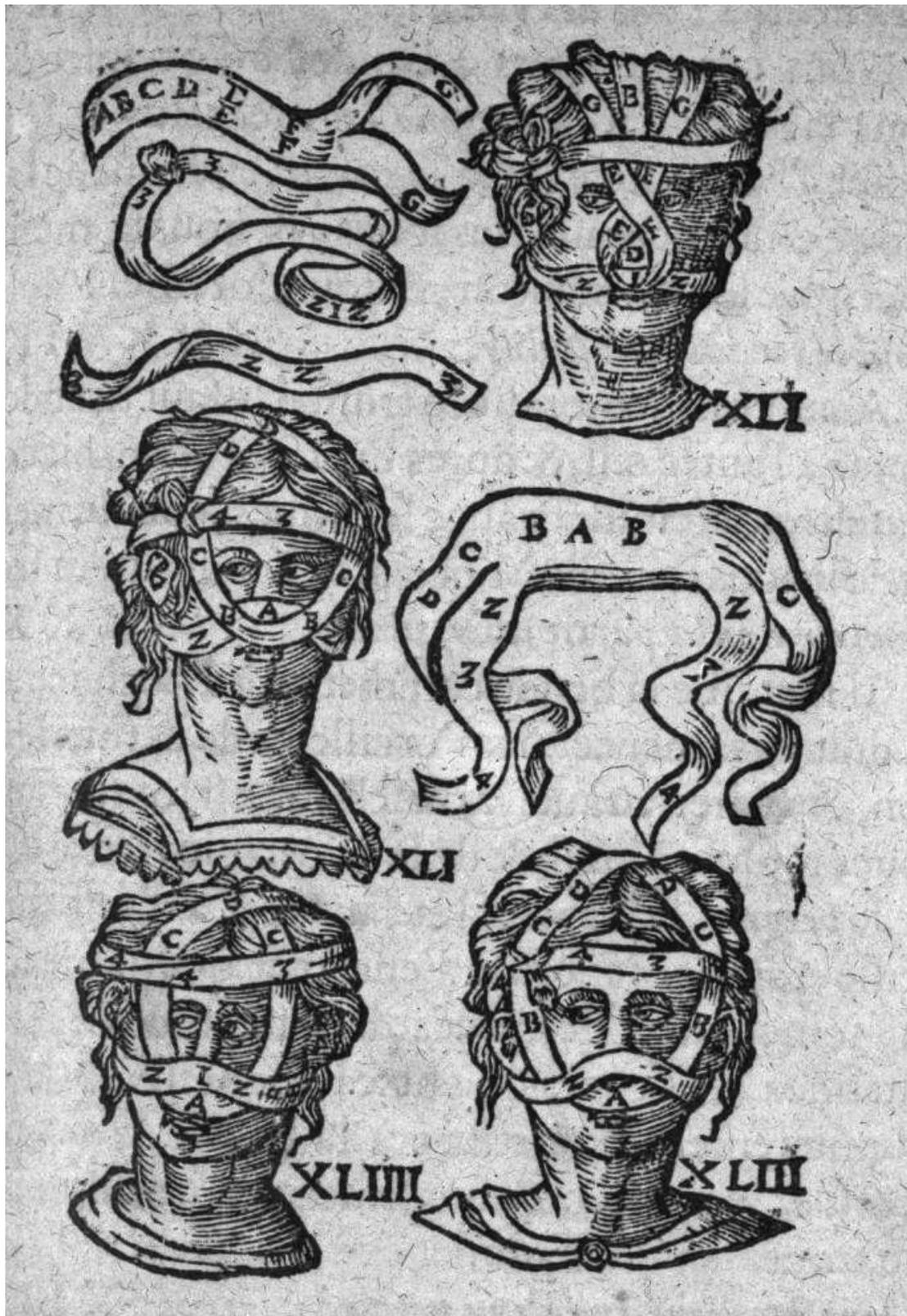
**B. Analyse de texte**

De nombreux extraits traitent du traitement des fractures du nez, témoignant de la probable fréquence de cette maladie mais il ne précise pas le contexte de ces fractures. Il n'est jamais fait mention de la nécessité d'une réduction à visée fonctionnelle (trouble de la respiration), mais plutôt comme un geste luttant contre la difformité ; il s'agit de l'unique opération à visée esthétique mentionnée dans le *corpus*.

Encore une fois, le médecin hippocratique critique les bandages inutiles en formes losangiques ou rhombiques, qui permettent d'augmenter les frais, d'étonner les malades et les spectateurs plutôt que de réaliser une contention efficace (Figure 11) (32).

La contention est meilleure si on réalise une contention à l'aide d'un mélange à base de gomme, d'une pâte de farine et d'encens équivalent de notre plâtre actuel car elle n'enfoncé pas les fragments réduits comme les bandages compressifs.

L'extrait 3 décrit le traitement chirurgical tel qu'il est encore actuellement réalisé: réduction précoce par voie nasale des enfoncements à l'aide d'instruments ou mieux encore à l'aide des doigts du malade, enfoncement manuel externe et méchage pour maintenir la réduction jusqu'à consolidation (10 jours).



**Figure 11 :**

Différentes techniques de bandage du nez.  
*Anciens et renommés auteurs de la médecine et de la chirurgie* 1634.  
 (Image Medic@ BIUM Réf. 06213)(33)

## 5. Plaie de l'oreille avec fracture des cartilages

### A. Extraits

#### Extrait 1 :

*Quand il y a fracture de l'oreille, toute espèce de bandage est nuisible : car, d'une part, on ne saurait y maintenir une déligation lâche, et d'autre part, si l'on serre davantage, on aggravera le mal ; et de fait, même une oreille saine, sous la pression d'un bandage, deviendra le siège de douleurs, de battements et d'une fièvre locale. De même pour les cataplasmes, les plus mauvais sont, en général, les plus pesants ; ils ont aussi pour la plupart des qualités nuisibles et suppuratives, et engendrent un excès de mucosités et finalement de suppurations fâcheuses. Certes, l'oreille qui a été fracturée n'a besoin de rien de moins que de pareilles applications : la mieux appropriée serait, s'il en faut une, la pâte collante de farine : encore faudrait-il qu'elle n'incommodât pas par son poids. Il importe de toucher à l'oreille le moins possible : et c'est parfois un bon remède de n'en mettre aucun, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres. Il faut aussi éviter le décubitus sur le côté du malade. On a besoin de prescrire un régime atténuant, surtout s'il y a lieu de craindre que l'oreille ne suppure ; il n'est pas moins indiqué de relâcher le ventre et, si le sujet vomit aisément on le fera vomir avec le syrmaïsm<sup>13</sup>. Que si le mal marche vers la suppuration, on ne se hâtera pas de l'ouvrir : car beaucoup d'abcès il semblaient devoir percer, se sont plus d'une fois résorbés, sans qu'on il fait usage d'aucune application. Quand on se trouve dans la nécessité d'ouvrir, ce qui guérit le mal le plus vite c'est de cautériser l'oreille de part en part ; toutefois il faut bien savoir qu'après cette cautérisation d'outré en outré elle restera déformée et plus petite que l'autre. Si l'on ne veut pas opérer de part en part avec le fer rouge, on fera une incision sur le point élevé, et une incision qui ne soit pas trop petite ; c'est qu'en réalité on ne rencontre le pus qu'à travers une épaisseur plus grande qu'on ne l'aurait cru ; et, pour le dire sommairement, toutes les autres parties qui sont muqueuses et qui sécrètent une humeur muqueuse, par cela même qu'elles sont visqueuses, fuient, quand on les palpent, rapidement sous les doigts, en glissant deçà et au-delà, c'est pourquoi les médecins n'y pénètrent qu'à travers une épaisseur plus grande qu'ils ne présumaient. Aussi arrive-t-il que certains ganglions, qui sont humides et qui ont une chair muqueuse, ont été plus d'une fois ouverts, dans la pensée d'y trouver une fluxion d'humeurs ; mais ici le jugement du médecin est en défaut, seulement une telle pratique n'entraîne aucun préjudice pour l'opéré. Or quelles sont les régions humides ou remplies de mucosités, et quels sont les points où chaque incision peut causer la mort ou des accidents divers, c'est ce qui fera l'objet d'un autre traité. Lors donc qu'on a incisé l'oreille, on doit s'abstenir de tout cataplasme et de toute tente ; on pansera un des topiques appropriés aux plaies récentes ou avec telle autre substance qui ne sera ni une charge ni une cause de douleur. Car, si le cartilage se met à se dénuder, et qu'il s'y forme des dépôts compliqués de fièvre ou d'état bilieux, cela devient une source d'embarras et de souffrance ; or tout cela peut résulter des traitements dont il s'agit. Pour tous ces accidents, sujets à des exacerbations, le meilleur moyen est la cautérisation d'outré en outré.*

**Des articulations, XL (Petrequin, 1878, pp.385-389)**

<sup>13</sup> Nom grec du raifort dont le suc était à haute dose entraîne des vomissements

## Extrait 2 :

*Dans la fracture de l'oreille, n'employer ni bandage, ni application ; s'il en faut une, qu'elle soit la plus légère possible : le cérat, et l'emplâtre agglutinatif au soufre ; quand il se forme de la suppuration dans l'oreille, on ne rencontre le pus qu'à travers une certaine épaisseur : toutes les parties un peu pituiteuses et remplies d'une chair humide peuvent induire en erreur ; ce n'est pas qu'il ait d'accident à craindre d'une incision dans ces points ; ce sont en effet des parties dépourvues de chairs, aqueuses, et pleines de mucosités : or où se trouvent et quelles sont celles qui peuvent donner la mort, c'est ce qu'on a omis de dire. La cautérisation de l'oreille, de part en part, guérit très vite ; mais l'oreille se racornit et devient plus petite, quand elle a été ainsi cautérisée. Si l'on y fait une incision, on devra employer un topique léger, de ceux qu'on applique sur les plaies fraîches.*

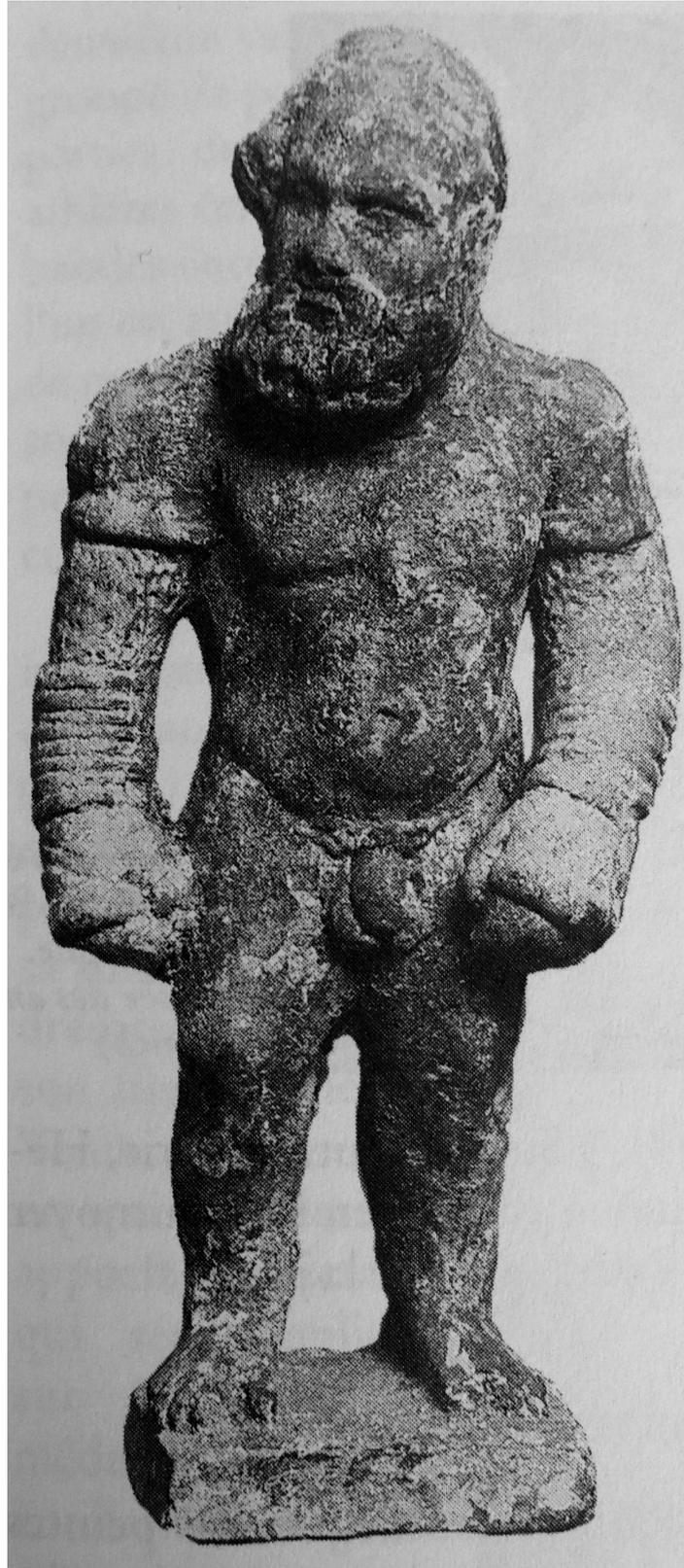
***Le mochlique, III (Petrequin, 1878, p561)***

### **B. Analyse de texte**

Le médecin hippocratique contre indique le bandage pour le traitement des plaies de l'oreille avec exposition ou fracture cartilagineuse, en effet elles peuvent aggraver les plaies favorisant la chondrite et entraînant de vives douleurs.

Divers auteurs grecs et latins mentionnent les oreilles abîmées, en feuille de chou comme un signe distinctif des boxeurs. Sur une statuette athénienne en argile, représentant un personnage dont la spécialité est clairement signalée par le bandage des mains, l'artiste a bien mis en évidence un otohématome droit (34) (Figure 12).

L'incision des abcès de l'oreille externe permettent d'améliorer la guérison mais ils ne sont pas indiqués ; car le drainage des abcès nécessite l'application de cautères et donc entraîne des difformités de l'oreille (Figure 13).



**Figure 12 :**

Pugiliste aux oreilles abimées.

Déformation dite en choux fleur des otohématomes et des chondrites post traumatiques.

Terre cuite, musée archéologique national, Athènes, Grèce(34).



**Figure 13 :**

Représentation d'Hippocrate pratiquant la cautérisation, au milieu à gauche cautérisation des oreilles.

Points de cautérisation manuscrit du nord d'Italie environ 1300 : Rolandus Parmensis Chirurgia Rome, Bibliothèque Casanatense, MS 1382, fol.2.

(Image Medic@ BIUM réf. CISA0878 )(35).

## 6. Plaie de paupière

### A. Extrait

*L'homme blessé à l'œil avait été atteint à la paupière ; la pointe (de la flèche) avait pénétré assez profondément, mais la barbe (de la flèche) demeurait en saillie. Après incision de la paupière, tout fut extrait ; il n'y eut aucun accident fâcheux, car l'œil fut conservé et (le blessé) guérit promptement ; du sang avait jailli avec violence, en abondance suffisante.*

*Epidémie V, XLIX, 1-2 (Jouanna, 2003, p23)*

### B. Analyse de texte

Il s'agit du seul passage faisant mention d'une atteinte traumatique de la paupière, en effet la finesse de cette peau ne devaient pas permettre au médecin hippocratique de se confronter souvent à des cas aussi simples (Figure 14).



**Figure 14 :**

Scène dite de soins oculaires sur le sarcophage de la famille Sosias.

Musée national de Ravenne, Italie, fin du III<sup>ème</sup> siècle.

Les deux ventouses en haut de la stèle sont les emblèmes du médecin. La femme est assise sur une chaise à haut dossier, les pieds posées sur un tabouret, tandis que l'homme, debout devant elle lui touche l'œil de sa main droite. Dans sa main gauche, l'homme tient un objet, boîte à médicament ou livre sacré, sur lequel la femme pose sa propre main (36).

## **II. Infectieuses**

# 1. Rhinopharyngite

## A. Extrait

*Il est clair qu'il en est ainsi d'après les exemples suivants. Pour commencer, venons-en aux cas les plus manifestes dont nous faisons tous souvent et continuerons de faire l'expérience. Tout d'abord, chez tous ceux d'entre nous qui ont un coryza avec déclenchement d'un flux par les narines, ce flux, (étant) généralement plus âcre que celui qui existait auparavant et qui sortait par les narines chaque jour, fait que le nez se gonfle et s'enflamme au point d'être chaud et brûlant au dernier degré ; et si l'on y porte la main, et que le flux persiste assez longtemps, cette partie, qui n'est pas charnue et qui est dure, en vient même à s'ulcérer. Et comment donc cesse cette brûlure du nez ? Ce n'est pas lorsqu'il y a flux et inflammation, mais c'est quand l'humeur s'écoule plus épaisse, moins âcre, cuite et d'avantage mêlée à l'humeur précédente ; alors donc désormais la brûlure cesse. Toutefois, chez ceux dont le coryza est manifestement provoqué par le froid seul sans qu'aucune autre qualité ne vienne s'y associer, chez tous ces gens voici comment survient la délivrance : à la suite du refroidissement on se réchauffe alors qu'à la suite de la chaleur brûlante on se refroidit ; et ces états se présentent rapidement sans qu'il y ait besoin en plus d'aucun coction. Mais tous autres cas de coryza, dont je dis qu'ils se produisent par l'âcreté et le manque de crase des humeurs, s'achèvent de façon identique quand il y a eu coction et crase.*

***L'ancienne médecine, XVIII, 1-4 (Jouanna,1990, pp.142-143)***

## B. Symptômes

- Pathologie fréquente
- Maladie bénigne
- Ecoulement nasal
- Inflammation de la muqueuse nasale : rougeur, chaleur
- Mucosité nasale liquide puis épaisse
- Facteur favorisant : le froid
- Fluctuations de la température

## C. Hypothèse diagnostic principale

La rhinopharyngite désigne une inflammation modérée des voies aériennes supérieures d'origine infectieuse. Les signes habituels en sont l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'éternuement, la douleur pharyngée et la toux. Les rhinopharyngites aiguës sont d'origine virale. Leur évolution spontanée est habituellement rapide et non compliquée (37). L'état

général est conservé en l'absence de complications. L'examen clinique montre une inflammation pharyngée, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure qui peut être séromuqueuse (forme catarrhale) ou purulente. L'existence d'une fièvre, même élevée, et le caractère purulent de la rhinorrhée ne sont pas synonymes d'infection bactérienne (37).

L'incidence des rhinopharyngites varie selon la saison. Dans les régions tempérées de l'hémisphère Nord, les infections respiratoires deviennent plus fréquentes à partir de l'automne, restent fréquentes tout au long de l'hiver et diminuent à nouveau durant le printemps (38).

Ce texte nous apprend, d'une part, que le coryza est l'un de ces phénomènes « *dont nous faisons tous souvent et continuerons de faire l'expérience* » et d'autre part que le médecin hippocratique le considère comme une sorte de modèle pour expliquer *la crise*. Il s'agit d'une purgation physiologique du cerveau qui doit se faire lors du passage de l'hiver au printemps et dont l'absence risque d'amener des maladies graves, voici ainsi l'origine de l'expression populaire « rhume de cerveau » (24).

## 2. Otite moyenne aigüe

### A. Extraits

#### Extrait 1 :

*La tête est prise d'une vive douleur, et pour peu qu'on remue le malade, il vomit de la bile. Parfois aussi, il a de la difficulté à uriner et délire. Quand il est au septième jour, parfois il meurt. S'il échappe à ce jour, c'est le neuvième ou le dixième jour (qu'il meurt), à moins qu'il ne se produise une éruption par les narines ou par les oreilles. Si l'éruption se produit, le malade en réchappe. Il y a écoulement d'eau subbiliaise ; ensuite, avec le temps, cela devient du pus, lorsqu'il y a eu corruption<sup>14</sup>. Quand le malade présente ces symptômes, tant qu'il y a vive douleur, au début, avant l'éruption par les narines et les oreilles, prenez des éponges que vous tremperez dans de l'eau chaude et appliquez les sur la tête. Si par ce traitement la douleur ne se calme pas, utilisez l'autre exactement de la même façon que dans le cas précédent. Il boira du mélicrat<sup>15</sup> allongé d'eau ; et si même avec le mélicrat il n'y a pas d'amélioration, il boira l'eau de farine grossière d'orge. Comme potage, il prendra de la décoction d'orge mondé, et par-dessus boira du vin blanc allongé d'eau, en petite quantité. Quand l'éruption se produit par les oreilles et que la fièvre se relâche ainsi que la douleur, il usera d'aliments laxatifs, en commençant par une petite quantité qu'il augmentera régulièrement, et se lavera la tête à l'eau chaude. Nettoyez soigneusement les oreilles avec de l'eau pure et appliquez des petites éponges trempées dans du miel. Si vous constatez que les oreilles ne se séchent pas par ce traitement et si, au contraire, l'écoulement devient chronique, après un nettoyage soigné, introduisez de la fleur d'argent, du réalgar<sup>16</sup>, de la céruse<sup>17</sup>, chacun en quantité égale, en les broyant finalement. Remplissez l'oreille, bourrez, et s'il y a des suintements, rajoutez du médicament. L'oreille étant devenue sèche, nettoyez là et faites partir le médicament avec de l'eau. Ensuite, comme l'oreille n'entend pas bien au début une fois qu'elle est séchée, exposez les oreilles du malade à de légers bains de vapeurs : l'ouïe se rétablira chez lui avec le temps. Les malades meurent aussi quand, l'oreille étant prise d'une vive douleur, il ne se produit pas d'éruption dans les sept jours. Dans ce cas, baignez le malade dans beaucoup d'eau chaude ; prenez des éponges que vous tremperez dans de l'eau chaude et persévérez ; et appliquez les sur l'oreille tant qu'elles sont tièdes. Si malgré ces soins le flux ne se produit pas, faites un bain de vapeur à l'oreille. Pour les potages et pour les boissons, il suivra le même régime que dans les cas précédents. »*

**Maladies II, XIV, 1-5 (Jouanna, 1983, pp.147-148)**

#### Extrait 2 :

*Le flux se faisant sur les oreilles, d'abord il y a douleur, à cause de la violence avec laquelle il chemine ; et la douleur persiste jusqu'à ce qu'il y ait fistule ; elle cesse une*

---

<sup>14</sup> Décomposition putride

<sup>15</sup> Boisson fermentée ou non à base d'eau et de miel

<sup>16</sup> Arsenic rouge

<sup>17</sup> Pigment blanc à base de plomb

*fois que l'habitude de l'écoulement est prise. Pour qui est sous le coup de la douleur, on aura un médicament de nature échauffante, on le fera tiédir, on le délaiera avec de l'huile d'amandes amères, et on l'injectera dans l'oreille ; en arrière on appliquera une ventouse, à droite si c'est l'oreille gauche qui souffre, à gauche si c'est la droite ; on ne scarifiera pas, si ce n'est juste pour que (la ventouse) tire. Si avec cela la douleur ne se calme pas, on refroidira en injectant des substances de nature froide et on fera boire un médicament qui procure des évacuations par le bas, mais non par le haut, car il n'est pas bon de vomir, et pour le reste, on refroidira. Abandonnez chaque fois une méthode qui ne mène pas à la guérison ; et si elle fait pire que mieux, passez à la médication contraire ; mais si elle conduit à la guérison, ne retranchez absolument rien de ce que vous administrez, n'interrompez pas le traitement et n'ajoutez rien. Si une fistule est déjà formée et qu'un ichor (humeur altérée purulente et fétide) coule en abondance, on agira ainsi : imbibant une éponge avec le médicament siccatif<sup>18</sup>, on l'appliquera aussi près que possible de l'oreille et on introduira dans les narines un errhin<sup>19</sup>, afin que le flux qui se fait sur les oreilles se porte en avant aux narines et ne retourne pas dans le tête, puisqu'il est morbide.*

**Des lieux dans l'homme, XII, 1-3 (Joly,1978, pp.50-51)**

**B. Symptômes**

- Otalgie importante
- Céphalées
- Vomissement aux mouvements de la tête
- Délire
- Décès fréquents
- Traitement par assèchement de l'oreille, application de ventouse du côté contro-latéral
- Amélioration après évacuation de pus

**C. Hypothèse diagnostic principale**

L'hypothèse principale est une otite moyenne aiguë extériorisée d'origine bactérienne.

L'otite moyenne aiguë est le plus souvent, inaugurée par une rhinopharyngite virale qui perturbe le fonctionnement des tubes auditifs. Le diagnostic est posé devant l'association d'un épanchement dans l'oreille moyenne et de signes inflammatoires aigus. L'otoscopie retrouve un tympan bombé par un épanchement rétrotympanique purulent, ou bien une otorrhée purulente consécutive à une perforation localisée du tympan sous pression. L'inflammation de l'oreille moyenne est responsable de signes locaux (otalgie, érythème tympanique) et généraux (fièvre) Une symptomatologie abdominale (diarrhée, vomissement) peut aussi être

---

<sup>18</sup> Un siccatif est une substance qui joue un rôle de catalyseur en accélérant le séchage ou durcissement d'un matériau.

<sup>19</sup> Nom donné aux médicaments qu'on introduit dans les narines.

le signe indirect de l'infection (39).

Les médecins hippocratiques suspectaient l'existence d'une communication entre les oreilles et le nez, même s'il n'avait pas décrit proprement la trompe d'Eustache, il faudra attendre le XVI<sup>ème</sup> siècle pour que Bartolomeo Eustachi la décrive (40).

Les ventouses constituent un des traitements principal des médecins hippocratiques, elles sont utilisées dans différentes maladies comme les pleurésies tantôt avec scarification tantôt sans (Figures 15, 16 & 17) (14).

L'otite moyenne suppurée était une affection courante et les médecins hippocratiques connaissent aussi bien ses symptômes habituels (écoulement de pus par le canal auditif, douleurs violentes et troubles de l'audition) que ceux de ses complications (24).

#### **D. Autres hypothèses diagnostics :**

Il est probable que ces otites moyennes aiguës soient compliquées d'une mastoïdite car il est fait mention d'une fistulisation mais sans préciser sa localisation. Les signes centraux peuvent être le témoin de complication endocrânienne telle que la méningite (41).

D'autre part les otites externes et les otites moyennes chroniques sont pourvoyeuses d'otorrhées mucopurulentes et peuvent être aussi évoquées (39).

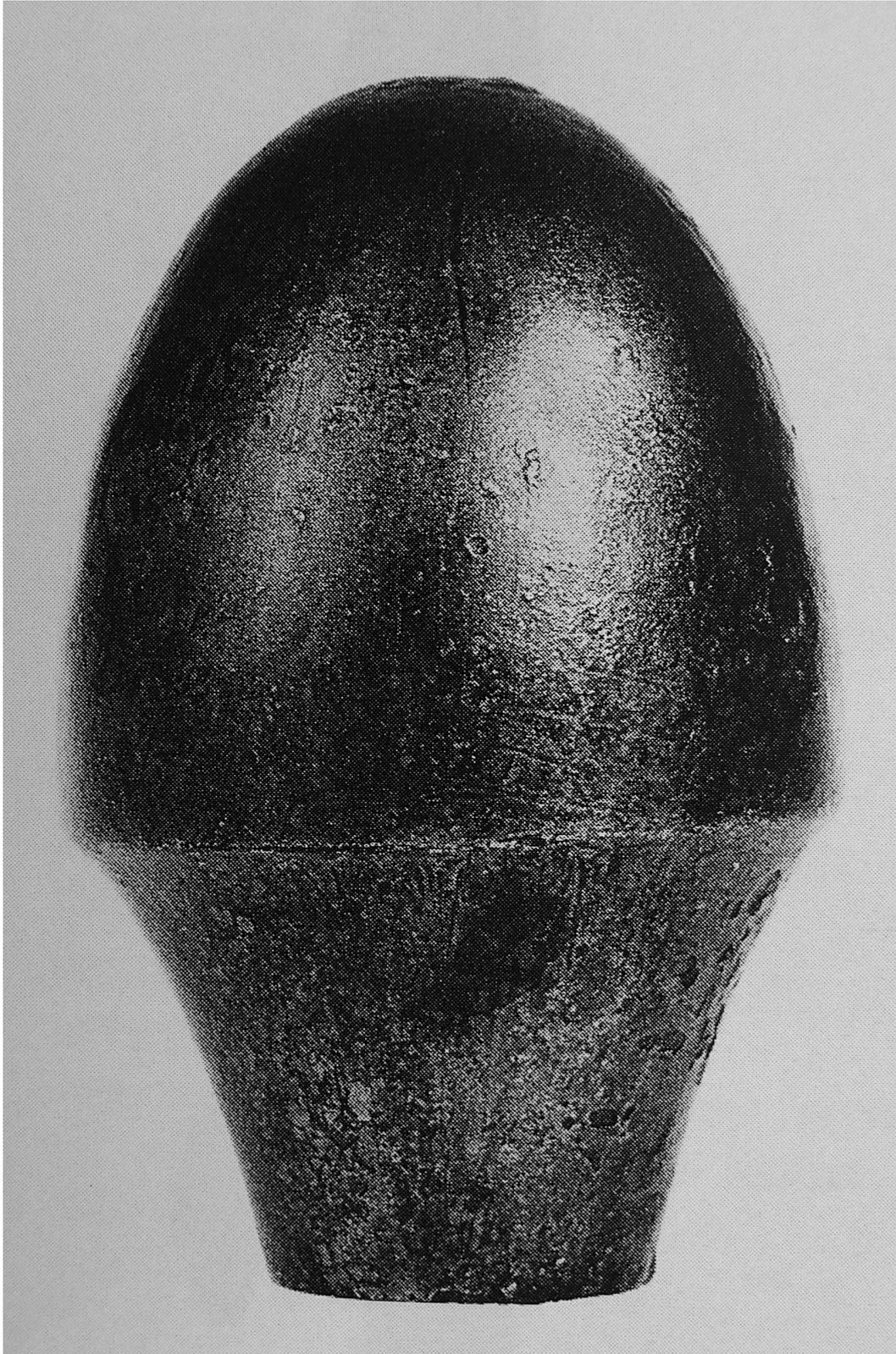


**Figure 15 :**

Stèle funéraire grecque représentant un médecin. La ventouse à droite a souvent été utilisée pour représenter le médecin en Grèce antique témoignant de l'arsenal thérapeutique du médecin et notamment pour le traitement des otorrhées.

II<sup>ème</sup> siècle après J-C.

British Museum, Londres, Angleterre ; numéro d'inventaire 1865,0103.3.



**Figure 16 :**

Ventouse en bronze musée archéologique de Rhodes, Grèce.  
Première moitié du V<sup>ème</sup> siècle.  
Provenance : Rhodes-lalysos, Grèce (42).



**Figure 17 :**

Base d'offrande, musée archéologique national, Athènes, Grèce, inv. 1378.

Epoque helléniste.

Le coin arrière gauche est cassé. La surface supérieure présente une entaille rectangulaire dans laquelle devait être encastrée l'offrande votive à Asclépios, sans doute être la statue de quelque médecin célèbre. Les surfaces latérales et postérieures sont planes, alors que le côté antérieur est décoré de deux ventouses en cloche, avec l'anneau de suspension, sculptées en relief. Des ventouses similaires ont été découvertes dans de nombreux endroits et sont représentées sur des pièces de monnaie d'Epidaure, d'Atrigos, de Thessalie et d'Amorgos.

Entre les ventouses en relief, on a représenté une trousse rectangulaire ouverte, dans laquelle se trouvent six instruments chirurgicaux : deux bistouris aux lames étroites, allongées et courbes et trois lames larges, courtes et courbes.

L'instrument indéterminé sur le côté droit de la trousse était sans doute utilisé pour enlever les ventouses (42).

### 3. Otite moyenne tuberculeuse

#### A. Extrait

*À Larisa<sup>20</sup>, une jeune fille après avoir vomi un peu de sang, devint empyématique<sup>21</sup> ; des accès de fièvre la prirent ; elle n'en fut pas délivrée avant sa mort, finalement au troisième mois. Avant sa mort, elle était devenue sourde et n'entendait plus, sauf si l'on criait très fort. Avant le vomissement de sang, elle était déjà sans force. »*

*Epidémies V, XXIV, 1-3 (Jouanna, 2003, p15)*

#### B. Symptômes

- Vomissements, hématomèse
- Fièvre
- Surdité
- Expectoration purulente

#### C. Hypothèse diagnostic principale

L'otite chronique à *mycobacterium tuberculosis* semble être l'hypothèse principale.

Les mycobactéries sont des bacilles aérobies, non mobiles, non sporulés, dont la paroi, riche en lipides, leur confère une propriété hydrophobe, ce qui explique leur relative résistance à de nombreux désinfectants. Les mycobactéries tuberculeuses, notamment *Mycobacterium tuberculosis humanis* (bacille de Koch), sont incriminées dans les atteintes de l'oreille moyenne (44).

Ces germes sont responsables d'infections granulomateuses spécifiques : la lésion initiale est un granulome dans lequel les cellules inflammatoires mononuclées peuvent prendre un aspect particulier et spécifique et se regrouper en petits nodules. Cet aspect permet souvent de reconnaître leur étiologie. Pour la tuberculose, la lésion typique est réalisée par un granulome exophytique constitué d'une zone centrale faite de cellules géantes (cellules de Langhans), d'une zone moyenne constituée de cellules épithélioïdes contenant le bacille de Koch et d'une zone périphérique riche en fibroblastes et en lymphocytes. Secondairement apparaît une nécrose caséuse centrale, qui résulte de la désintégration des macrophages et des bacilles qu'ils contiennent. Cette évolution permet d'expliquer la forme la plus typique et la plus

---

<sup>20</sup> Ville grecque de Thessalie.

<sup>21</sup> L'adjectif « empyématique » signifie « qui a du pus en lui » (43).

classique de tympan multiperforé, chaque perforation correspondant à l'évolution de petits granulomes vers la nécrose (44). Cet aspect otoscopique est classique mais rare, différents aspects peuvent être retrouvés (otite séreuse, perforation tympanique unique, otite fibro-adhésive...) (44).

L'évolution se poursuit vers l'apparition de complications avec une véritable ostéite de la mastoïde pouvant évoluer vers une pétrosite, des lésions neurologiques avec paralysie faciale et une labyrinthisation par atteinte de l'oreille interne.

Plusieurs voies d'inoculation à l'oreille sont décrites (44) : la voie directe, la voie rétrograde à partir du cavum et la voie hématogène.

Les médecins hippocratiques ne savaient pas distinguer le vomissement de sang proprement dit du crachement. Dans ce cas, il s'agit plus probablement d'hémoptysie que d'hématémèse. L'affection tuberculeuse de l'oreille moyenne et interne provoque souvent une surdité progressive, sans douleur locale.

C'est Eschle le premier en 1883 qui a constaté le bacille de la tuberculose dans les sécrétions de l'oreille ; dans sa thèse Monscourt évalue à 30 % l'origine tuberculeuse des otites moyennes chroniques à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle précisant sous-estimé ce chiffre (45).

Si la tuberculose de l'oreille moyenne est rare de nos jours, dans l'Antiquité elle pouvait être fréquente. Même si aucun cas ostéo-archéologique n'a permis d'affirmer l'existence de la tuberculose en Grèce à l'époque classique, de nombreuses études prouvent l'existence de cette maladie depuis le Néolithique et provenant de l'Europe occidentale (24). Les textes hippocratiques et de ses contemporains nous apportent des descriptions cliniques détaillées nous faisant suspecter l'existence de cette maladie (24).

#### **D. Autres hypothèses diagnostics :**

Les diagnostics différentiels de l'otite chronique associés à une atteinte pulmonaires sont (44):

- la sarcoïdose
- l'histiocytose X
- la maladie de Wegener

## 4. Paralyse faciale et labyrinthite

### A. Extrait

*Chez le fils de Cydis, vers le solstice d'hiver, il y eut frisson, fièvre, mal à l'oreille droite et douleur de tête. Un tel mal, apparu dès la petite enfance, persistait, accompagné de flux, de fistules et de mauvaise odeur ; mais tout en étant ainsi, la plupart du temps, il ne souffrait pas. A ce moment-là, pourtant, la douleur (à l'oreille) était terrible, ainsi que les céphalalgies. Alors qu'il en était au deuxième ou au troisième jour, il y eut vomissement de bile ; quand il était sur le siège, les matières qui venaient étaient légèrement bilieuses, visqueuses comme de l'œuf et légèrement jaunes. Au quatrième jour, la nuit, et au cinquième jour, il délirait légèrement, et la douleur de la tête et de l'oreille était terrible, ainsi que la fièvre. Le sixième jour, déjection provoquée par la mercuriale<sup>22</sup>. La chaleur paraissait avoir cessée ainsi que la douleur. Le septième jour il était comme guéri ; mais à la tempe, le battement ne le quittait pas ; en fait de sueur, rien ne se produisit. Le huitième jour, il prit en otage du jus (de ptisane<sup>23</sup>), et le soir des bettes ; durant la nuit, sommeil ; et il ne souffrait pas du tout ; le neuvième jour non plus, jusqu'au moment du coucher du soleil. Mais dans la nuit la douleur à la tête et à l'oreille fut terrible ; en outre il arrivait que l'oreille suppurait dans les moments où la douleur était la plus forte, et cela dès le début ; pendant toute cette neuvième nuit, le jour suivant et la plus grande partie de la nuit, il ne reconnaissait personne et gémissait constamment. Durant la journée il revint à lui, les douleurs cessèrent et les manifestations de la chaleur furent plus modérées. Après qu'il eut pris un potage de mercurial le onzième jour, il eut des déjections flegmatiques, pleines de mucosités, malodorantes. Le douzième et le treizième jour, état modéré. Le quatorzième jour, à partir de l'aurore jusqu'au milieu de la journée, il eut des sueurs sur tout le corps avec sommeil et somnolence profonde. Le réveiller était une affaire ; vers le soir il se réveilla ; et le corps se refroidit modérément, mais aux tempes le battement continuait. Le quinzième jour et le seizième, il usa de jus (de ptisane). Le dix-septième jour, ce fut le retour, au cours de la nuit, de la douleur aux mêmes endroits et du délire. Et l'oreille suppura au dix-huitième jour. Le dix-neuvième jour et le vingtième, état de folie. Il était braillard, essayant sans cesse de se soulever, mais n'étant pas capable de maintenir sa tête, étendant les bras et pourchassant toujours quelques chose dans le vide. Le vingt et unième jour, petite sueur au côté droit, à la poitrine et à la tête. Le vingt-deuxième jour, c'est sur le visage qu'il y en avait le plus. Quant à la voix, à cette période-là, s'il faisait un gros effort, il disait complètement ce qu'il voulait, tandis que s'il se laissait aller, il ne disait que la moitié ; sa bouche était relâchée, ses mâchoires et ses lèvres sans cesse en mouvement comme s'il voulait dire quelques chose ; pour les yeux, mouvement fréquents et regards ; en ce qui concerne leur couleur, sur l'œil droit il y avait comme il a été dit, la tache sanguinolente. La paupière supérieure enfla et vers la fin, rougeur à la joue, vaisseaux tous apparents au visage, tant ils étaient altérés ; et avec ses yeux, il ne clignait plus, mais regardait fixement et levait les paupières vers le haut, comme si quelque chose était tombée dans l'œil ; et quand il buvait, au moment de la descente dans la poitrine et dans le ventre, il y avait un bruit sourd comme chez Chartadès ; respiration convenable modérée durant toute la maladie ; langue semblable à celle*

---

<sup>22</sup> Cette plante est le mercuriale annuelle, utilisé dans l'Antiquité comme évacuant.

<sup>23</sup> Décoction à base d'orge pilée.

*des malades atteints de péripneumonie, d'un jaune clair ; depuis le début et durant toute la maladie, douleur de tête ; cou immobilisé durant toute la maladie ; il devait le tourner en même temps que la tête ; et la partie du rachis à partir du cou était droite et impossible à fléchir. Positions dans le lit comme il a été dit, et il n'était pas toujours sur le dos. le pus était désormais semblable à du petit lait, abondant, c'était une affaire de l'éponger ; son odeur était excessivement forte. Et dans la dernière période, quand on lui touchait les pieds, il ne le sentait pas vraiment.*

***Epidémies VII, V, 1-9 (Jouanna, 2003, pp53-55)***

## **B. Symptômes**

- Contexte : hiver, antécédents otologiques dans l'enfance
- Signes généraux d'inflammation: frissons, fièvre, langue saburrale, tachycardie
- Otalgie et otorrhée malodorante droite
- Atteinte labyrinthique : nystagmus, vomissements
- Signes de localisation centrale : confusion (non reconnaissance, gémissement), agitation, vomissements, aphasie, hypoesthésies des membres inférieurs
- Méningite : raideur nucale, céphalées, vomissements
- Paralyse faciale périphérique droite: bouche relâchée et la lèvre et la mâchoire sans cesse en train de bouger (signe du fumeur de pipe quand une paralysie faciale est associée à un coma : l'hypotonie de ses joues provoque un soulèvement de la joue lors de l'expiration (46)), signe de Souques (regard vers le haut, pas d'occlusion de la paupière) ; kératite droite secondaire au défaut d'occlusion de la paupière.
- Décès

## **C. Hypothèse diagnostic principale**

Otite chronique droite extériorisée probablement bactérienne (pyogène) compliquée d'une paralysie faciale périphérique, d'une labyrinthisation, d'une méningite, d'un coma avec signe de localisation neurologique témoignant de l'atteinte hémisphérique (abcès cérébral ou phlébite du sinus latéral) avec décès au décours.

Outre les signes locaux, tels que l'otorrhée, la fistule du rocher, la turgescence des veines de la face et le battement des artères temporales, il faut noter la précision des symptômes généraux, tels que la céphalée atroce avec vomissement bilieux, la fièvre, la torpeur et le délire, la carphologie et la raideur de la nuque.

Dans cet extrait, la paralysie faciale périphérique est parfaitement décrite dans sa forme la plus typique (46), et même s'il existe de nombreuses statues antiques pouvant représenter des paralysies faciales, seules quelques représentations rares ont été identifiées comme

authentiques (Figure 18). Les asymétries faciales sont notables sur diverses figurations humaines mais il faut les différencier des asymétries dues à la maladresse de l'artiste ou de l'artisan (coroplaste, peintre ou sculpteur). L'étude systématique de nombreuses statues romaines ou grecques risque bien de montrer, en effet, une certaine tendance à l'asymétrie. C'est l'association à d'autres signes (inégalité de l'ouverture des yeux, effacement du sillon naso-génien ...) qui doit faire poser la possibilité d'une véritable maladie (47).



**Figure 18 :**

Terre cuite hellénistique de Smyrne figurant une paralysie faciale gauche (47).

## 5. Fracture du rocher et paralysie faciale périphérique

### A. Extrait

*La belle jeune fille, l'enfant de Nérios, avait vingt ans ; par un petit bout de femme, son amie, qui jouait, elle fut frappée du plat de la main au bregma.*

*Sur l'instant, sa vue s'obscurcit et elle perdit le souffle ; puis, quand elle rentra chez elle, aussitôt la fièvre la prit, elle eut mal à la tête et une rougeur se manifesta au visage. Quand elle en fut au septième jour, dans la région de l'oreille droite, du pus sorti, malodorant et rougeâtre, plus d'un cyathe<sup>24</sup> ; elle sembla aller mieux et fut soulagée. A nouveau la voilà qui était intensément éprouvée par la fièvre, elle somnolait, restait silencieuse ; le côté droit de son visage se contractait ; elle avait de la difficulté à respirer ; convulsion ; elle était tremblante ; sa langue était bloquée ; son œil fixe. Au neuvième jour, elle mourut.*

*Epidémies V, L, 1-3 (Jouanna, 2003, pp.23-24)*

### B. Symptômes

- Contexte : femme, jeune, traumatisme crânien avec perte de connaissance, rougeur au visage
- Intervalle libre
- Fièvre, frissons
- Otorrhée et otorragie importante droite ( voir une otoliquorrhée dans la cadre d'une fracture de rocher)
- paralysie faciale périphérique droite tardive ( 7<sup>ème</sup> jour post traumatique)
- Signes centraux : céphalées, convulsions, paralysie XII ou aphasie, somnolence, paralysie de l'oculomotricité ( nerfs III, IV et/ou VI)

### C. Hypothèse diagnostic principale

Le choc initialement causé par la main d'une jeune femme peut poser question quand nous savons que les fractures du rocher surviennent lors de traumatisme avec une forte vélocité, mais la perte de connaissance post traumatique est un témoin indirect de sa probable importance.

Fracture du rocher probablement transversale par choc antérieur compliqué d'une paralysie faciale périphérique tardive et d'une méningite bactérienne aigüe avec décès au décours.

---

<sup>24</sup> La cyathe fait environ 45 ml.

**D. Autre hypothèse diagnostic**

Zona post traumatique (éruption visage) avec atteinte du ganglion géniculée compliqué d'une méningite herpétique.

## 6. Surdité fluctuante

### E. Extrait

*H rophon fut pris d'une fièvre aiguë, il eut quelques évacuations alvines<sup>25</sup> avec ténesme dans le début. Puis il rendit des matières ténues et bilieuses en assez grande abondance ; point de sommeil ; urines noires et ténues. Cinquième jour, surdité le matin ; tout s'exasp ra ; la rate se tum fia ; l'hypochondre se tendit ; les évacuations alvines, peu abondantes, furent noires ; le délire survint. Sixième jour, le malade divagua ; sueurs pendant la nuit ; refroidissement ; les divagations persistent. Septième jour, refroidissement général, soif, hallucinations ; pendant la nuit, retour de la raison ; sommeil. Huitième jour, il eut de la fièvre ; la rate diminue de volume ; le retour à la raison fut complet. il éprouva d'abord de la douleur dans l'aine du côté de la rate ; puis, les douleurs se firent sentir dans les deux mollets. La nuit fut bonne ; l'urine de meilleure couleur, avec un petit dépôt. Neuvième jour, il sua, fut jugé, et eut une intermission. Cinq jours après, rechute ; aussitôt, gonflement de la rate, fièvre aiguë, retour de la surdité. Le troisième jour de rechute, la rate diminua ; la surdité fut moindre, les jambes furent douloureuses ; le malade eut de la sueur pendant la nuit. La crise se fit le dix-septième jour, il n'eut aucun délire durant la rechute.*

***Epidémies I, troisième maladie (Litt r , 1979, pp.250-251)***

### F. Symptômes

- Fièvre brutale
- Insomnie
- Surdité fluctuante
- Confusion
- Déshydratation
- Diarrhées séreuses puis m lena ( vacuations noires)
- Sueurs nocturnes
- Splénomégalie
- Douleurs des membres inférieurs

### G. Hypothèse diagnostic principale

La fièvre typhoïde ou paratyphoïde semble être le diagnostic le plus probable, elle est en générale caractérisée par une diarrhée fébrile profuse associée à une obnubilation diurne contrastant avec une insomnie nocturne et une splénomégalie. Bien sûr sans analyse

---

<sup>25</sup> Relatif aux intestins

bactériologique il est impossible de différencier une typhoïde d'une paratyphoïde (48). La surdité fluctuante est tout à fait normale ici : c'est une surdité centrale, sans atteinte de l'oreille (49). Une hémorragie intestinale, complication très fréquente des salmonelloses est souvent présente à la phase tardive de la maladie (48).

#### **H. Autre hypothèse diagnostic**

La rickettsiose ou typhus exanthématique est le principal diagnostic différentiel car il est aussi fréquemment associé à une surdité fluctuante mais dans cet extrait il n'existe pas d'éruption cutanée maculo-papuleuses (50), d'autres extraits du *corpus hippocratique* nous poussent à croire que cette maladie existait déjà (24).

Le paludisme est aussi responsable de surdité fluctuante et donc peut être proposé comme autre diagnostic différentiel, mais il ne donne pas de signes digestifs (51)

## 7. L'angine : origine et traitement

### A. Extraits

#### Extrait 1:

*L'angine se produit lorsque le phlegme, mis en mouvement dans la tête, s'écoule en masse vers le bas et s'arrête dans la zone maxillaire et dans la région du cou. Ce malade ne peut pas avaler sa salive, il respire difficilement, il râle, et parfois aussi il est pris de fièvre. Telle est donc l'origine de la maladie ; elle se situe tantôt juste sous la langue, tantôt un peu au dessus de la poitrine.*

*Maladies II, IX, 1-3 (Jouanna, 1983, p140)*

#### Extrait 2:

*Il y a encore d'autres glandes toutes petites dans le corps ; mais je ne veux pas sortir de mon sujet : cet écrit ne concerne que les importantes. Je reprends donc le fil de mon exposé et je vais parler du système des glandes de la gorge. La gorge a, de ça, de là, de ses deux côtés, des glandes que l'on nomme amygdales. En voici l'utilité : la tête est placée au sommet, creuse, ronde et pleine, tout autour, de l'humide qui provient du reste du corps ; en même temps, le corps envoie dans la tête des vapeurs de toute espèce, que la tête renvoie au fur et à mesure ; car ce qui afflue n'y peut rester, n'y ayant pas son siège, à moins que la tête ne soit malade ; alors, l'humeur ne se relâche pas et l'emporte sur place. Mais lorsque ce qui a été attiré est renvoyé dans les glandes, le flux s'opère et il ne cause aucune souffrance tant qu'il est peu abondant, proportionné, et que les glandes en sont maîtresses. Mais, l'afflux étant abondant et acre, s'il est acre et glutineux, la gorge se remplit d'humeur, se tuméfie et se tend, et de la sorte, le mal gagne l'oreille ; si les deux côtés sont pris, les deux oreilles, et une seule si un côté seulement est pris. Quand, au contraire, le flux est pituiteux, abondant et inerte, alors aussi (la gorge) se remplit d'humeur et cette phlegmasie, étant un liquide en repos, devient scrofules. Ces scrofules<sup>26</sup> sont les maladies de la gorge.*

*Du système des glandes, VII, 1-3 (Joly, 1978, p117)*

#### Extrait 3:

*L'angine provient du sang, quand se coagule le sang des veines du cou. Dans ce cas, on tirera du sang par les veines des membres et en même temps, on procurera des évacuations par le bas, afin que ce qui produit la maladie soit dérivé. La langue, quand elle a des grandes ulcérations, sera traitée de même.*

*Des lieux dans l'homme, XXX, 1 (Joly, 1978, p65)*

---

<sup>26</sup> Inflammation des ganglions.

#### **Extrait 4:**

*La gorge une fois qu'elle est ulcérée avec de la fièvre, c'est redoutable ; mais s'il survient quelque autre signe de ceux qui ont été définis auparavant comme mauvais, énoncer le pronostic que l'individu est en danger. Les angines sont les plus redoutables et les plus rapides à emporter le malade quand elles ne produisent rien de visible ni dans la gorge ni dans le cou et causent la plus grande douleur et de l'orthopnée ; car elles étouffent (le malade) soit le jour même soit le deuxième, soit le troisième soit le quatrième jour. Celles qui, tout en causant pour le reste une souffrance comparable, forment des gonflements et produisent des rougeurs dans la gorge, sont certes for funestes, mais sont plus longues que les précédentes. Chez les malades dont la gorge et le cou sont rouges en même temps, ces angines là sont plus longues, et ils en réchappent surtout si le cou et la poitrine ont des rougeurs sans que l'érysipèle rétrocede à l'intérieur. Mais si l'érysipèle ne disparaît pas dans les jours critiques, ni avec formation d'une grosseur dans la région extérieure et que le malade n'expectore pas le pus en toussant facilement et sans douleur, cela signifie la mort ou la récurrence de la rougeur. Le plus sûr est que la rougeur et la grosseur se tournent le plus possible vers l'extérieur, et que les autres dépôts se tournent sous leur double forme vers l'extérieur. Mais si c'est vers le poumon qu'ils se tournent, ils causent le délire et les individus deviennent empyématisés à la suite de cela dans la plupart des cas. En ce qui concerne la luette, il est dangereux de sectionner ou de l'inciser, tant qu'elle est rouge et grosse ; de fait, des inflammations survenant dans ces cas-là, ainsi que des hémorragies. Néanmoins, il faut s'efforcer par les autres moyens de faire diminuer un tel volume durant cette période là. En revanche, une fois que s'est désormais formé complètement ce que l'on appelle le « le grain de raisin », l'extrémité de la luette étant plus grosse et arrondie et sa partie supérieure étant plus mince, c'est le moment favorable pour opérer avec sûreté. Il est préférable aussi de vider le ventre par le bas avant l'intervention chirurgicale, si les circonstances s'y prêtent et si l'individu ne s'étouffe pas.*

**Pronostic, XXIII, 1-9 (Jouanna, 2003, pp.64-69)**

#### **Extrait 5:**

*Autre angine. Il y a de la fièvre, la tête est prise de douleur ; la gorge s'enflamme ainsi que la zone maxillaire. Le malade ne peut pas avaler sa « salive » ; ses crachats sont épais et abondants ; il parle difficilement. Quand le malade présente ces symptômes, tout d'abord, mettez une ventouse comme dans le cas précédent. Ensuite, appliquez une éponge que vous aurez trempé dans de l'eau chaude sur le cou et la zone maxillaire ; comme gargarisme, donnez lui la préparation faite avec les feuilles, chauffées au soleil ; comme boisson, donnez lui du mélicrat allongé d'eau ; et comme potage, obligez le à prendre de la décoction d'orge mondé. Si malgré ce traitement, les glaires demeurent, faites lui prendre la même inhalation que dans la maladie précédente. Si l'inflammation se tourne vers la poitrine ou vers le cou, avec des bettes ou des courges que vous aurez découpées et plongées dans de l'eau froide, faites une application ; et le malade boira tiède pour faciliter au mieux l'expulsion des glaires. Quand le gonflement se manifeste à la poitrine, plus de gens en réchappent. Mais si, après disparition de l'inflammation de la gorge et des gonflements, la maladie se tourne vers le poumon, alors, il y a fièvre et douleur au côté et généralement, le malade meurt quand cela se produit. S'il passe le cap de cinq jours, il devient*

*empyématique, à moins que la toux ne le prenne aussitôt ; si elle le prend, il expectore sans peine, évacue les impuretés et guérit. Dans un tel cas, tant que la douleur se fait sentir au côté, échauffez doucement le côté et administrez exactement les mêmes soins que dans le cas de la péripneumonie. S'il passe le cap des cinq jours, que la fièvre se relâche et que la toux survienne, pendant les premiers jours, il ne prendra que des potages. Puis, quand il commence à passer à l'alimentation solide, il prendra des aliments aussi gras et aussi salés que possible. Mais si la toux ne vient pas et si vous constatez qu'il devient empyématique, après le repas du soir, au moment de se coucher, il mangera de l'ail cru en aussi grande quantité que possible, et par dessus boire du vin généreux, assez peu mélangé. Si de cette façon, le pus fait éruption, soignez comme dans le cas de l'empyème.*

**Maladie II, XXVII, 1-6 (Jouanna, 1983, pp.161-163)**

**Extrait 6:**

*Autre angine. Il y a une inflammation de la partie postérieure de la langue et de l'isthme de la gorge ; le malade ne peut pas avaler sa « salive » ni rien d'autres ; si on l'y force, cela ressort par ses narines. Quand le malade présente ces symptômes pilez de la menthe verte, du céleri, de l'origane, du nitre et du sumac rouge, délayez avec du miel ; faites en un mélange épais ; passez cet onguent sur la langue, en dedans, à l'endroit du gonflement. Ensuite faites bouillir des figues ; transvasez l'eau de cuisson ; pilez du sumac et délayez-en une petite quantité dans l'eau de figues. Avec cette préparation, s'il en a la force, il se gargarisera ; sinon, il prendra un bain de bouche. Donnez lui à boire de l'eau de farine grossière d'orge. Pour le traitement externe, mettez sur le cou et la zone maxillaire un cataplasme de farine de froment, bouillie dans du vin et de l'huile, au moment où elle est tiède ; appliquez aussi des pains chauds. Car il se forme du pus dans la majorité des cas à l'isthme. Si le pus fait éruption spontanément, le malade guérit ; s'il ne fait pas éruption spontanément, vérifiez en palpant avec le doigt si la partie est molle, attachez au doigt un bistouri pointu et piquez. Grâce à ce traitement, les malades guérissent. Cette maladie est rarement mortelle.*

**Maladie II, XXVIII, 1-4 (Jouanna, 1983, pp.163-164)**

**Extrait 7:**

*Si un grain de raisin se forme dans la gorge, l'extrémité de la luette se remplit d'eau ; elle devient, à son extrémité, arrondie et transparente, et elle empêche la respiration. Si en plus la zone maxillaire s'enflamme des deux côtés le malade étouffe. Si la luette est seule atteinte, sans qu'il y ait inflammation de la zone maxillaire, le malade risque moins de mourir. Quand il présente ces symptômes, prenez la luette avec le doigt, pressez là en haut contre le palais et coupez en l'extrémité. Donnez ensuite en gargarisme la préparation faite avec les feuilles, le malade sucera de la farine de froment froide et boira par dessus de l'eau ; il supprimera les bains.*

**Maladie II, XXIX, 1-3 (Jouanna, 1983, pp.164-165)**

**Extrait 8:**

*Si une amygdalite se produit un gonflement se forme sous la mâchoire de chaque côté ; au toucher, on sent une dureté à l'extérieure ; la luette tout entière est enflammée. Quand le malade présente ces symptômes, en introduisant le doigt écartez les amygdales, et enduisez la luette de fleur de cuivre sèche ; donnez en gargarisme la préparation faite avec les feuilles, chauffée au soleil. Pour le traitement externe, appliquez à l'endroit du gonflement un cataplasme de farine d'orge non grillée, bouillie dans du vin et de l'huile, au moment où est elle tiède. Quand les tuméfactions, palpées de l'intérieur, vous paraissent être molles, percez le avec un bistouri. Parfois même, la guérison des tuméfactions est spontanée.*

**Maladie II, XXX, 1-3 (Jouanna, 1983, p165-166)**

**Extrait 9:**

*L'angine survint quand un flux abondant et visqueux se précipite en hiver ou au printemps, de la tête dans les veines jugulaires et que ces dernières, à cause de leur largeur, attirent un flux plus abondant. Comme ce flux, froid et visqueux, fait obstruction et bloque les voies de l'air et du sang, il coagule ce dernier de proche en proche et l'immobilise tout à fait, vu que de nature ce flux est froid et propre à obstruer. C'est pourquoi les malades étouffent, la langue devient livide, s'arrondit et se replie, du fait des veines sublinguales. En effet, la luette, que l'on appelle aussi cionis, est sous-tendue de chaque côté par une grosse veine. Quand donc ces veines se remplissent et se fixent dans la langue, celle-ci, qui est molle et spongieuse, reçoit de force, à cause de sa sécheresse, l'humeur qui vient des veines et, de plate, elle devient ronde, sa belle coloration devient livide, sa souplesse fait place à la dureté ; sa mobilité devient rigidité. Si bien que le patient étoufferait vite, si on n'y remédie tout de suite en le saignant au bras, en ouvrant les veines sublinguales, en le purgeant par des électuaires, en lui prescrivant des gargarismes chauds et en lui rasant la tête. On applique au cou un emplâtre de cire, on l'entoure d'étoffes de laines et l'on réchauffe avec des éponges molles qu'on a trempées dans le l'eau chaude et que l'on presse. On donne à boire de l'eau et de l'hydromel qui ne soient pas froids, et puis, on ajoute l'infusion quand le malade, au sortir de la crise, est déjà hors de danger.*

**Appendice du régime des maladies aigües, IX, 1-3 (Joly, 1972, pp.71-72)**

**Extrait 10:**

*La femme affectée d'angine, qui demeurait chez Aristion ; chez elle le mal commença d'abord par la langue ; la voix était mal articulée ; la langue, rouge, se sécha. Premier jour, frissonnement suivi de chaleur. Troisième jour, frisson ; fièvre aigüe ; une tuméfaction dure et d'un rouge obscur s'étendit sur le col et sur la poitrine, des deux côtés ; extrémités froides, livides ; respiration élevée ; les boissons revenaient par les narines ; la malade ne pouvait avaler ; les selles et les urines se supprimèrent, quatrième jour, tout s'aggrava. Cinquième jour, elle mourut d'angine. (interprétation des caractères : il est probable que la cause de la mort au cinquième jour fut l'effet de la suppression des évacuations.) »*

**Epidémies III, septième maladie (Littré, 1979, pp.263-264)**

**Extrait 11 :**

*Dans une angine, il est bon qu'il survienne un gonflement externe du cou.*

*Aphorismes, XXXVII (Pecker/Littré, 1983, p143)*

**B. Symptômes**

- Fièvre
- Céphalées
- Douleur
- Otalgie reflexe
- Odynophagie
- Dyspnée et orthopnée voir asphyxie
- Œdème de la luette
- Adénopathies multiples
- Apathose buccale
- Toux
- Rougeur cervicale
- Collection pharyngée

### C. Hypothèse diagnostic principale

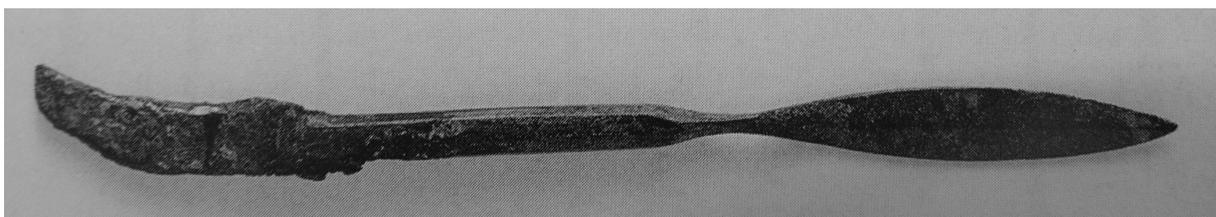
L'angine bactérienne ou virale semble être le diagnostic commun à tous ces extraits. Elle peut parfois se compliquer d'un phlegmon, d'un abcès rétro ou para pharyngé, d'une cellulite cervicale ou encore d'une pneumopathie infectieuse.

L'angine était un diagnostic probablement fréquent et redouté, le mot même de cette maladie vient du fait qu'elle resserre la gorge (*ἀγχείν*, *agchéin*, « serrer »).

L'origine de ce mal semble venir d'un engorgement de sang au niveau de la tête, l'absence d'extériorisation de ce flux sanguin par une adénopathie ou par une rougeur cervicale est de mauvais pronostic.

La saignée semble être le traitement de choix : réalisée soit en périphérie, soit localement au niveau des veines de la langue soit encore par gargarismes chauds qui étaient censés ramollir et liquéfier ce flux « froid et visqueux ». La purgation, de même produira un flux de haut en bas. Le rasage du cuir chevelu est aussi préconisé, peut être parce que les cheveux et les poils ont besoin d'un épiderme poreux qui amène une humidité suffisante : l'idée est que, pour repousser, les cheveux auront besoin de beaucoup d'humidité et que donc ils consumeront sur place le flux qui descendait sur la gorge et la langue.

Lorsqu'une collection est accessible comme dans le cas d'un phlegmon, il est d'usage de l'inciser à l'aide d'un bistouri attaché au doigt, l'incision de la luette permettait probablement d'augmenter temporairement l'espace ventilatoire (Figure 19).



**Figure 19 :**

Double scalpel, Bruxelles, Belgique, musée de la médecine, inv. 96.0145

Bronze, époque romaine, provenance : proche orient romain.

Ce scalpel, en étant attaché à l'index du médecin, permettait d'évacuer des abcès.

## 8. Cellulite faciale

### A. Extrait

*Un palefrenier de Palamède à Larisa, âgé de onze ans, fut blessé au front au dessus de l'œil droit par un cheval. Il semblait que l'os n'était pas intact ; et il en suintait un peu de sang. Ce blessé fut trépané largement jusqu'au diploé ; et on l'avait traité en dépit de l'état de l'os qui auparavant s'était mis aussitôt à suppurer près de l'oreille, ainsi que de la fièvre et du frisson. C'est de jour que le gonflement était le plus prononcé et faisait le plus souffrir. Quant à la fièvre, elle débutait à la suite du frisson. Les yeux gonflèrent ainsi que le visage. Cela lui arrivait plutôt du côté droit de la tête, mais le gonflement passa aussi à gauche ; toujours est-il que cela ne causait aucun dommage. Vers la fin, la fièvre qui était continue, fut moins forte. Cela dura huit jours. Il survécut après avoir été cautérisé, purgé a la suite d'une potion et après avoir eu des onctions sur le gonflement. La plaie n'était nullement responsable de ces accidents.*

*Epidémies V, XVI, 1-2 (Jouanna, 2003, pp.10-11)*

### B. Symptômes

- Plaie frontale initiale
- Fièvre
- Frissons
- Fistulisation cutané, extériorisation de pus
- Œdème facial

### C. Hypothèse diagnostic principale

La plaie frontale droite associée à un syndrome inflammatoire local et une suppuration sont en faveur d'une cellulite faciale bactérienne compliquée d'une ostéite aigüe d'origine traumatique (52). L'évacuation du pus ainsi que la cautérisation ont permis de traiter avec succès ce patient. Le diagnostic fait peu de doute et aucun diagnostic différentiel ne peut être proposé.

## 9. Noma

### A. Extraits

#### Extrait 1:

*Chez Phoenix à Oeniades et chez Andrys qui étaient frères : la mâchoire de l'un des deux enfla ainsi que la lèvre située du côté de cette mâchoire et de l'œil ; quand on examinait du côté interne, rien n'apparaissait et à l'extérieur il n'y avait pas de suppuration, mais la mâchoire gonflée fut atteinte de pourriture sèche, et il mourut. L'autre eut les mêmes accidents. Lui mourut le septième jour. Il avait bu un évacuant, et n'en avait tiré aucun profit. Mais chez Phoenix on avait excisé un morceau rond putréfié et la plaie s'était mortifiée en majeure partie avant qu'il se meurt. Pourtant il mourut lui aussi, bien qu'ayant survécu plus longtemps.*

*Epidémies V, IV, 1 (Jouanna, 2003, p3)*

#### Extrait 2:

*A Cardia, chez le garçon de Métrodore, douleur provenant d'une dent ; sphacèle de la mâchoire et bourgeonnement des chairs aux gencives. Cela suppura modérément ; les molaires tombèrent ainsi que la mâchoire.*

*Epidémies V, C, 1 (Jouanna, 2003, p44)*

### B. Symptômes

- Enfants
- Atteinte fratrie
- Douleur dentaire
- Nécrose cutanée péribuccal
- Nécrose dentaire
- Mort rapide

### C. Hypothèse diagnostic principale

Le noma est une stomatite gangreneuse foudroyante qui se développe dans la bouche et détruit avec rapidité les parties molles et les os. Il touche principalement les enfants en bas âge. Ses causes sont principalement le manque d'hygiène, la malnutrition ainsi que les maladies infectieuses (53)

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour comprendre l'histoire naturelle du noma ; il n'en existe cependant aucune d'entièrement satisfaisante. La plus finie repose sur l'apparition

première d'une gingivite aigüe nécrosante à flore multibactérienne (surtout anaérobie avec présence de *Prevotella intermedia* et de *Fusobacterium necrophorum* ), qui sous l'influence d'un ou plusieurs facteurs encore mal connus évoluerait vers un noma authentique. La gingivite aigüe nécrosante est une pathologie relativement fréquente chez les enfants défavorisés et dénutris, généralement déclenchée par un épisode infectieux, le plus souvent une virose infantile comme la rougeole, la roséole, ou alors assez régulièrement une crise de paludisme. Son diagnostic est simple, il repose sur trois critères principaux que sont le saignement et l'inflammation des gencives, la douleur et à un stade plus évolué la nécrose aigüe des papilles (53). Un traumatisme local lors de l'éruption dentaire, les troubles de la microcirculation et l'affaiblissement général de la primo-infection herpétique seraient complémentaires et conjointement à l'origine de la survenue du noma.

Au stade le plus précoce, on observe une majoration localisée des signes de gingivite nécrosante aigüe avec notamment l'apparition d'une macule ou d'une vésicule hyperhémique ou hémorragique (bouton de Raynaud) (53).

A la phase d'état c'est le stade de la nécrose tissulaire. Il existe une nette majoration des signes généraux avec possibilité de choc septique. Le pronostic vital de l'enfant est engagé si aucun traitement n'est rapidement mis en route (décès dans près de 80 % des cas). Localement l'œdème se majore, la joue devient rouge et luisante, l'haleine devient fétide signant l'installation d'une nécrose muqueuse. Il s'agit du stade de « cône gangreneux », à base interne, imageant bien une évolution nécrotique centrifuge. À ce stade, l'atteinte cutanée jugale ne reflète pas les lésions endobuccales souvent avancées. Très rapidement la nécrose intéresse toute l'épaisseur de la joue et on voit se dessiner sur la peau un sillon de délimitation de l'escarre ainsi formé. Au niveau endobuccal, la nécrose a une évolution centripète avec atteinte plus ou moins marquée du maxillaire, de la mandibule et des muscles masticateurs. Une extension importante de la nécrose est possible, pouvant atteindre la région centofaciale, le cône orbitaire, voire à l'extrême toute une hémiface (53).

L'évolution naturelle de la maladie se fait vers la chute de l'escarre ainsi délimité laissant alors la place à une perte de substance de pleine épaisseur (peau, muscle et muqueuse). Le séquestre osseux en rapport est le plus souvent évacué de manière similaire. À ce stade débute la cicatrisation par rétraction et fibrose de la peau, des muscles et des muqueuses. La cicatrisation osseuse peut conduire assez fréquemment vers l'ankylose, voire la synostose maxillomandibulaire (53). Cette maladie existe toujours dans les pays en voie de développement.

#### **D. Autres hypothèses diagnostics :**

Litré a envisagé le diagnostic du charbon. Il est vrai que l'infection par le *Bacillus anthracis* peut affecter gravement le visage et causer la mort, mais elle ne provoque pas une telle nécrose osseuse. Un autre diagnostic rétrospectif possible est celui d'actinomyose maxillaire. Généralement, l'actinomyose cervico-faciale est située dans la région sous mandibulaire ou autour de l'angle de la mandibule, la forme cervicale est la forme anatomique la plus fréquente. En revanche, l'actinomyose de la muqueuse buccale est assez rare, surtout chez l'enfant (54).

## 10. Tétanos

### A. Extraits

#### Extrait 1:

*Eumélos de Larisa fut atteint de rigidité aux membres inférieurs, aux bras et aux mâchoires ; et il ne pouvait ni étendre ni fléchir ses membres sauf si quelqu'un d'autre les fléchissait et les étendait ; et il ne pouvait ouvrir ses mâchoires sauf si quelqu'un d'autre les ouvrait. Il ne souffrait de rien d'autre ; et il ne mangeait rien d'autre que de la galette d'orge ; et il buvait du mélicrat<sup>27</sup>. Au vingtième jour, voilà qu'il tombe à la renverse alors qu'il était assis et heurte sa tête contre une pierre violemment ; sur-le-champ l'obscurité se répandit sur lui, puis, peu de temps après, il se releva guéri. Tout était redevenu souple, excepté qu'après le sommeil, quand il se réveillait, les articulations restaient un peu bloquées. Il avait alors douze ou treize ans ; il s'en ressentit pendant trois ou quatre mois.*

***Epidémies V, XXIII, 1-3 (Jouanna, 2003, pp.14-15)***

#### Extrait 2:

*L'homme blessé d'un trait pointu, par derrière, un peu au-dessous du cou, avait reçu une blessure qui n'était pas considérable à la regarder, car elle n'était pas en profondeur. Mais peu de temps après, une fois le trait enlevé, il se raidissait, tiré vers l'arrière comme les gens atteints d'opisthotonos ; ses mâchoires restaient serrées, et s'il prenait quelque liquide dans sa bouche et essayait de l'avalier, il le faisait remonter en sens inverse dans les narines. Le reste de sa condition se détériorera aussitôt. Et au deuxième jour il mourut.*

***Epidémies V, XLVII, 1-3 (Jouanna, 2003, p22)***

#### Extrait 3:

*Quand, en été ou en automne, un flux chaud et nitreux descend de la tête, devenu chaud et âcre du fait de la saison, il attaque (les tissus) dans ces conditions, les ulcères et les emplit d'air ; la quinte de toux survint et une grande sécheresse ; les organes que l'on examine paraissent frêles, les tendons du cou sont contractés et le patient semble avoir le tétanos ; la voix se violente. Chez de tels patients, la trachée s'ulcère et le poumon s'enflamme, car ils ne peuvent plus inspirer l'air extérieur. A moins que cette angine ne se porte d'elle-même sur les parties extérieures du cou, ces cas sont plus funestes et plus irrémédiables à cause de la saison et des humeurs chaudes et âcres.*

***Appendice sur le régime des maladies aiguës, X, 1-2 (Joly, 1972, pp.72-73)***

---

<sup>27</sup> Boisson fermentée ou non à base d'eau et de miel

#### **Extrait 4:**

*Trois tétanos, si le tétanos survient à une blessure, voici les accidents : les mâchoires deviennent rigides, et le malade ne peut ouvrir la bouche ; les yeux pleurent et sont tirés ; le dos est rigide, les jambes ni les bras ni le rachis ne peuvent être pliés. Quand la maladie est mortelle, les boissons et les aliments, qu'il prenait auparavant, reviennent quelquefois par les narines. Les choses étant ainsi, il faut administrer une fumigation ; puis, ayant oint avec de l'huile, échauffer au feu de loin ; ensuite on fera des applications chaudes après avoir ont le corps. Prenez de l'absinthe, ou des feuilles de laurier, ou la graine de jusquiame et de l'encens, pilez ; puis macérez dans du vin blanc et versez dans un pot neuf ; ensuite versez de l'huile autant que du vin ; chauffez, et oignez avec cette préparation abondante et chaude le corps et la tête ; puis, ayant couché le malade, laissez la chair s'imbiber, et enveloppez-le de couvertures molles et propres, afin qu'il sur beaucoup. Donnez du mélicrat tiède, par la bouche, si c'est possible ; sinon, infusez-le par les narines. Donnez à boire du vin blanc très doux et en abondance. Voilà ce qu'il faut faire chaque jour jusqu'à guérison. La maladie est difficile et a besoin, d'être traitée sur le champ.*

***Des affections internes, LII (Littre, 1861, pp.299-303)***

#### **Extrait 5:**

*Opisthotonos : l'opisthotonos offre en général les mêmes accidents ; il survient quand les tendons de la partie postérieure du cou sont affectés, ils s'affectent soit par l'angine, soit par l'inflammation de la luette, soit par la suppuration de la gorge ; quelquefois aussi à la suite de fièvres venant de la tête, si du spasme survient ; des blessures en sont encore la cause. Le malade est tiré en arrière ; la douleur tient le dos et la poitrine ; il se plaint. Il éprouve de fortes contractions, de sorte qu'à peine les assistants le maintiennent et l'empêchent de tomber hors du lit. Le malade, dans la même journée, est plusieurs fois souffrant, plusieurs fois plus à l'aise. Les choses étant ainsi, on lui administrera les mêmes choses que dans le cas précédent. La maladie dure au plus quarante jours ; passé ce terme, elle guérit.*

***Des affections internes, LIII (Littre, 1861, pp.299-303)***

### **B. Symptômes**

- Peu de temps après une plaie par du métal
- Angine
- Rigidité des membres
- Rigidité des bras
- Trismus
- Extension des membres impossible sauf par un tiers
- Séquelle de contracture difficulté de mouvements
- Impossibilité de s'hydrater

### C. Hypothèse diagnostic principale

Les médecins hippocratiques utilisaient le terme tétanos pour désigner un concept pathologique qui dans certains contextes recouvre la maladie que nous appelons ainsi et dans d'autres diffère. Dans ces extraits il s'agit d'un tétanos chronique. Les contractions douloureuses de la nuque et du dos sont très caractéristiques et les auteurs les décrivent de façon précise (24).

Le tétanos est une maladie neurologique due à l'action de la toxine tétanique. Il est caractérisé par une paralysie spastique, généralisée ou locale, et des spasmes. La contamination d'une plaie par *Clostridium tetani* qui est une bactérie de l'environnement, permet sous certaines conditions sa multiplication et production locale de toxine. Celle-ci est ensuite véhiculée par les motoneurones jusqu'au système nerveux central. Toute effraction du tégument offrant des conditions d'anaérobiose suffisantes constitue une porte d'entrée à cette bactérie par des poussières, terre, objets ou instruments contaminés (55). Il existe plusieurs formes de tétanos : la forme localisée qui correspond à une atteinte des muscles à proximité de la blessure contaminée et la forme généralisée. Le plus souvent le tétanos localisé évolue vers une forme généralisée. Le premier signe est presque toujours un trismus évoluant rapidement vers une contracture permanente avec impossibilité d'ouvrir la bouche et interdisant toute alimentation. Une douleur à la déglutition peut être aussi un des premiers signes faisant croire à une angine (55). La raideur des muscles faciaux donne un aspect particulier au visage dénommé rire sardonique (*risus sardonicus*) (Figure 20). La raideur atteint les muscles du cou, puis les bras, le tronc, les membres inférieurs et se généralisent à l'ensemble de la musculature volontaire. Les spasmes d'abord intermittents interviennent en réponse à des stimuli sensoriels tels que bruit, toucher, lumière, ils deviennent ensuite de plus en plus fréquents puis permanents. Ils se traduisent par de violentes contractions douloureuses qui provoquent une posture en opisthotonos, avec le dos courbé et la tête rejetée en arrière (55) (Figure 21). De façon caractéristique, les membres inférieurs sont en extension, les membres supérieurs fléchis en adduction et poings serrés sur le thorax. Les spasmes concernent aussi les muscles du pharynx et du thorax provoquant une asphyxie aiguë souvent mortelle.

Une complication fréquente du tétanos est une dysautonomie : en désinhibant le système orthosympathique, la toxine tétanique induit une forte élévation des taux circulants en catécholamines, principalement de la noradrénaline. Les manifestations de cette dysautonomie sont hypertension, tachycardie, sueurs profuses, fièvre, vasoconstriction périphérique, et troubles cardiaques pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque. Plus rarement, ces

manifestations alternent avec des épisodes d'hyperactivité parasympathique (bradycardie, hypotension, arythmie) (55).

Les maladies ont changé, et cela non seulement dans leur fréquence mais aussi dans leur aspect clinique et dans certaines caractéristiques épidémiologiques. Il faut bien souligner que ces changements concernent surtout deux groupes de maladies : celles qui sont dues à des germes (virus, bactéries, protozoaires) et celles qui proviennent de l'environnement modifié par l'action de l'homme. Ces changements sont dus à la variété incroyable de microbe et de leur plasticité biologique, du rôle de la densité de la population, de l'acquisition progressive d'une résistance génétique vis à vis des germes communs, de la réactivité violente face aux germes relativement nouveaux ou rares, des antagonismes entre les maladies, des animaux vecteurs ou réservoirs de germes, etc. (24). Ces changements expliquent probablement que le tétanos pouvait guérir spontanément dans l'Antiquité, alors que la virulence actuelle du *Clostridium difficile* est, de nos jours, source d'une grande mortalité.

#### **D. Autres hypothèses diagnostics :**

Le trismus peut accompagner de multiples pathologies.

Parmi les causes locales, l'angine, le phlegmon amygdalien, l'arthrite tempo-mandibulaire, l'abcès dentaire ou encore un traumatisme maxillaire peuvent s'accompagner d'un trismus.

Un trismus peut accompagner une atteinte du tronc cérébral ; il est généralement intermittent. Enfin certaines formes d'hystéries, de crises d'épilepsies ou une tétanie hypocalcémique peuvent se manifester par un trismus (56).

Une atteinte cérébro-méningée peut s'accompagner d'une raideur nucale, mais l'altération de l'état de conscience est la règle alors que cet état est préservé dans le tétanos (56).



**Figure 20 :**

Grotesque : crise d'hystérie ou tétanos ?

Ce grotesque originaire de Smyrne présente les caractéristiques du rire sardonique.

Département des Antiquités grecques, étrusques et romaines ; salle Sully-1er étage- salle 37- vitrine 3 ; Le Louvre, Paris, France.



**Figure 21 :**

Opisthotonos.

Momie du roi de Sidon : Tabnit. Sarcophage lycien en marbre de Paros datant de la fin du V<sup>ème</sup> siècle avant J-C.

Musée archéologique d'Istanbul, Turquie.

## 11. Abscès dentaire

### A. Extraits

#### Extrait 1:

*Chez la femme d'Aspasios, terrible mal de dent ; et les mâchoires enflèrent. En se baignant (la partie malade) avec du castoreum<sup>28</sup> et du poivre, elle était soulagée.*

***Epidémies V, LXVII, 1-2 (Jouanna, 2003, p30)***

#### Extrait 2 :

*Chez l'enfant mâle d'Athénadès, atteint d'un mal dévorant, la dent de gauche en bas et celle de droite en haut (tombèrent). L'oreille droite se mit à suppurer alors qu'il ne souffrait plus.*

***Epidémies V, XLIV, 1-2 (Jouanna, 2003, p21)***

#### Extrait 3 :

*Si une inflammation se forme au palais, il y a un léger gonflement et du pus s'y produit. Quand le malade présente ces symptômes, cautérisez la tuméfaction ; une fois que le pus sort, lavez ce qui peut rester, d'abord avec du nitre<sup>29</sup> et de l'eau tiède, ensuite avec du vin ; une fois que vous avez bien lavé, pilez du raisin sec blanc sans les pépins, et appliquez à l'emplacement de la cautérisation ; une fois que le pus a fini de couler, le malade se lavera soigneusement la bouche avec du vin pur tiède ; et quand il s'apprête à prendre un aliment ou un potage, on placera une petite éponge (sur la cicatrice). Voilà le traitement à appliquer jusqu'à la guérison.*

***Maladies II, XXXXII, 1-3 (Jouanna, 1983, p166)***

#### Extrait 4 :

*Le sphacèle d'une dent dissipe l'abcès formé à la gencive.*

***Prénotions coaques, CCXXXI, (Pecker/Littré, 1983, p366)***

### B. Symptômes

- Douleurs dentaires importantes
- Tuméfaction gingivale
- Résolution après chute dentaire ou incision de la collection
- Collection palais

---

<sup>28</sup> Médicament très utilisé dans l'Antiquité qui était préparé à partir des glandes sébacées anales du castor. On l'employait fréquemment en gynécologie.

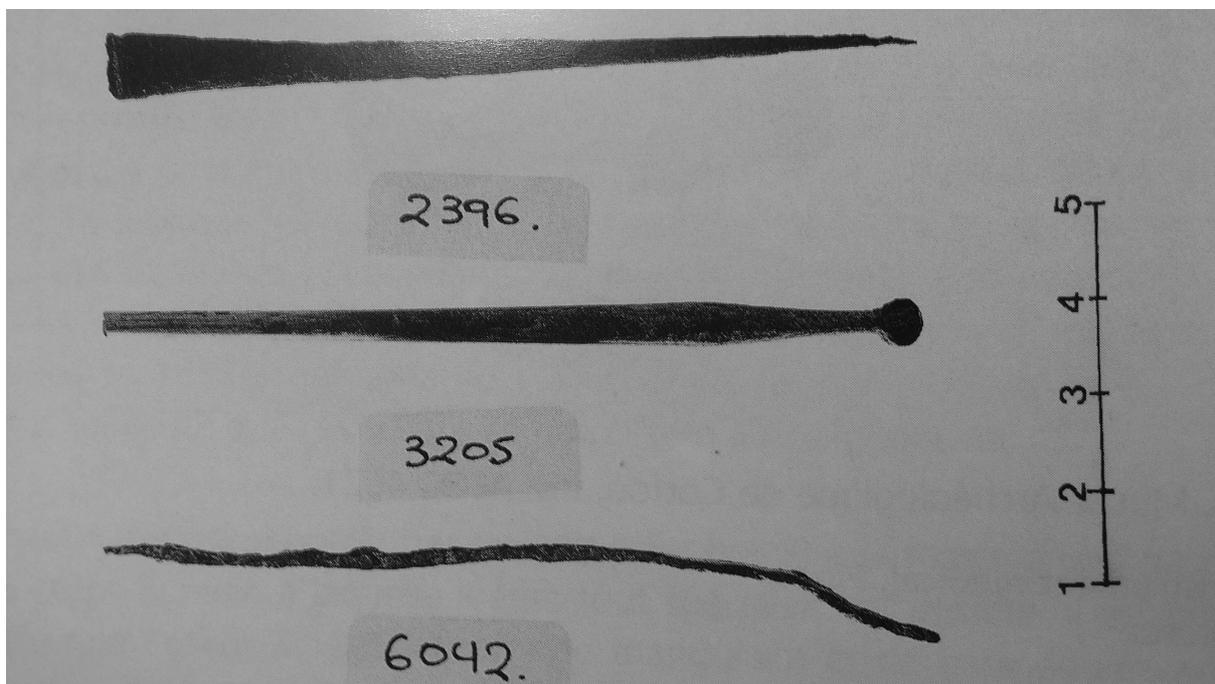
<sup>29</sup> Nitrate de potassium

### C. Hypothèse diagnostic principale

L'abcès dentaire est une collection de pus souvent en rapport avec une dent cariée ou cassée ; en fonction de sa localisation la collection peut être soit gingivo-palatine soit gengivo-mandibulaire.

Une étude paléopathologique a rapporté que l'analyse du tarte dentaire des populations du passé (IV<sup>ème</sup> siècle après J.C) mettait en évidence la présence de cristaux provenant très probablement de l'alimentation ; ils sont classiquement imputés à la fragmentation des meules à grains lors de la préparation de la farine, et amplifient l'usure de l'email dentaire lors de la consommation de céréales transformées (pain, galette etc.) pouvant être à l'origine d'abcès dentaires (16).

En l'absence de traitement elle se complique souvent d'une cellulite faciale (57) (Figure 21).



**Figure 21 :**

Instrument dentaire au corps mince cylindrique et au bout aplati.  
Musée archéologique de Corfou, Grèce. Provenance propirété Kolla, Phigareto, 1977 (42).

## 12. Laryngite tuberculeuse

### A. Extrait

*Chez le fils d'Antiphane, en hiver, douleur au côté droit, toux, fièvre ; il mangeait, il se déplaçait en étant légèrement fiévreux. Il paraissait être atteint de ruptures<sup>30</sup>. Au neuvième jour, la fièvre était arrivée, elle ne le quitta pas ; la toux était forte ; et les matières (expectorée) étaient épaisses, écumeuses ; il avait mal aux côtes. Vers le quatorzième jour et à nouveau vers le vingtième, les fièvres paraissaient cesser, puis à nouveau les saisissaient ; il y avait une chaleur légère ; elle le quitta un bref moment ; la toux tant le quitta, tant fut violente avec une suffocation forte, tantôt se relâchait ; expectoration, après ces jours )là, abondante avec une toux suffocante ; matières purulentes, bouillonnant au-dessus du vase et écumant<sup>31</sup>. Dans la gorge, la majeure partie du temps, il y avait un léger sifflement avec râle ; la difficulté à respirer le tenait sans cesse ; la respiration était accélérée ; à certains moments, il respirait bien. Au-delà des quarante jours, près des soixante, je pense, l'œil gauche devint aveugle avec un gonflement sans douleur ; peu après, ce fut le tour de l'œil droit ; et les pupilles devinrent fortement blanches et sèches. Il mourut peu de temps après l'aveuglement, au-delà de sept jours, avec raucité et délire.*

***Epidémies VII, XXVI, 1-5 (Jouanna, 2003, pp.68-69)***

### B. Symptômes

- Toux
- Douleur pulmonaire
- Fièvre
- Expectoration
- Tachypnée
- Laryngite aigüe probablement sur un terrain chronique
- Uvéites: œdème, rougeur, leucocorie, cécité.
- Confusion puis décès

---

<sup>30</sup> Dans les écrits hippocratiques le terme « rupture » désigne un événement pathologique, situé à l'intérieur de la poitrine, expliqué comme étant une déchirure non traumatique de la chair ou d'un petit vaisseau à la suite d'une distension. Ces ruptures sont douloureuses et amènent des toux et des crachats purulents (58).

<sup>31</sup> Les médecins hippocratiques utilisaient des tests physiques particuliers pour mieux apprécier la qualité de l'expectoration, par exemple l'exposition des crachats au charbon brûlant (43).

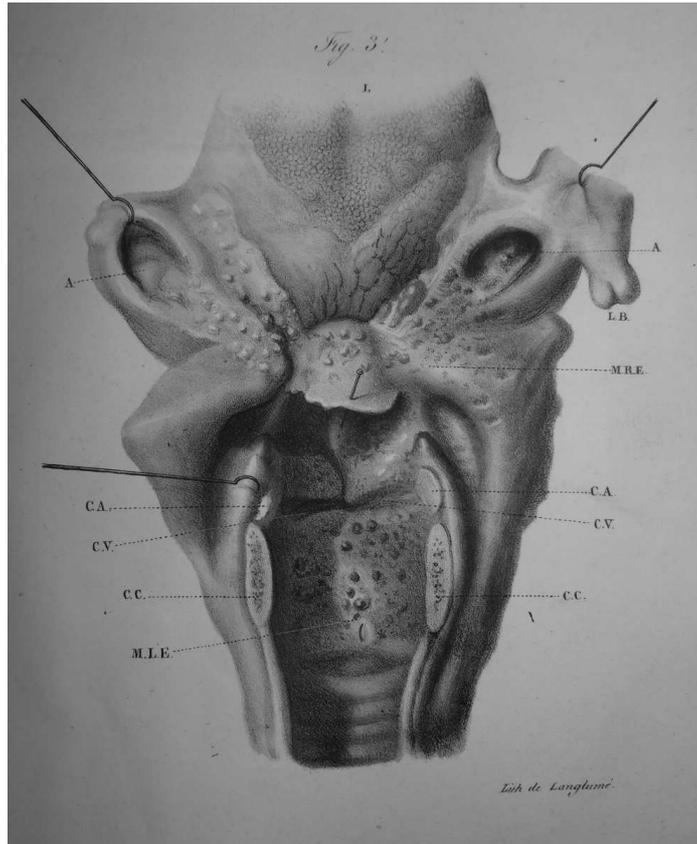
### **C. Hypothèse diagnostic principale**

D'après les commentaires de Jouanna l'ensemble de ce tableau clinique correspond à celui d'une forme grave de tuberculose que les praticiens du XIX<sup>ème</sup> siècle appelaient galopante. On reconnaît un processus ulcéro-caséux pulmonaire avec une laryngite tuberculeuse (Figure 22). L'affection oculaire pourrait bien être une kératite sclérosante due à l'action toxique du bacille de Koch (59) (Figure 23).

En effet les signes ophtalmologiques nous permettent de faire le diagnostic d'uvéite granulomateuse.

Or la toux associée à une uvéite peut nous faire évoquer différents diagnostics comme la tuberculose, la sarcoïdose, la toxoplasmose ou encore la maladie de Wegener (60).

La laryngite associée au décès du malade ainsi nous oriente vers une tuberculose, sachant que cette pathologie était probablement fréquente en Grèce antique (24).



**Figure 22 :**

Laryngite tuberculeuse.

Dessin d'après une dissection faite par Jean Cruveillier (61)



**Figure 23 :**

Uvéite tuberculeuse : volumineuse masse blanchâtre dans la chambre antérieure associée à une hyperhémie conjonctivale (62).

## 13. Sous mandibulite

### A. Extrait

*Si une inflammation du dessous de la langue se produit, la langue enfle ainsi que la région sublinguale ; l'extérieur au toucher est dur ; le malade ne peut avaler sa salive. Quand il présente ces symptômes, prenez une éponge que vous plongerez dans le l'eau et appliquez ; avec de la farine d'orge non grillée, bouillie dans du vin et de l'huile, faites un cataplasme, à l'extérieur, à l'endroit du gonflement. Le malade se gargarisera avec des décoctions de figues et supprimera les bains. Quand le pus s'est bien formé, incisez. Parfois, l'éruption de pus se produit spontanément et la guérison a lieu sans incision quand le pus s'est écoulé à l'extérieur, cautérisez en profondeur.*

**Maladies II, XXI, 1-2 (Jouanna, 1983, p166)**

### B. Symptômes

- Inflammation aigüe sous linguale et sublinguale
- Douleur à la déglutition
- Traitement par bains de bouche

### C. Hypothèse diagnostic principale

La sous-mandibulite correspond à une tuméfaction de la glande sous-mandibulaire et cette tuméfaction n'est pas rythmée par les repas. Il s'y associe des signes canauxaires inflammatoires. Les sous-mandibulites peuvent être d'origine infectieuses, lithiasiques ou inflammatoires. Lorsqu'elles sont d'origine infectieuse, elles sont soit dues à des bactéries telles que les staphylocoques, les streptocoques ou les mycobactéries, soit d'origine virale : cytomégalovirus ou oreillons (63).

### D. Autres hypothèses diagnostics

Les autres tuméfactions collectées en rapport avec le plancher buccal peuvent être proposées comme les cellulites mandibulaires d'origine dentaire, les infections oropharyngées ou encore une adénite collectée (63).

## 14. Oreillons

### A. Extraits

#### Extrait 1 :

*Des tumeurs près de l'oreille se produisaient chez bien des gens : chez la vieille femme du peuple des Besses<sup>32</sup>, vers le neuvième jour ; chez le jeune homme, fils de l'esclave, qui avait une affection de la rate, alors que son ventre s'était humidifié, vers le même moment ; chez Ctésiphon, au lever d'Arcturus, environ vers les sept jours. Les tumeurs suppurèrent seulement chez l'enfant d'Eratyllos ; elles se résorbèrent des deux côtés. Quand les malades n'avaient pas de sueurs, ils avaient la langue bredouillante à cause de la sécheresse. Les « vents des oiseaux » soufflèrent violents et froids ; et des chutes de neige se produisirent parfois après des périodes de beau temps ; et après le jour équinoxial, vents du sud mêlés à des vents du nord, pluies fréquentes. Des toux s'installèrent dans la région, surtout chez les enfants. Il y eut près des oreilles, chez beaucoup, des grosseurs semblables à celles des satyres. En outre, l'hiver qui avait précédé cette époque fut de son côté très prononcé, avec de la neige et des pluies apportées par le borée.*

**Epidémies VII, CV, 2-5 (Jouanna, 2003, pp.109-110)**

#### Extrait 2 :

*Dans l'île de Thasos, durant l'automne, vers l'équinoxe et pendant les pléiades furent l'horizon (c'est à dire pour Thasos environ 50 jours après l'équinoxe d'automne.), pluies abondantes, doucement continues, avec les vents du midi ; hiver austral, petits vents de nord, sécheresse ; en somme tout l'hiver eut une apparence de printemps. Le printemps, à son tour, eut des vents du midi, des fraîcheurs et des petites pluies. L'été fut en général nuageux et sans eau, les vents étésiens<sup>33</sup> ne soufflèrent que peu, avec peu de force et sans régularité. Toutes les circonstances atmosphériques ayant été australes et avec sécheresse, un intervalle où la constitution fut contraire et boréale, au début du printemps, fit naître quelques causus ; ces fièvres furent généralement modérées ; il y eut peu d'hémorragies nasales, et aucun malade ne mourut. Il se forma des oreillons chez plusieurs d'un seul côté, chez le plus grand nombre des deux côtés, mais sans que le malade eut de la fièvre et fut obligé de s'aliter ; quelques-uns cependant eurent un peu de chaleur ; ces tumeurs se dissipèrent chez tous sans accidents ; aucune ne suppura, ainsi que cela arrive aux tumeurs nées d'une autre cause. Voici quels en étaient les caractères : elles étaient molles, grandes, diffuses, sans inflammation, sans douleur ; elles disparurent chez tous sans aucun signe. Elles se manifestèrent chez des adolescents, chez des hommes dans la fleur de l'âge, surtout chez ceux qui se livraient aux exercices gymnastiques de la palestre ; peu de femmes en furent atteintes. La plupart de ces malades avaient des toux sèches ; ils toussaient et n'expectoraient rien ; et la voix devenait rauque. Chez quelques-uns bientôt, chez d'autres plus tard, il se formait une inflammation douloureuse du testicule, tantôt d'un*

<sup>32</sup> Les Besses sont un peuple du thrace centrale dans la région du mont Hémos.

<sup>33</sup> Qualifie le vent d'été qui souffle du Nord en Méditerranée orientale.

*seul côté, tantôt des deux ; les uns avaient de la fièvre. Du reste, les Thasiens ne vinrent pas chercher de secours dans l'officine du médecin.*

***Epidémies I, première partie, 1-9 (Litré, 1979, pp.235-237)***

**Extrait 3 :**

*Chez la femme de Nicolaos, par suite d'un causus<sup>34</sup>, les gonflements près de l'oreille se produisirent des deux côtés, un peu plus tard d'un côté alors que la fièvre paraissait désormais se relâcher, vers le quatorzième jour, à ce que je crois ; ils étaient gros. Ils s'affaiblirent sans signe ; il y eut une récurrence ; le teint était cadavéreux ; la langue râpeuse, fortement hérissée, blanchâtre ; la malade était assoiffée ; évacuation pour le bas abondante, liquide, malodorante, pendant toute la durée. Avant sa mort, son corps fut ruiné par la masse (des évacuations). Elle mourut au-delà des vingt jours.*

***Epidémies VII, XLII, 1-3 (Jouanna, 2003, p77)***

**B. Symptômes**

- Prédominance masculine
- Enfant et adulte jeune
- Caractère épidémique
- Parotidose: non indurée, indolore, souple ; unilatéral puis bilatéral
- Fièvre mais inconstant
- Déshydratation, sueurs, langue saburrale
- Odynopahgie
- Toux sèche
- Voix rauque
- Anorexie
- Epistaxis
- Atteinte inflammatoire testiculaire uni ou bilatérale
- Arthralgies (hanche)
- Ictère (6<sup>ème</sup> jour)
- Troubles digestifs (diarrhées)
- Peu de décès, résolution spontanée

---

<sup>34</sup> Fièvre ardente.

### C. Hypothèse diagnostic principale

Les oreillons est une maladie d'origine virale due au Virus ourlien (virus à ARN de la famille des *Paramyxoviridae*). Ce virus a un tropisme glandulaire (parotidite, orchite, pancréatite) et neurologique (méningite, encéphalite).

La transmission est interhumaine directe, soit par contamination aérienne ou contact direct avec la salive du sujet infecté, ce qui explique l'importante contagion (64).

La parotidite est présente dans 70% des cas, les glandes sont habituellement tuméfiées et douloureuses, l'atteinte est d'abord unilatérale puis bilatérale, peuvent être associées une pharyngite, des adénopathies, ou des céphalées. L'orchite est fréquente chez le sujet pubère et apparaît en général 4 à 8 j après la parotidite. La pancréatite aigüe est présente dans 4% des cas (ictère, douleurs abdominales) (64).

Même si les méningites lymphocytaires sont fréquentes l'évolution est favorable en 8 à 10 jours et sans séquelle (64).

L'atteinte articulaire ou rhumatisme ourlien peut être présente ; il s'agit d'une arthrite réactionnelle (65).

La découverte d'une inscription votive romaine datée de 173-174 après J-C dans la cité de Gölde (ancienne Lydie, actuellement en Turquie) et décrivant un épisode épidémique d'oreillons nous conforte dans le fait qu'il ne s'agissait probablement pas d'une nouvelle maladie émergente et qu'elle pouvait exister dans la période hippocratique (66).

Tout porte à croire que les anciens habitants de la Méditerranée n'ont connue ni la rougeole ni la rubéole, maladies infectieuses éruptives, très contagieuse et dues à des virus spécifiques proches de celui provoque les oreillons ; on n'en connaît aucune trace dans les documents d'origine grecque ou romaine (24).

## 15. Adénite

### A. Extrait

*Chez le fils de Callimédon, ce qui fut utile contre sa tumeur au cou qui était dure, grosse, non mure et douloureuse. Saignée au bras ; faire un cataplasme de lin grillé, macéré dans du vin blanc et de l'huile. Ou le faire bouillir avec du mélicrat<sup>35</sup> et de la farine de fenugrec, ou d'orge, ou de froment.*

***Epidémies V, LXVIII, 1-3 (Jouanna, 2003, p31)***

### B. Symptômes

- Probablement maladie infantile
- Tuméfaction cervicale dure et douloureuse

### C. Hypothèse diagnostic principale

Le caractère douloureux évolue une pathologie inflammatoire cervicale. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées mais l'adénite est fréquemment retrouvée chez les enfants.

En effet il s'agit d'une inflammation bénigne mais douloureuse d'un ganglion ou d'un groupe de ganglions d'origine infectieuse qui peut soit être réactionnelle à une infection de la sphère ORL soit isolée par infection à mycobactéries ou à d'autres bactéries comme *Bartonella henselae* (maladie des griffes du chat) (67).

### D. Autres hypothèses diagnostics

Toutes les tumeurs cervicales en poussée inflammatoire peuvent être évoquées comme les tumeurs congénitales (kystes du tractus thyroïdienne, kystes branchiaux), les lymphomes de l'enfant, les pathologies thyroïdiennes ou encore les kystes dermoïdes (67).

---

<sup>35</sup> Boisson fermentée ou non à base d'eau et de miel

### **III. Malformatives**

Aucun extrait de ce *corpus* ne fait référence à des pathologies malformatives faciales fréquentes telles que les fentes labio-palatines ; la première référence aux fentes faciales sera faite par Aulus Cornelius Celsus (I<sup>er</sup> siècle avant J-C-I<sup>er</sup> siècle après J-C) dans *De Arte medica* (68).

Dans le cas de fentes labio-palatines, une des explications possibles est que la succion inefficace a pu être à l'origine de mort précoce par dénutrition et déshydratation rendant les témoignages rares. D'autre part l'élimination rituelle des sujets malformés dans l'antiquité peut expliquer également l'absence de référence (69).

Certaines malformations mineures n'entravent pas la survie des individus, telles que les fentes labiales, kystes et fistules d'origines branchiales mais elles ne sont pas mentionnées dans le *corpus* sans qu'aucune explication ne puisse être donnée.

Un seul extrait fait mention des malformations congénitales, l'auteur, par analogie avec la Nature, s'essaie à trouver une explication rationnelle:

*Quant à l'enfant estropié dans les matrices, je dis qu'il est estropié à la suite d'une contusion, la mère ayant été frappée sur le lieu répondant au fœtus, ou ayant fait une chute, ou ayant essuyé quelque autre violence. Si l'enfant éprouve une contusion, il devient estropié en la partie contuse ; si la contusion est plus forte, la membrane qui l'enveloppe se rompt et la femme avorte. Ou bien encore les enfants deviennent estropiés de cette manière-ci : quand dans les matrices il y a étroitesse à la partie où en effet s'est produit l'estropiement, il est inévitable que le corps, se mouvant en lieu étroit, soit estropié en cette partie. C'est ainsi que les arbres qui dans la terre n'ont pas assez d'espace, et sont gênés par une pierre ou par tout autre chose, deviennent tortus en grandissant, ou bien gros en un point et petits en un autre. L'enfant en éprouve autant lorsque dans les matrices une portion est relativement trop étroite pour la partie correspondante de l'enfant.*

***De la génération, XI (Littré, 1851, p485)***

## **IV.Tumorales**

# 1. Cancer

## A. Extrait

*L'homme qui avait un carcinome dans la gorge fut cautérisé par nous.*

*Epidémies VII, CXI, 1 (Jouanna, 2003, p112)*

## B. Analyse de texte

Hippocrate est le premier à utiliser le mot carcinome pour désigner des ulcérations chroniques ou des grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes. Le mot cancer dérive du mot crabe ou écrevisse (*καβούρι*) car ces lésions qui apparaissent à la surface du corps se colorent progressivement comme un crabe émergeant du sable avec ses pattes disposées en cercle peut être aussi car il s'agit d'une maladie qui dévore les tissus, sournoise et intérieure tel les écrevisses carnivores dévorant les chairs dans la mer (70).

A ce moment-là il n'a pas de signification scientifique et il est attribué à un grand nombre de maladies différentes avec une étiologie et des manifestations très variées.

Il n'existe qu'un seul passage faisant mention de cancer au niveau de la sphère ORL, l'absence d'irritatifs tel que le tabac ou encore la faible espérance de vie des populations grecques peuvent l'expliquer (Figure 24).



**Figure 24 :**

Tumeur double du cou, probablement cancer de la thyroïde ou un goître.  
Terre cuite étrusque. D'après Hadow, 1936, il s'agit probablement d'un *ex-voto* <sup>36</sup>appartenant à une collection privée (71).

---

<sup>36</sup> Offrande faite à un dieu en demande d'une grâce ou en remerciement d'une grâce obtenue.

## **V. Inflammatoires**

# 1. Polypes nasaux

## A. Extraits

### Extrait 1 :

*Si un polype se forme dans la narine, au milieu du cartilage et prend une protubérance semblable à la luette ; lors de l'expiration, la protubérance fait saillie au dehors et elle est molle ; lors de l'inspiration, elle part en arrière ; le malade a une voix sourde et quand il dort, il ronfle. Quand le malade présente ces symptômes, en taillent une petite éponge, arrondissez-la en forme de pelote, entourez-la d'un fil de lin d'Égypte, et rendez-la dure ; son calibre doit être tel qu'elle s'adapte à la narine ; attachez la petite éponge à un fil à quatre endroits ; pour la longueur, chacun des bruns aura une coudée ; ensuite, réunissez-les en un seul bout, prenez une verge d'étain fine munie d'un chas à l'une de ses extrémités, faites passer jusque dans la bouche la verge par son extrémité mince, et quand vous l'avez saisie, passez le fil dans le chas ; tirez (la verge) jusqu'à ce que vous saisissiez le bout (du fil) ; ensuite, placez un pied de biche sous la luette, et tout en résistant (avec lui) vous tirez le fil jusqu'à ce que vous arrachiez le polype. Quand vous l'avez extrait et que le sang a fini de couler, placez autour de la sonde une compresse de lin fine sèche, et appliquez par tamponnement ; pour finir, faites bouillir de la fleur de cuivre dans du miel, enduisez la compresse et introduisez-la dans le nez. Et quand désormais la plaie se cicatrice, confectionnez-vous une tige de plomb qui vous permette d'atteindre la plaie ; enduisez la de miel, et appliquez jusqu'à la guérison.*

**Maladie II, XXXIII, 1-3 (Jouanna, 1983, p167)**

### Extrait 2 :

*Autre polype. Le nez se remplit de protubérances charnues, et au toucher la chair est dure ; le malade ne peut respirer par le nez. Quand il présente ces symptômes, il faut introduire une canule dans le nez, et cautériser avec trois ou quatre ferrements ; après la cautérisation, appliquez de l'ellébore noir pilé finement ; et quand la chair s'est totalement mortifiée et s'est détachée, enduisez des compresses de lin avec du miel et de la fleur de cuivre, et appliquez. Quand la plaie se cicatrise, enduisez de miel les tiges de plomb et introduisez jusqu'à la guérison.*

**Maladie II, XXXIV, 1-2 (Jouanna, 1983, p168)**

### Extrait 3 :

*Autre polype. Dans le côté interne du cartilage, une boule de chair fait saillie ; au toucher, elle est molle. Quand le malade présente ces symptômes, prenez une corde de « nerf », faites avec elle une petit boucle, nouez avec un fil de lin fin passé tout autour, puis faites passer l'autre extrémité de la corde par la boucle de façon à former une plus grand boucle ; ensuite, introduisez cette même extrémité dans le chas de la tige d'étain, puis introduisez la boucle dans le nez à l'aide de la sonde entaillée, placez la boucle autour du polype et serrez ; quand la bouche est en place tout autour, faites passer la tige jusque dans la bouche, saisissez et tirez suivant la même méthode, le*

*pied de biche étant placé (sous la lchette) comme point d'appui ; quand vous avez extrait le polype, traitez comme le cas précédent.*

**Maladie II, XXXV, 1-2 (Jouanna, 1983, p169)**

**Extrait 4 :**

*Autre polype. Du côté interne, le long du cartilage, naît d'un point quelconque une excroissance dure. Elle a l'apparence de la chair, mais quand on la touche, elle produit le même bruit qu'une pierre. Quand le malade présente ces symptômes, fendez la narine avec un bistouri, nettoyez-la soigneusement, puis cautérisez ; cela fait, recousez la narine et soignez la plaie : enduisez d'onguent une compresse et appliquez-la ; quand les tissus se sont complètement mortifiés, mettez en onguent la fleur de cuivre mélangée au miel ; cicatrisez avec la tige de plomb.*

**Maladie II, XXXVI, 1-2 (Jouanna, 1983, p169)**

**Extrait 5 :**

*Autre polype. A l'extrémité du cartilage poussent obliquement des espèces de chancres. Tout cela doit être cautérisé ; après la cautérisation, saupoudrez par dessus de l'ellébore ; quand les tissus se sont mortifiées, nettoyez avec la fleur de cuivre mêlée au miel ; cicatrisez avec la tige de plomb.*

**Maladie II, XXXVII, 1-2 (Jouanna, 1983, p169)**

**Extrait 6 :**

*Si un polype s'engendre dans le nez, c'est une affaire de respirer, et la narine fait une saillie de côté. On l'extirpe en le tirant hors du nez dans la bouche avec un lien ; il en est encore que l'on consume à l'aide de médicaments. Le polype est le produit du phlegme. Telles sont les maladies qui proviennent de la tête excepté les maladies des yeux ; celles-là seront traitées à part.*

**Des affections, V (Littré, 1849, p215)**

## B. Analyse de texte

Les polypes nasaux semblent être fréquents et les symptômes invalidants tels que les ronflements ou l'obstruction nasale incitent le médecin hippocratique à pratiquer des polypectomies.

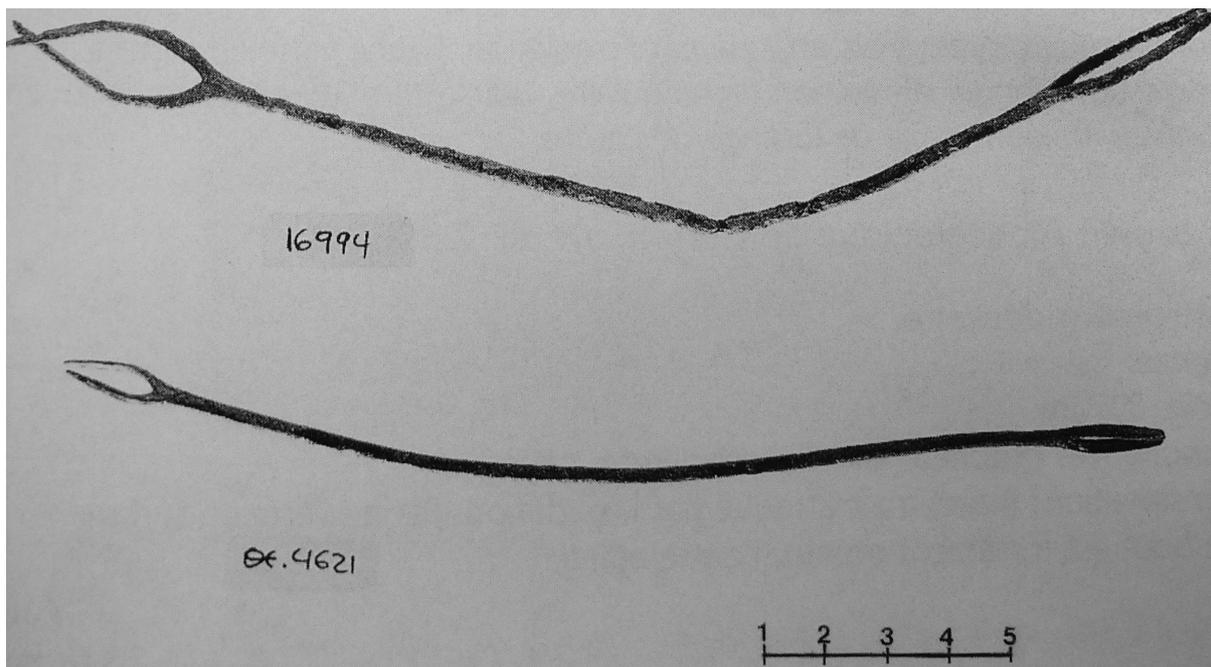
La cause de survenue de ces polypes n'est pas connue mais nous savons que plusieurs facteurs semblent y contribuer comme des lésions des muqueuses suite à des inflammations chroniques, des infections à champignons, des allergies, des rhinites allergiques, certaines affections héréditaires ou des tumeurs malignes.

Hippocrate décrit avec précision les modalités thérapeutiques par voie endonasale: résection à l'aide d'un lasso, cautérisation, arrachage à l'aide d'une pelote (Figures 26 et 27). La voie externe est réservée aux polypes d'apparences pierreuses dont on peut supposer que l'extraction par voie endonasale pourra être difficile. Ces polypes calcifiés peuvent se voir dans le cas de rhinolithiases ou lorsqu'une affection par *Aspergillus* (balle fongique) (72).

Pour favoriser la cicatrisation il préconise la réalisation d'un tamponnement à l'aide de compresses de lin enduites de fleur de cuivre et de miel. Les tiges de plomb étaient usuellement employées après des opérations du nez, du rectum ou du vagin pour prévenir les adhérences et pour l'application des onguents destinés à favoriser la cicatrisation (Figure 27).

Le miel a longtemps été utilisé dans l'Antiquité pour ses vertus désinfectantes et cicatrisantes et son utilisation connaît à nouveau un succès dans le domaine des recherches fondamentales (73,74) ainsi que dans les études cliniques (75).

En accord avec la médecine hippocratique, une étude en double aveugle publiée en 2015 dans *European Archives of Otorhinolaryngology* prouve que les adhérences ainsi que les épistaxis après chirurgie endonasale sont moins importantes dans le groupe traité par spray de miel et de thym que dans le groupe placebo (76).



**Figure 25 :**

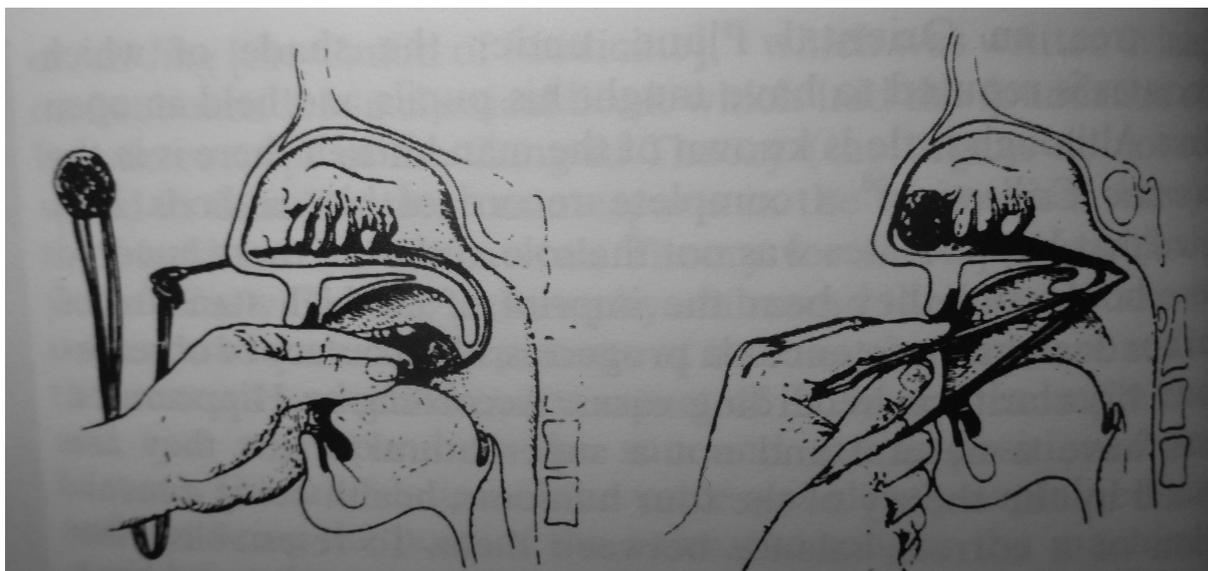
Instrument médical en bronze muni d'un chas.

III-II<sup>ème</sup> siècle avant J-C provenance Titani, agora, 1996

Conservation intacte, en bon état, avec une légère déformation.

Patine verte et brune, par endroits (42).

Exemple de verge d'étain avec un chas ayant pu être utilisé dans l'introduction de la pelote de fil de lin dans l'extrait 1.



**Figure 26 :**

Ablation des polypes nasaux : technique de la pelote selon Hippocrate d'après J.Wright (77).



<i>Size of original.</i>	<i>Museum.</i>	<i>Size of original.</i>	<i>Museum.</i>
1. 15 <sup>cm</sup>	After Védènes	4. 4 <sup>cm</sup>	Saint-Germain
2. 6 <sup>cm</sup>	Saint-Germain	5. 8 <sup>cm</sup>	Author's
3. 18 <sup>cm</sup> , 2	Author's	6. 10 <sup>cm</sup> , 2	"

**Figure 27 :**

La figure 5 est un exemple d'une tige de plomb mesurant 9,7cm et 1,5mm d'épaisseur qui devait être probablement utilisée pour la cavité nasale ou le nez. Elle permettait d'appliquer des solutions cicatrisantes comme le miel au niveau des polype (25).

Camp romain I<sup>er</sup> siècle avant J-C. Sandy, Angleterre.

## **VI. Varia**

# 1. Migraine avec aura ophtalmique

## A. Extrait

*Le cas de Phénix : de son œil droit, la plupart du temps, il lui semblait qu'une sorte d'éclair jaillissait ; et sans qu'il attende longtemps, une douleur s'installait à la tempe droite ; elle était terrible ; ensuite elle gagnait l'ensemble de la tête et du cou, à l'endroit où la tête par derrière est attachée à une vertèbre ; contraction et dureté dans la région des tendons ; et il s'efforçait d'écarter les dents, car il était contracté. Les vomissements, quand ils survenaient, détournaient les douleurs en question ou les adoucissaient ; la saignée était utile ; et la potion d'ellébore faisait remonter des matières variées, et surtout des matières porracées.*

*Epidémies V, XXXIII, 1-2 (Jouanna, 2003, p38)*

## B. Symptômes

- Douleur unilatérale intense oculo-temporale
- Phosphènes
- Céphalées secondaires aux phosphènes
- Contracture musculaire cervicale
- Contracture des muscles masticateurs, limitation de l'ouverture buccale
- Vomissements

## C. Hypothèse diagnostic principale

Le principal diagnostic évoqué est la migraine ophtalmique avec aura.

Elle est caractérisée et définie par l'IHS (International Headache Society 2<sup>nd</sup> Ed.) par :

- son siège : souvent temporal ou sus-orbitaire, unilatéral avec alternance du côté atteint selon les crises
- son mode d'apparition : rapidement progressif (maximal en quelques heures) ; elle peut réveiller le patient, notamment en fin de nuit ;
- son type : typiquement pulsatile, la céphalée tend à s'accroître en cas d'effort physique ou de concentration ;
- ses signes d'accompagnement :
  - nausées et vomissements fréquents, parfois accompagnés de signes vasomoteurs (modifications de couleur du visage) ;

- photophobie (intolérance à la lumière) et phonophobie (intolérance au bruit) ;
- recherche d'isolement pendant la crise, dans un endroit calme et peu éclairé ;
- sa durée : entre 4 et 72 heures, en moyenne 12 à 24 heures.
- son évolution : récupération complète à l'issue de la crise.

Dans cet extrait les arguments en faveur de ce diagnostic sont :

- le caractère unilatéral
- les symptômes oculaires à type de phosphène
- la céphalée avec un intervalle libre
- les vomissements

#### **D. Autres hypothèses diagnostics :**

La douleur unilatérale oculaire associée à une douleur temporale droite, décrit comme « terrible » nous laisse croire que ce patient pouvait également souffrir d'une algie vasculaire de la face notamment car elle est à prédominance masculine et à irradiation cervicale, mais l'absence de signes végétatifs comme l'œdème ou la sudation sont absents.(78)

Dans les deux cas la contracture des muscles masticateurs n'est pas habituelle et peut également nous faire évoquer un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur ou SADAM mais les signes oculaires sont habituellement absents.(79)

## 2. Epistaxis

### A. Extraits

#### Extrait 1 :

*Les villes qui ont une exposition contraire, c'est à dire qui étant à l'abri du vent du midi (...) Au-dessous de trente ans, est exposé, pendant l'été, à de fortes épistaxis.*

***Des airs, des eaux, des lieux, VI (Pecker/Littré, 1983, p143)***

#### Extrait 2 :

*(...)(Le bain) il est aussi diurétique, il dissipe la lourdeur de tête et humecte les narines (...)*

*Il ne faut pas non plus baigner les malades affaiblis, ni ceux qui ont des nausées, des vomissements, ou des renvois bilieux, ni ceux qui saignaient du nez à moins que le saignement soit inférieur à la normale et vous connaissez à ce sujet ce qui est normal. Si le saignement est inférieur à la normale, il faut baigner soit le corps entier, soit la tête seulement, selon ce qui est utile à d'autres points de vue.*

***Du régime des maladies aiguës, LXVII, 1-2 (Joly, 1972, pp.66-67)***

#### Extrait 3 :

*Dans les douleurs de tête et dans les plus violentes, un écoulement de pus, ou d'eau, ou de sang par les narines, ou par la bouche, ou par les oreilles, enlève la maladie*

***Aphorismes, X (Pecker/Littré, 1983, p142)***

#### Extrait 4 :

*Les épistaxis accompagnées de refroidissement, avec de petites sueurs, sont de nature maligne.*

***Prorrhétique I, CXXVI (Pecker/Littré, 1983, p343)***

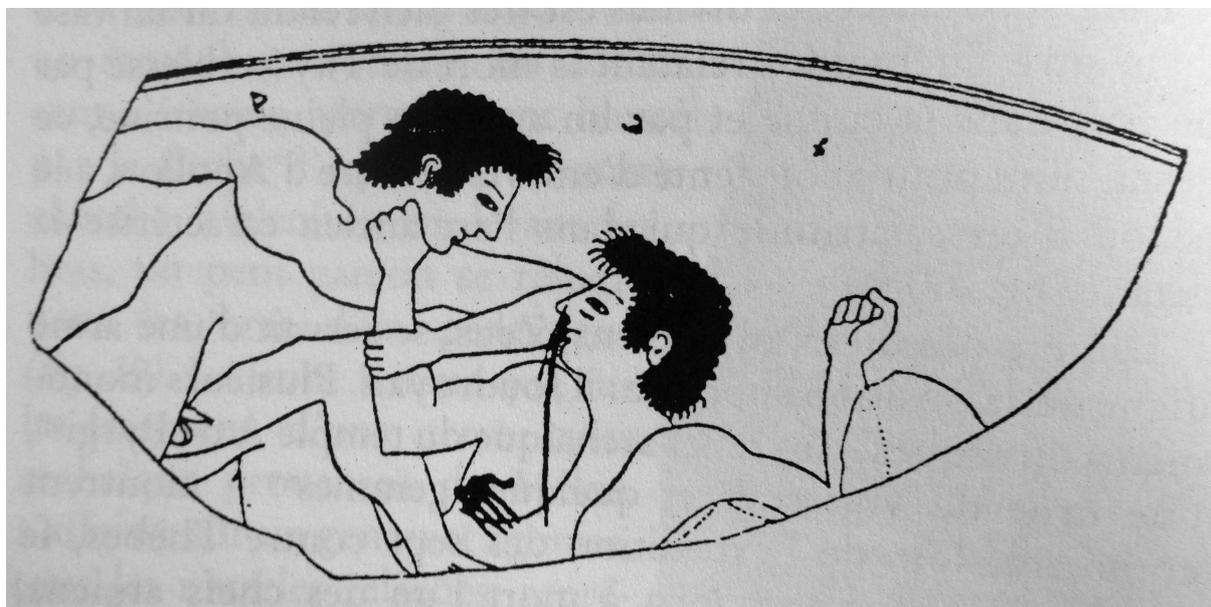
## B. Analyse de texte

Les médecins hippocratiques prêtent beaucoup d'attention à la survenue d'épistaxis, il s'agit d'une pathologie fréquente et souvent représentée dans les scènes de guerre ou de sport (Figure 28).

Sa survenue est un facteur de bon pronostic chez les patients ayant de la fièvre surtout si elle survient de façon précoce (*Prénotions coacques*, CL).

Alors que des études statistiques récentes s'intéressent à la corrélation entre les conditions climatiques et la survenue d'épistaxis (80,81), Hippocrate se place encore une fois comme un pionnier car il comprend que les conditions climatiques influencent sur la fréquence de ce symptôme : températures élevées, vent, humidité des bains....

Les textes hippocratiques ne nous fournissent pas d'informations précises sur le traitement des épistaxis sauf dans le cas d'épistaxis après exérèse de polype où un tamponnement est réalisé à l'aide de compresses de lin enduites de fleur de cuivre et de miel (*Maladie II (XXXIII)*).



**Figure 28 :**

Les représentations d'épistaxis dans l'Antiquité sont importantes surtout lors de combat à mains nues.

Poterie grec, Berlin, Staatliche Museen, Antikensammlung, V 227 d'après Van Hoorn, 1909 (82).

## **Conclusion**

---

L'otorhinolaryngologie est une discipline médico-chirurgicale qui s'est érigée en spécialité autonome il y a moins d'un siècle.

Il est captivant d'étudier son histoire car elle est jalonnée par les progrès techniques et les fléaux qui ont touché l'humanité depuis sa création.

L'étymologie même de son nom nous rappelle ses origines grecques : l'oto (*oûs ou ôtós* (« oreille »))-rhino (*rhís, rhinós* (« nez »)).-laryngologie (*lárynx*), et la lecture du *corpus hippocratique* en est le témoin.

Les observations admirablement détaillées, nous éclairent sur l'origine des maladies, leur évolution ainsi que les premières tentatives de traitements.

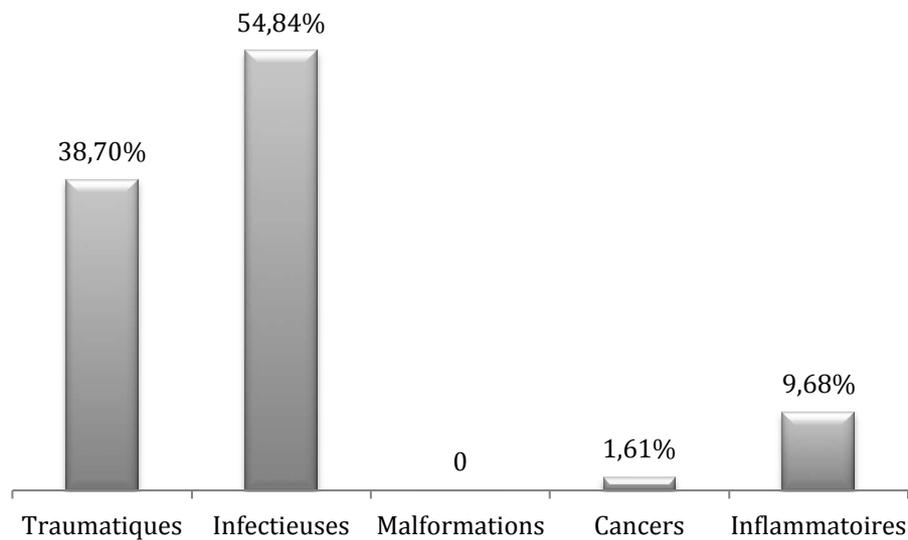
La redistribution nosologique que nous avons proposée permet de rendre compte de l'état des maladies de la tête et du cou : elles étaient principalement d'origine infectieuse et traumatique témoignant de la réalité de l'époque (90% des maladies (Figure 29)). La concentration des villages, la cohabitation des hommes avec les animaux, la vie communautaire avec des problèmes d'approvisionnement en eau potable et d'évacuation des excréments et des déchets ont favorisé la propagation des infections (24). Les traumatismes faciaux s'expliquent par la pratique d'activité et des jeux sportifs, de guerres et des combats caractéristiques de la civilisation grecque antique.

Alors que l'incidence des cancers augmentent dans nos populations il ne représente que 1,6% des pathologies de la tête et du cou dans le *corpus*. Cela s'explique peut-être par une espérance de vie moins importante ainsi qu'une moins forte exposition aux toxiques ou tout simplement par un défaut de diagnostic.

Le fort taux de mortalité périnatal ainsi que la pratique d'élimination des individus monstrueux peuvent expliquer l'absence de notification de pathologies malformatives dans le *corpus*.

Ces interprétations sont à prendre avec prudence car l'exploitation des textes est difficile, l'historien des maladies, ne peut uniquement se fonder sur le *corpus*, il doit en même temps avoir une connaissance de l'histoire culturelle et sociale de l'époque tout en s'appuyant sur les représentations artistiques et les découvertes ostéo-archéologiques.

A une époque où, les sociétés savantes s'interrogent sur l'impact de l'environnement et de la diététique sur l'incidence de certaines maladies (UCNT du cavum, lymphomes, allergies...), il ne faut pas oublier qu'Hippocrate et ses suiveurs ont toujours insisté sur leur importance. Au même titre que Nélaton et Laennec, les médecins du XXI<sup>ème</sup> siècle devront peut-être redevenir hippocratique pour résoudre ces énigmes.



**Figure 29 :**

Répartition nosologique des maladies dans le *corpus hippocratique* représenté en pourcentage et pondéré au nombre d'extraits.

## **Le Serment**

---

*« Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat ; de considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes parents ; de mettre à disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens ; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat ; de transmettre les préceptes, les leçons orales et le reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre. J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me le demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non les malades atteints de lithiase, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrompateur en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes. Eh bien donc, si j'exécute ce serment et ne l'enfreins pas, qu'il me soit donné de jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes pour l'éternité. En revanche, si je viole et je me parjure, que ce soit le contraire. »*

**Serment, IV (Littré, 1851, pp.628-633)**

## **Bibliographie**

---

1. Jouanna J. *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. 648 p.
2. Littré E. *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Bailliere; 1841. 618p.
3. Jouanna J. Hippocrate le Thessalien. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 43–65.
4. *Hippocrates Greek physician*. Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://global.britannica.com/biography/Hippocrates>.
5. Ameisen J-C, Berche P, Brohard Y, Kahn AP. *Une histoire de la médecine ou Le souffle d'Hippocrate*. Paris, France: Université Paris Descartes : La Martinière; 2010. p. 25.
6. *Asclepius Greco-Roman god* . Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://global.britannica.com/topic/Asclepius>.
7. Jouanna J. Cartes. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 514–9.
8. Jones WH. *Hippocrates Collected Works*. Cambridge Harvard University Press; 1868.
9. Jouanna J. Annexes. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 525–75.
10. Jouanna J. Des écrits en quête d'auteur. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 85–105.
11. Emile Littré. *Hippocrate, Œuvres complète*. 1979, p101.
12. Jouanna J. Le rationalisme et le divin. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 298.
13. Jouanna J. Hippocrate et la naissance des sciences de l'homme. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 298–315.
14. Copin Cordier N. *Les affections pulmonaires dans l'œuvre d'Hippocrate*. Thèse de doctorat. France, 1984.
15. Von dem sal solis . Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=04059>.
16. Charlier P. *Médecin des morts: récits de paléopathologie*. Paris, France: Pluriel; 2014. p. 183.
17. Jouanna J. Observation et reconstruction. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 449.
18. Jouanna J. L'explication de la pensée et des sens. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 397.
19. Jouanna J. *Hippocrate, Pronostic*. 1st ed. Les Belles Lettres; 2013. 1000 p.
20. Jouanna J. L'auscultation immédiate. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p. 421–2.
21. Khan MA, Khan N. *Can vinegar be used in treating Pseudomonas ear infections in a patient with a perforated eardrum?* Ear Nose Throat J. 2015;94:52–54.
22. Gupta C, Agrawal A, Gargav ND. *Role of Acetic Acid Irrigation in Medical Management of Chronic Suppurative Otitis Media: A Comparative Study*. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;67:314–8.
23. Emile Littré. *Hippocrate, Œuvres complète*, p 979.
24. Grmek MD. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale: recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec historique, archaïque et classique*. Paris, France: Payot; 1994. 532 p.
25. Milne JS. *Surgical Instruments in Greek and Roman Times*. Emereo Classics; 2013. 130 p.
26. *Illustrations des bandages selon Hippocrate*. Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=med00013x14x0005>.
27. Minozzi S, Fornaciari G, Musco S, Catalano P. *A Gold Dental Prosthesis of Roman Imperial Age*. Am J Med. 2007;120:1–2.

28. Denhez F, Giraud O. *Traitement des fractures de la mandibule*. 2008;28:505-510.
29. Mylonas AI, Tzerbos FH. *Cranio-maxillofacial surgery in Corpus Hippocraticum*. J Craniomaxillofac Surg. 2006;34:129–34.
30. *Illustration du bandage de la mandibule* [Internet]. [cited 2015 Sep 14]. Available from: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=med00013x14x0003>
31. Nélaton A. *Eléments de pathologie chirurgicale*. Jamain A, editor. Paris, France: Germer-Baillière; 1844.
32. Jouanna J. La scène du bandage. In: *Hippocrate*. Paris, France: Fayard; 1992. p138.
33. *Bandage du nez*. Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=06213>.
34. Grmek MD, Gourevitch D. *Les maladies dans l'art antique*. Paris, France: Fayard; 1998. p79.
35. *Cautérisation*. Consulté le 14 septembre 2015. Tiré de <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=CISA0878>.
36. Grmek MD, Gourevitch D. *Les maladies dans l'art antique*. Paris, France: Fayard; 1998. p. 270.
37. Couloigner V, Abbeele TVD. *Rhinopharyngites de l'enfant*. EMC Oto-rhinolaryngologie; 20.
38. Heikkinen T, Järvinen A. *The common cold*. Lancet. 2003;361:51–9.
39. Lescanne E, Lanotte P, Pondaven S, Autret-Leca E. *Otitis moyennes aiguës*. EMC Oto-rhinolaryngologie; 20;085:10.
40. Société française d'oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale. Congrès. *La trompe auditive: (la trompe d'Eustache)*. Martin C, Magnan J, Bebear J-P, editors. Paris, France: Arnette-Blackwell; 1996. 359 p.
41. François M. *Complications des otites moyennes aiguës et chroniques*. EMC Oto-rhinolaryngologie.
42. Verbanck-Piérard AÉ scientifique, Musée royal de Mariemont, editors. *Au temps d'Hippocrate: médecine et société en Grèce antique*. Mariemont, Belgique: Musée royal de Mariemont; 1998. 286p.
43. Jouanna J. *Hippocrate, t IV, 3e partie : Épidémies V et VII*. Les Belles Lettres. p.210.
44. Aupy B, Jahidi A, Benariba F, Akre A, Ettien D, Saint-Blancard P, et al. *Tuberculose de l'oreille moyenne*. EMC Oto-rhinolaryngologie; 2009.
45. Moncourt H-J-P. *L'otite moyenne tuberculeuse*. Thèse, Paris, France. Jouve; 1896.
46. Mondain M, Uziel A. *Paralysies faciales*. EMC Oto-rhinolaryngologie.
47. Charlier P. *Un nouveau cas de paralysie faciale sur une terre cuite smyrniote hellénistique*. Hist Sci Med. 2007;41:49–60.
48. Ansart S, Garré M. *Fièvre typhoïde*. EMC maladies infectieuses ; 2008 May 3;8:19.
49. Jemni L, Mehdi A, Zorgui A, Ernez M, Chekir T. *Deafness in typhoid fever*. Presse Médicale. 1990;19:1464.
50. Premaratna R, Chandrasena TG a. N, Dassayake AS, Loftis AD, Dasch GA, de Silva HJ. *Acute hearing loss due to scrub typhus: a forgotten complication of a reemerging disease*. Clin Infect Dis. 2006;42:6–8.
51. Zhao SZ, Mackenzie IJ. *Deafness: malaria as a forgotten cause*. Ann Trop Paediatr. 2011;31:1–10.
52. Maes J-M, Raoul G, Omezzine M, Ferri J. *Ostéites des os de la face*. EMC médecine buccale; 2008;28:405.
53. Thiéry G, Haen P, Guyot L. *Noma*. EMC médecine buccale; 2015;28:15.
54. Badre B, Essaadi M, El Arabi S. *L'actinomyose cervico-faciale: à propos d'un cas*. Pan Afr Med J; 2013;14:147.

55. Popoff MR, Poulain B. *Tétanos : physiopathologie, épidémiologie, formes cliniques, traitements et vaccination*. EMC maladies infectieuses; 2008.
56. Mardelle V, Peytel E, Pétrognani R. *Tétanos*. EMC maladies infectieuses. 2009;6:1–8.
57. Davido N, Toledo-Arenas R. *Foyers infectieux dentaires et complications*. EMC - Traité Médecine AKOS. 2010;5:1–6.
58. Jouanna J. In: *Hippocrate, t IV, 3e partie : Épidémies V et VII*. Les Belles Lettres; p.209.
59. Kurokawa M, Nibu K, Ichimura K, Nishino H. Laryngeal tuberculosis: *A report of 17 cases*. Auris Nasus Larynx. 2015;42:305–10.
60. Pouchot J, Moya-Plana A, Bonfils P, Arlet J-B. *Manifestations ORL et maladies systémiques*. Revue du Rhumatisme monographies. 2013;80:15–9.
61. Cruveilhier J, Chazal A. *Anatomie pathologique du corps humain: ou descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible*. Paris, France: J.B. Baillière; 1829. 548 p.
62. Whitcup SM. 9 - *Bacterial and Fungal Diseases*. In: Whitcup RBNM, editor. Uveitis (Fourth Edition). Edinburgh: Mosby; 2010 p. 132–41.
63. Bouletreau P, Froget N, Gleizal A, Breton P. *Affections du plancher de la bouche*. EMC médecine buccale. 2008;20.
64. CMIT. *Pilly-item 97 : Les oreillons*. 2015
65. Ghosh SK, Reddy TA. *Arthralgia and myalgia in mumps*. Rheumatol Rehabil. 1973;12:97–9.
66. Charlier P, Prêtre C. *Une épidémie d'oreillons dans l'Antiquité romaine* (Lydie, II<sup>ème</sup> s. ap. J.-C. Feuille Biol. 2014;LV(318):63–4.
67. Elmaleh-Bergès M, Garel C, Cussenot I. *Exploration d'une masse cervicale de l'enfant*. Journal de radiologie 2013;85(9).
68. Romero M, Saez JM. *Scope of Western surgical techniques to correct cleft lip and palate prior to the 18th century*. Cleft Palate Craniofac J. 2014;51:497–500.
69. Charlier P. *Les monstres humains dans l'Antiquité: analyse paléopathologique*. Paris, France: Fayard; 2008. 403; 12 p.
70. Mukherjee S. *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*. New York: Scribner; 2011. 608 p.
71. Grmek MD, Gourevitch D. *Les maladies dans l'art antique*. Paris, France: Fayard; 1998. p. 243.
72. Ozcan I, Ozcan KM, Ensari S, Dere H. *Rhinolithiasis with a nasal polyp: a case report*. Ear Nose Throat J. 2008;87:150–1.
73. Kamaruzaman NA, Sulaiman SA, Kaur G, Yahaya B. *Inhalation of honey reduces airway inflammation and histopathological changes in a rabbit model of ovalbumin-induced chronic asthma*. BMC Complement Altern Med. 2014;14:176.
74. Paramasivan S, Drilling AJ, Jardeleza C, Jervis-Bardy J, Vreugde S, Wormald PJ. *Methylglyoxal-augmented manuka honey as a topical anti-Staphylococcus aureus biofilm agent: safety and efficacy in an in vivo model*. Int Forum Allergy Rhinol. 2014;4:187–95.
75. Henatsch D, Wesseling F, Kross KW, Stokroos RJ. *Honey and Beehive Products in Otorhinolaryngology: a narrative review*. Clin Otolaryngol ; 2015.
76. Hashemian F, Baghbanian N, Majd Z, Rouini M-R, Jahanshahi J, Hashemian F. *The effect of thyme honey nasal spray on chronic rhinosinusitis: a double-blind randomized controlled clinical trial*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272:1429–35.
77. Weir N. *Otolaryngology: an illustrated history*. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique; 1990. 290 p.

78. Schürks M, Kurth T, De Jesus J, Jonjic M, Rosskopf D, Diener H-C. *Cluster Headache: Clinical Presentation, Lifestyle Features, and Medical Treatment*. *Headache*. 2006;46:1246–54.
79. Dworkin SF, LeResche L. *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique*. *J Craniomandib Disord*. 1992;6:301–55.
80. Reddy VM, Judd O, Khalil H. *Investigation of the influence of ambient temperature, atmospheric pressure and water vapour pressure on epistaxis admission rate*. *Rhinology*. 2010;48:348–51.
81. Kemal O, Sen E. *Does the weather really affect epistaxis?* *B-ENT*. 2014;10:199–202.
82. Grmek MD, Gourevitch D. *Les maladies dans l'art antique*. Paris, France: Fayard; 1998. p. 78.