

perte de la sous-cloison est beaucoup moindre que celle qui résulte de la destruction de l'aile du nez : aussi l'autoplastie n'est-elle pas aussi indiquée que dans le cas précédent : cependant on est autorisé à la pratiquer, si le malade la réclame. On prendra comme lambeau la partie médiane de la lèvre supérieure.

Oblitération d'un orifice siégeant sur le dos du nez. — Qu'il existe à la surface du nez un orifice communiquant avec les fosses



Fig. 19. — Perte de substance du dos du nez. Les lignes pointillées indiquent les incisions qu'il convient de faire pour obtenir un lambeau.

nasales, ou bien simplement une perte de substance résultant de l'ablation d'une tumeur épithéliale, le procédé opératoire qu'il convient d'employer est sensiblement le même dans les deux

cas. Voici celui que j'ai suivi plusieurs fois et que je conseille :

Reportez-vous à la figure 19. J'ai reproduit en pointillé le tracé du lambeau qu'il convient de tailler. Celui-ci est détaché par sa face profonde, mobilisé, attiré vers la ligne médiane et suturé au bord opposé et préalablement avivé de la perforation.

Il se peut qu'un orifice très étroit siége au niveau du lobule du nez et ne nécessite pas l'emploi d'une véritable autoplastie. Tout récemment j'ai été assez heureux pour guérir un jeune confrère affecté de cette disposition qui le rendait le plus malheureux des hommes. Je touchai le trajet avec une pointe de thermo-cautère, et quarante-huit heures après, ayant préalablement gratté les surfaces avec un bistouri très étroit, je passai un fil d'or, et la réunion fut parfaite.

Il est à peine besoin de faire remarquer que les opérations précédentes exigent pour réussir les soins les plus minutieux, ainsi d'ailleurs que toutes les autoplasties, mais il faut réaliser dans le cas particulier deux conditions spéciales : le malade ne doit ni se moucher ni éternuer pendant les premières quarante-huit heures pour le moins : aussi convient-il d'entretenir dans la chambre une température absolument uniforme et d'éviter la plus légère cause de refroidissement.

B. Maladies des fosses nasales. — Les fosses nasales sont le siège fréquent d'hémorragies appelées *épistaxis*. Elles sont souvent atteintes d'une inflammation chronique avec ou sans ozène, et contiennent un certain nombre de tumeurs, en particulier le myxome. Ce sont là autant d'affections dont je m'occuperai surtout dans ce chapitre, parce que le praticien les rencontre à chaque pas.

Je commencerai toutefois par dire quelques mots des traumatismes et des corps étrangers qu'on observe dans cette région.

Si les traumatismes du nez (contusions, plaies, fractures) sont fréquents, on rencontre au contraire moins souvent ces mêmes lésions dans les fosses nasales, vu la profondeur où elles sont situées. Les fractures cependant ne sont pas rares, mais elles atteignent les os qui contribuent à leur constitution et ne sauraient être appelées fractures des fosses nasales : nous disons en effet fracture de l'ethmoïde, fracture du sphénoïde, lorsque c'est la voûte qui est atteinte, et nous les rangeons à juste titre parmi les fractures de la base du crâne ; de même une fracture de la paroi inférieure est dite fracture de la voûte palatine ; de même aussi

la fracture du maxillaire supérieur et celle des apophyses ptérygoïdes.

On ne peut réellement désigner sous le nom de fractures des fosses nasales que celles du cornet inférieur et de la cloison, parce qu'alors le traumatisme est limité à des organes faisant partie exclusive de la région et que les symptômes tirent leurs caractères de la région elle-même. Les fractures du vomer et du cornet inférieur isolées, sans fracture des os du crâne et de la face, sont évidemment très rares et ne sauraient guère être produites que par une cause directe, l'introduction d'un corps étranger, tel qu'un bout de bois, de fer, etc.

Les signes généraux qu'elles fournissent sont un écoulement de sang plus ou moins abondant et une douleur vive. Quant aux signes spéciaux, on observera une déviation de la cloison, s'il s'agit du vomer, déviation parfois telle que l'une des fosses nasales peut être complètement obstruée. Lorsque le cornet inférieur est fracturé, il en peut résulter une compression, une oblitération même de l'orifice inférieur du canal nasal avec toutes les conséquences : épiphora, catarrhe du sac lacrymal, etc.

Si le diagnostic de ces lésions était établi avec précision, d'après ces seules données, et ce n'est évidemment pas facile, il conviendrait de relever le cornet inférieur, de redresser la cloison avec une sonde cannelée ou bien une sonde de femme.

Les plaies des fosses nasales empruntent comme les fractures leur principal intérêt au voisinage de la cavité crânienne. Un instrument piquant pénètre d'autant plus facilement dans le crâne qu'il y est conduit directement par le plan incliné du nez, et que la lame criblée de l'ethmoïde n'offre qu'une très minime résistance. Il est bon de songer à la possibilité de ces plaies en médecine légale : on conçoit en effet qu'un instrument piquant, un morceau de fer pointu, ainsi que j'en ai observé un exemple à Beaujon, pénètre dans le crâne, et provoque la mort sans que le cadavre porte aucune trace de blessure extérieure. On peut donc exclure l'idée d'un meurtre, ce qui eut lieu d'ailleurs dans le cas auquel je fais allusion. De même une balle de revolver de petit calibre pénétrerait directement dans le cerveau à travers la lame criblée sans laisser de traces extérieures appréciables.

On peut rapprocher des plaies de la voûte des fosses nasales l'arrachement d'une portion de cette voûte dans l'extirpation des

polypes. J'ai rapporté avec quelques détails dans mon *Traité d'anatomie topographique* un cas de ce genre : pendant plusieurs années, le malade fut atteint d'un écoulement très abondant de liquide céphalo-rachidien par le nez.

Je rappelle que la muqueuse pituitaire qui tapisse de chaque côté la cloison nasale est épaisse, résistante et de plus médiocrement adhérente par sa face profonde. Il en résulte qu'à la suite d'un traumatisme elle peut se décoller d'un seul côté ou des deux côtés à la fois, et qu'il se produit alors un épanchement sanguin constituant une *hématocele de la cloison*. Lorsque la tumeur est double, on ne peut la confondre avec aucune autre affection ; lorsqu'elle est unilatérale, ce qui est le cas le plus commun, il serait aisé de la prendre d'abord pour une déviation de la cloison, mais il suffira, pour établir le diagnostic, d'inspecter l'autre narine : au niveau de la saillie dans la narine droite, je suppose, on trouvera une dépression correspondante dans la narine gauche, s'il s'agit d'une déviation.

Je ne crois pas utile d'ouvrir ces hématoceles, à moins d'indications spéciales, telles que gêne de la respiration, douleur.

Le foyer sanguin est susceptible de se transformer en foyer purulent, et l'abcès de la cloison se reconnaît aux mêmes signes physiques que l'hématocele. On en fera l'ouverture au bistouri.

Épistaxis. — L'épistaxis est le saignement de nez. Rien de plus commun que cet accident et rien de plus simple aussi dans la très grande majorité des cas, puisque le sang s'arrête de lui-même : mais parfois le sang ne s'arrête pas et le praticien doit intervenir ; l'hémostase présente même de temps en temps de réelles difficultés et le tamponnement devient nécessaire.

L'épistaxis traumatique se prolonge rarement, à moins de survenir sur un sujet hémophile. Ce sont en général les épistaxis spontanées qui se transforment en véritables hémorrhagies. Voici la conduite que l'on tient généralement. On commence par l'emploi des moyens de traitement les plus simples : application sur le nez, le front, la nuque, de compresses froides ou glacées ; élévation du bras du côté correspondant à l'hémorrhagie, administration à l'intérieur du sulfate de quinine, de quelques gouttes de perchlorure de fer. On songe ensuite à toucher la muqueuse pituitaire avec le perchlorure de fer, qu'il faut avoir soin de ne pas employer pur, mais mélangé avec deux tiers d'eau. On porte direc-

tement le mélange soit avec un pinceau, ou à l'aide d'une injection. Enfin, si l'hémorrhagie continue, on bouche la narine avec un tampon de charpie, ce qui constitue le tamponnement antérieur; cette dernière manœuvre peut d'ailleurs être avantageusement remplacée en oblitérant avec les doigts le nez du malade. Le sang ne sort plus, il est vrai, par devant, mais il peut s'accumuler en arrière, tomber dans la gorge ou s'écouler par l'autre narine; le tamponnement antérieur ne sert alors qu'à donner patience au malade; après un temps variable, suivant le degré de l'écoulement, il faut enfin recourir au tamponnement véritable, c'est-à-dire à l'occlusion de l'orifice postérieur des fosses nasales, seul traitement efficace des épistaxis rebelles. Souvent on recule le plus possible cette petite opération, désagréable à pratiquer et à subir, mais, comme il faudra en définitive y arriver, mieux vaut ne pas attendre que le malade ait perdu une grande quantité de sang.

Pour qu'il atteigne son but et produise le minimum d'accidents possible, le tamponnement doit être pratiqué suivant certaines règles qui n'ont pas été suffisamment établies jusqu'ici.

D'abord le tampon ne doit pas seulement être maintenu appliqué contre l'orifice postérieur de la fosse nasale, à la manière d'un bouchon, il doit pénétrer à frottement dans la cavité comme un bouchon. S'il n'est qu'appliqué sur l'orifice, il pourra sans doute remplir son but, mais à condition d'être fortement serré, sinon le sang sortira sur les côtés. Or qu'arrive-t-il lorsque le tampon est seulement appliqué? D'abord il fait dans le pharynx une forte saillie qui gêne singulièrement le malade, lui cause parfois un véritable supplice devant durer plusieurs jours, et s'oppose aux mouvements de déglutition, mais il est encore la source fréquente d'un accident plus grave. Veuillez vous reporter à la figure 92 de mon *Traité d'anat. topogr.* (4^e éd.), où vous verrez les rapports qu'affecte le pavillon de la trompe d'Eustache avec l'orifice postérieur des fosses nasales: vous constaterez qu'un tampon appliqué sur cet orifice comprime nécessairement la trompe. Le séjour prolongé du tampon y développe une inflammation qui se propage à la caisse, et c'est ainsi que vous comprendrez pourquoi l'otite moyenne aiguë avec toutes ses conséquences a été signalée par les auteurs comme une suite assez fréquente du tamponnement des fosses nasales.

Comment éviter cet inconvénient? c'est en donnant au tampon

une forme convenable, en rapport avec l'orifice par lequel il doit pénétrer. Or cet orifice n'est pas circulaire, mais rectangulaire; il mesure chez l'adulte une hauteur moyenne de 2 à 2 1/2 centimètres, et une largeur moitié moindre. Ne faites donc pas une boulette de charpie arrondie de volume quelconque, ayant quelquefois celui d'une noix: construisez un tampon en quelque sorte sur mesure, tel que je le figure ici en vous représentant la forme de l'orifice dans lequel il doit pénétrer; donnez-lui une dimension de 3 centimètres en hauteur et 15 millimètres en largeur, afin que, les bords se repliant légèrement, il entre à frottement et bouche hermétiquement la cavité en venant s'appliquer sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur qui lui sert de point d'arrêt. De cette façon, vous assurerez l'hémostase, vous n'irriterez pas la trompe

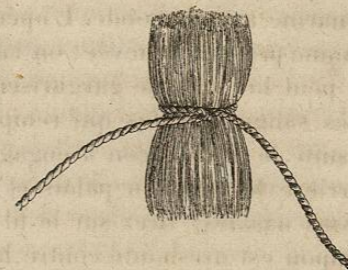


Fig. 20. — Forme et dimensions du tampon pour le tamponnement des fosses nasales d'adulte.

d'Eustache; le tampon, beaucoup moins gênant, sera mieux supporté, et le voile du palais pourra se mouvoir librement pendant la déglutition.

Préparez le tampon avec de la charpie ou encore avec de la mèche de coton; il doit être sec; serrez-le en son milieu avec un fil très solide, de telle sorte que deux longs bouts de fil dépassent de chaque côté. Si le tampon était destiné à être seulement appliqué contre l'orifice, le fil devrait être double, ainsi qu'on le conseille généralement, afin de pouvoir le maintenir à l'aide d'un nœud fait sur le tampon antérieur, mais, comme le tampon doit pénétrer à frottement, il se maintient de lui-même, et il est préférable de se servir d'un fil simple.

Le temps difficile et pénible de l'opération consiste dans le passage du fil des fosses nasales dans la bouche. Toutes les trusses contiennent dans ce but une sonde spéciale, la sonde de Belloc, dont il faut d'avance vérifier le fonctionnement. Cet instrument très ingénieux peut être remplacé par une sonde en gomme que l'on pousse doucement d'avant en arrière et dont on saisit avec une pince l'extrémité libre derrière le voile du palais, afin de l'attirer à l'extérieur pour y attacher le fil: mais si, ce qui est habituel, l'isthme du gosier est rempli de sang et de mucosités, si le

malade est intolérant et fait des efforts incessants de vomissement, on peut éprouver une certaine peine même à voir la sonde; masquée par le sang, ou cachée derrière un des piliers, elle est difficile à saisir, de sorte qu'à mon avis la sonde de Belloc est l'instrument de choix.

L'extrémité de la sonde de Belloc, qui fait spontanément saillie dans la bouche en contournant le voile du palais, est attirée à l'extérieur, et on y fixe un des bouts du fil; ce bout est attiré par la narine avec la sonde. L'opération peut dès lors être considérée comme presque achevée; on laisse un instant reposer le malade et on peut lui faire se gargariser la bouche pour enlever les mucosités sanguinolentes qui remplissent l'isthme du gosier. Attirez ensuite le fil de façon à engager le tampon dans la bouche, puis derrière le voile du palais et enfin dans l'orifice postérieur des fosses nasales; tirez sur le fil jusqu'à ce que vous sentiez que le tampon est arc-bouté contre le cornet inférieur.

Un bout du fil est fixé hors de la bouche pour plusieurs raisons: d'abord ce fil permet de retirer le tampon quand on voudra, et empêche qu'il soit dégluti; ensuite il sert à appliquer un second tampon, si pour une raison quelconque le premier ne suffisait pas, il joue le rôle de fil d'attente: aussi, bien que sa présence sur le voile du palais gêne un peu les malades, faut-il absolument maintenir ce fil pendant la durée du traitement.

Pour pratiquer le tamponnement antérieur, faites une queue de cerf-volant avec trois ou quatre bourdonnets assez petits pour être facilement introduits l'un après l'autre sans faire souffrir le malade, et laissez sortir par la narine le fil qui les relie entre eux. Les trois bouts de fil qui sortent, un par la bouche et deux par la narine, sont ramenés derrière l'oreille correspondante.

Voici comment je conseille d'agir les jours suivants: après quarante-huit heures, retirez le tampon antérieur, nettoyez la narine, lavez au besoin la fosse nasale avec de l'eau phéniquée, et laissez en place le tampon postérieur. Le lendemain, s'il ne s'est pas écoulé de sang, enlevez le tampon postérieur, mais laissez un bout de fil qui doit être assez long pour sortir par la bouche et permettre en cas de besoin la facile application d'un autre tampon. Le lendemain, si rien ne vous fait craindre une hémorrhagie, enlevez le fil.

Corps étrangers. — Nous avons assez rarement l'occasion dans

la pratique d'observer des *corps étrangers dans les fosses nasales*; ce n'est pas que les enfants en particulier ne s'en introduisent plus souvent encore dans cette cavité que dans l'oreille, mais ils sont en général expulsés spontanément dans l'action de se moucher. Je ne saurais comprendre parmi les corps étrangers les amas de mucus nasal concret que l'on a désignés du nom de *rhinolithes*: ils me paraissent devoir être rattachés à la forme de coryza caséux dont je parlerai plus loin.

Fait important à établir surtout au point de vue du diagnostic: les corps étrangers des fosses nasales peuvent être et sont même probablement le plus souvent introduits d'arrière en avant pendant les repas lorsqu'on avale de travers ou pendant un vomissement. Un noyau de cerise, par exemple, peut très facilement s'y engager de cette façon et y séjourner sans que le malade en soupçonne la présence. Des corps étrangers de toute espèce peuvent être introduits d'avant en arrière, soit directement par le malade, soit à la suite d'un accident ou d'un coup de feu. Notons en particulier l'introduction de corps susceptibles de se tuméfier et même de germer, comme un haricot, par exemple. Enfin on observe assez fréquemment dans les pays chauds, d'après MM. les D^{rs} Coquerel et d'Ornelas, la présence dans les fosses nasales d'une mouche, la *lucilia hominivore*: les larves de cette mouche peuvent même pénétrer jusque dans les sinus frontaux et donner lieu à des accidents terribles. C'est sur les sujets endormis en plein air que cet insecte dépose ses œufs à l'entrée des narines, surtout s'il y a du mucus: aussi, bien que l'accident soit fort rare dans notre pays, est-il bon de surveiller à cet égard les enfants et de les protéger pendant leur sommeil principalement contre la grosse mouche bleue, dite mouche à viande.

Le diagnostic des corps étrangers est parfois tellement facile qu'il s'impose, mais il peut présenter de très sérieuses difficultés et dans certains cas devenir impossible. J'avais dans mon service à l'hôpital Beaujon une pauvre vieille femme atteinte depuis plusieurs années d'un coryza chronique. Il s'écoulait fréquemment par la narine du pus fétide, et le stylet me conduisait à une certaine profondeur sur une surface dure, sèche et rugueuse. Je diagnostiquai une nécrose du vomer. En raison de l'âge et de la constitution de la malade, je pensai que l'affection était de nature syphilitique, pure calomnie de ma part, car à l'aide d'une pince je retirai un noyau de cerise, cause de tous les accidents.

Certains corps étrangers peuvent provoquer des épistaxis abondantes. Une jeune femme avait reçu un grain de plomb de chasse qui avait pénétré dans la narine droite par l'angle interne de l'œil. Où était exactement le grain de plomb ? on ne pouvait le savoir, mais il survint une épistaxis d'une abondance extrême que mon ami le Dr Voelker ne put parvenir à arrêter par les moyens ordinaires et qui nécessita un tamponnement que je dus même renouveler une deuxième fois.

C'est ordinairement à une suppuration chronique plus ou moins fétide que donne lieu le séjour prolongé des corps étrangers des fosses nasales, et il faut toujours songer à leur existence possible quand on examine pour la première fois un sujet atteint d'ozène. A l'aide du *speculum nasi* éclairé par la lumière réfléchie et surtout avec le stylet on essayera de reconnaître la cause réelle de la suppuration. Quelques malades se plaignent en outre d'éprouver dans les narines des douleurs intenses qui irradient du côté des sinus et revêtent une forme névralgique.

Dès que le corps étranger aura été reconnu par la vue ou le toucher, il faudra en pratiquer le plus tôt possible l'extraction avec pinces, crochets, curettes, tenettes, etc. Si son existence était certaine et qu'en raison de son volume on ne pût l'extraire par les voies naturelles, il serait indiqué de détacher le nez, comme je l'indiquerai plus loin à propos de l'ozène.

Coryza chronique. — Le coryza chronique, c'est-à-dire l'inflammation chronique de la membrane pituitaire, comprend un certain nombre d'états pathologiques fort dissemblables : c'est ainsi qu'il peut n'être que la suite d'un coryza aigu. Il peut être lié à un état catarrhal de l'arrière-gorge, et je m'en occuperai ultérieurement sous le nom de catarrhe naso-pharyngien en étudiant les affections de l'arrière-cavité des fosses nasales. Ces formes sont caractérisées par un enchifrènement habituel et une perversion de la sécrétion des glandes de la pituitaire, qui est tantôt exagérée et tantôt au contraire diminuée ; dans ce dernier cas, c'est le coryza sec. Les malades éprouvent quelques douleurs frontales, ont le plus souvent perdu le sens de l'odorat, mais ils n'exhalent aucune mauvaise odeur.

On rencontre d'autres formes de coryza chronique dans lesquelles le signe principal, celui sur lequel les malades et les parents appellent essentiellement l'attention du chirurgien, est une

odeur plus ou moins prononcée, parfois infecte et repoussante, et auxquelles on donne le nom d'*ozène*. L'expression ozène, qui signifie *sentir mauvais*, n'est en réalité qu'un symptôme, mais ce symptôme est si caractéristique qu'il mérite de donner son nom à la maladie au même titre que la rougeole, par exemple.

J'estime donc que toute affection chronique des fosses nasales produisant une mauvaise odeur doit être considérée comme un ozène.

Il en existe plusieurs espèces qu'il s'agit de déterminer.

Tantôt les fosses nasales sont atteintes d'ulcérations analogues à celles qui constituent le lupus du nez, et comme elles de nature tuberculeuse ; tantôt ces ulcérations sont d'origine syphilitique ; d'autres fois les fosses nasales sont remplies par un produit nauséabond, ressemblant à du mastic ou à du fromage mou ; enfin il n'existe pas de lésion anatomique nettement appréciable, variété qui est la plus fréquente.

J'admets donc quatre espèces d'ozène : l'*ozène tuberculeux*, l'*ozène syphilitique*, l'*ozène caséux* et l'*ozène essentiel* ou *idiopathique*...

J'ai dit plus haut que le séjour prolongé d'un corps étranger dans les fosses nasales pouvait produire une suppuration fétide, mais on ne saurait, à mon sens, considérer comme un ozène véritable cette affection à laquelle il faudra néanmoins songer en établissant le diagnostic.

Je cite également pour mémoire les ulcérations que l'on trouve dans la morve, et qui ne sauraient rentrer dans un livre de chirurgie.

Lorsqu'un malade se présente à notre examen avec un écoulement purulent et fétide des fosses nasales, avant de rechercher à quelle variété d'ozène nous avons affaire, il faut d'abord résoudre cette première question : d'où vient le pus ?

Il est évident qu'une tumeur développée dans les fosses nasales ou dans leur voisinage peut quelquefois provoquer un écoulement purulent, mais ce phénomène est alors secondaire et il n'est pas en général difficile de le rattacher à sa véritable cause. Le diagnostic est un peu plus difficile, si le pus provient des sinus frontaux et maxillaires : mais, outre qu'il existe des signes propres aux affections de ces sinus, il est facile de constater que les fosses nasales elles-mêmes sont libres et saines. De plus, et c'est là un