

Les procédés employés sont la dilatation, l'incision, et l'autoplastie par incision ou par renversement.

1° *Dilatation*. — Ce procédé consiste à introduire dans la narine rétrécie des canules métalliques, des tiges de laminaria, des cônes d'éponge préparée, destinés à la dilater. Mais il a l'inconvénient d'être lent et douloureux; de plus, dès qu'on cesse le traitement, la difformité a la plus fâcheuse tendance à se reproduire.

2° *Incision*. — Elle consiste à pratiquer sur le pourtour de l'orifice de la narine plusieurs incisions destinées à permettre sa dilatation, qu'on obtient ensuite par des pansements convenables et par l'introduction de corps dilatants. Mais ici, comme avec la dilatation simple, la difformité a la plus grande tendance à se reproduire. Aussi a-t-on cherché à s'opposer à cette reproduction par l'autoplastie.

3° *Autoplastie par inflexion ou renversement*. — Cette méthode, conseillée par Velpeau et Jobert, consiste à exciser tout autour de l'orifice nasal une bandelette de peau de 5 à 6 millimètres, en conservant la muqueuse. On renverse ensuite cette muqueuse en dehors, et on la suture à la peau; on obtient ainsi un orifice bordé de muqueuse, et qui n'a plus tendance à se rétrécir. Les auteurs du *Compendium* font remarquer, avec juste raison, que dans les cas où il s'agit d'un tissu cicatriciel, il est bien difficile de disséquer une bandelette cutanée en conservant la muqueuse. De plus, la peau étant supprimée du côté de l'aile du nez dans une certaine hauteur, la sous-cloison formera en avant une saillie disgracieuse.

Sur une jeune fille atteinte d'atrésie de la narine gauche, j'ai opéré en disséquant, sous forme d'un lambeau rectangulaire, la peau; j'ai excisé le tissu de cicatrice sous-jacent, et j'ai exécuté l'autoplastie par inflexion ou par bordage en renversant du côté de la narine le lambeau de peau laissé adhérent à l'aile du nez. En un mot, c'est aux dépens de la peau et non aux dépens de la muqueuse que j'ai exécuté l'inflexion. Le résultat a été très satisfaisant.

## ARTICLE II

## MALADIES DES FOSSES NASALES

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DES FOSSES NASALES

Les lésions traumatiques des fosses nasales coïncident fréquemment avec celles du nez. Elles comprennent les ecchymoses et les bosses sanguines de la cloison, l'épistaxis traumatique, les corps étrangers des fosses nasales.

## 1° ECCHYMOSES ET BOSSES SANGUINES DE LA CLOISON

Les traumatismes du nez portent quelquefois sur la cloison; il arrive que, sous l'influence d'une contusion violente, la cloison se recourbe sur elle-même; la muqueuse se décolle dans une plus ou moins grande étendue: il en résulte un épanchement de sang; de là, des ecchymoses et des bosses sanguines. Dans d'autres cas, il y a en même temps fracture de la cloison, ou rupture de ses adhérences avec le vomer.

Les bosses sanguines de la cloison se présentent sous la forme de tumeurs rouges, tendues, violacées, proéminent quelquefois à travers l'orifice des narines. Elles peuvent exister d'un seul côté; mais habituellement il se forme un épanchement sanguin sur chacune des faces de la cloison. Ces deux tumeurs communiquent l'une avec l'autre à travers une perforation de la cloison nasale, comme on peut s'en assurer en renvoyant d'un côté à l'autre la sensation de fluctuation. On a expliqué cette communication en disant que le cartilage, privé de ses vaisseaux, s'ulcère et se perforé. Mais il est des cas, comme celui de Fleming, dans lesquels la communication entre les deux tumeurs a été observée dès le lendemain de l'accident. Il est impossible d'admettre ici une perforation consécutive; force est bien d'admettre, selon l'opinion de Jarjavay, une fracture primitive de la cloison. Ces bosses sanguines peuvent s'enflammer et donner naissance à des abcès.



Il semble tout d'abord inutile d'insister sur le diagnostic d'une lésion aussi simple. Et cependant des bosses sanguines de la cloison ont été prises pour des polypes. La notion d'un traumatisme antérieur, le point d'implantation de la tumeur sur la cloison, tandis que les polypes s'insèrent sur les cornets; la communication facile entre les deux tumeurs à travers le cartilage, feront éviter l'erreur.

Le traitement consiste à donner issue au sang épanché par une ponction étroite, de façon à éviter l'ulcération de la tumeur et la formation d'un abcès.

#### 2° ÉPISTAXIS TRAUMATIQUE

L'épistaxis ou hémorrhagie par les fosses nasales peut être symptomatique des diverses lésions que nous avons mentionnées, contusions, fractures des os et des cartilages du nez. Elle se montre aussi comme conséquence d'une intervention chirurgicale, à la suite des extirpations de polypes ou de l'examen des fosses nasales. Enfin diverses lésions des fosses nasales, tumeurs et ulcérations, peuvent lui donner naissance.

A côté de ces épistaxis, il en est une autre variété beaucoup plus grave par sa signification pronostique, c'est celle qui succède aux fractures de l'étage antérieur du crâne.

En général, les épistaxis traumatiques ne sont ni très abondantes, ni de longue durée; partant, elles n'ont pas une grande gravité. Si donc on voit une hémorrhagie nasale se prolonger d'une façon insolite, ou prendre des proportions inquiétantes, il faut penser à quelque altération du sang ou des viscères, qui entretient l'écoulement sanguin. De ce nombre sont l'hémophilie, l'empoisonnement paludéen, les affections du foie, du cœur et des reins, etc.

L'épistaxis due à une fracture du crâne se reconnaît à sa durée prolongée, à l'écoulement de sérosité qui lui fait suite, aux différents symptômes cérébraux qui l'accompagnent. Sa gravité tient à la lésion dont elle est le symptôme, et non à l'écoulement du sang en lui-même.

L'épistaxis traumatique, ayant tendance à s'arrêter spontanément, n'exige souvent aucun traitement. S'il en était autrement, on aurait recours aux injections froides, astringentes et coagulantes; aux pou-

dres, telles que le sous-nitrate de bismuth, capables de favoriser la formation d'un caillot. Si ces moyens se montraient insuffisants, le tamponnement antérieur ou même le tamponnement complet des fosses nasales devrait être employé. Le sulfate de quinine à l'intérieur, les injections sous-cutanées d'ergotine, sont des moyens précieux, surtout si l'épistaxis est entretenue par un état général.

#### 3° CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

Les corps étrangers des fosses nasales sont de natures très variées les uns, en effet, sont des corps étrangers inertes venus du dehors; les autres se sont formés dans l'intérieur même des fosses nasales, ce sont les calculs. D'autres enfin sont constitués par des animaux accidentellement introduits dans les fosses nasales.

##### a. — CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS DES FOSSES NASALES

Depuis le *Compendium de chirurgie*, tous les auteurs étudient dans un même article les corps étrangers et les calculs des fosses nasales, à cause de la similitude des considérations pratiques auxquelles ils donnent lieu.

Les corps étrangers qui peuvent pénétrer dans les fosses nasales sont aussi nombreux que variés. Tantôt ce sont des noyaux de cerise, de petites pierres, des perles, des haricots, que des enfants s'introduisent en jouant dans les narines; tantôt ce sont des corps qui, après avoir fait une plaie, se sont brisés dans les fosses nasales. M. Legouest a extrait du nez un fragment de crayon de charpentier long de 7 centimètres qui, après avoir fait une plaie de l'aile du nez, s'était rompu dans l'intérieur des fosses nasales, et y avait séjourné pendant dix-huit mois. M. Lemaître a rapporté l'exemple curieux d'un homme qui avait conservé pendant plusieurs années dans les fosses nasales un petit fragment d'obus.

A côté de ces corps qui ont pénétré dans les fosses nasales par leur partie antérieure, il en est d'autres qui arrivent dans ses cavités d'arrière en avant, par exemple lorsqu'on avale de travers, ou encore dans les efforts de vomissements. Ces derniers corps étrangers, une fois la gêne momentanée qu'a causée leur introduction disparue, passent souvent inaperçus.



A la longue, les corps étrangers contenus dans les fosses nasales subissent des modifications importantes. Les graines, comme les haricots, peuvent se gonfler par l'humidité; elles peuvent même germer. D'autres fois, le corps étranger s'entoure d'une coque calcaire et donne naissance à un véritable calcul.

Ces derniers, connus sous le nom de *rhinolithes*, s'observent rarement. Tandis que, pour certains auteurs, ils se forment spontanément, pour d'autres ils se développent toujours autour d'un corps étranger. On a trouvé parfois, au centre des rhinolithes, des cavités remplies d'un liquide albumineux ou d'une matière infecte, ce qui a fait penser que cette cavité était d'abord occupée par un corps étranger qui se serait peu à peu transformé.

Il existe quelquefois plusieurs rhinolithes simultanément dans une seule ou dans les deux fosses nasales. Ces concrétions peuvent obstruer complètement les narines, et même dévier ou détruire la cloison. Leur coloration est grise ou noirâtre; leur forme irrégulière paraît quelquefois moulée sur les anfractuosités des cavités nasales. La consistance assez grande à la surface est friable au centre. Quant à leur composition chimique, on y a trouvé du mucus, des phosphates de chaux et de magnésie, des carbonates des mêmes bases et du chlorure de sodium.

**Symptômes et diagnostic.** — Au moment de l'introduction du corps étranger, le malade éprouve une sensation de chatouillement et de suffocation qui le porte à faire des mouvements précipités d'inspiration et d'expiration pour se débarrasser. Mais bien souvent ces efforts n'ont d'autre résultat que de faire pénétrer plus profondément le corps étranger. Il détermine alors de la gêne, de l'enchifrènement, quelquefois des épistaxis; la narine du côté correspondant ne permet plus le passage de l'air. La présence du corps étranger occasionne quelquefois dans les fosses nasales et dans les sinus des douleurs, qui peuvent prendre la forme de douleurs névralgiques revenant par accès, comme le fait est noté dans des observations de MM. Verneuil et Axmann.

L'examen direct permet en général de reconnaître le corps étranger. En effet, lorsqu'ils ont pénétré par les narines, ces corps se placent ordinairement près du plancher des fosses nasales, où il est facile de les apercevoir. C'est seulement lorsqu'ils ont pénétré par la partie postérieure des fosses nasales, qu'ils se placent plus haut, par

exemple au niveau du méat moyen. C'est dans ces cas surtout que le corps étranger peut être méconnu.

L'inspection des fosses nasales à l'aide du spéculum, la rhinoscopie postérieure et le toucher avec le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais, si le corps étranger est profondément situé, le font reconnaître.

On peut encore avoir recours à l'examen à l'aide du stilet, qui permettra d'apprécier sa consistance dure. Si l'on hésitait entre un corps étranger et une tumeur osseuse des fosses nasales, l'emploi de l'acupuncture trancherait le diagnostic. Tandis, en effet, que l'aiguille ne peut pénétrer dans la tumeur osseuse éburnée, elle s'implante dans le corps étranger, toujours un peu friable. Mais l'erreur qui a été le plus fréquemment commise, c'est celle qui consiste à prendre le corps étranger pour une nécrose. La coloration grisâtre de ces corps les fait confondre, en effet, avec un séquestre, dont ils ont la dureté; et la suppuration qui accompagne leur présence ne fait qu'entretenir l'erreur. MM. Verneuil et Tillaux ont rapporté à la Société de chirurgie des cas de cette nature, dans lesquels les corps étrangers avaient été pris pour une nécrose, soit du cornet inférieur, soit du bord postérieur du vomer.

La seule gravité du pronostic réside dans ce fait que les corps étrangers peuvent être très longtemps méconnus, et donnent lieu à des suppurations et à des lésions osseuses persistantes.

Mais, même dans ces cas, la guérison spontanée est possible par la chute du corps étranger. Une jeune dame de vingt-cinq ans était atteinte depuis l'âge de cinq ans d'un ozène que rien n'avait pu guérir, lorsque subitement, dans des efforts d'éternuement, elle rendit par les narines une perle de verre; la guérison fut bientôt complète.

**Traitement.** — Il consiste évidemment dans l'extraction du corps étranger, qu'on pratiquera à l'aide des pinces à polypes ordinaires, et, au besoin même, avec un petit forceps. Cette extraction peut présenter de sérieuses difficultés. Un des cas les plus intéressants à cet égard est celui qui a été présenté par M. Le Fort à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un couteau qu'un enfant de quatre ans s'était introduit dans la narine. La lame du couteau formait avec le manche un angle droit; toutes les tractions directes exercées sur le manche du couteau n'avaient d'autre résultat que de faire arc-bouter l'angle formé par le manche et la lame contre la partie postérieure du palais



osseux. Un mouvement de bascule de haut en bas imprimé au manche du couteau eut au contraire pour effet de dégager très rapidement la lame, et le corps étranger fut extrait sans difficulté.

Si le corps étranger était d'un trop gros volume, on pourrait, soit le broyer, soit pratiquer le débridement de l'aile du nez, en suivant le sillon naso-génien.

b. — PARASITES DES FOSSES NASALES

En France, les parasites des fosses nasales se rencontrent assez rarement; il n'en est pas de même dans les pays chauds, où ces mêmes parasites peuvent déterminer de redoutables accidents. Ce sont habituellement des larves de mouche qu'on rencontre dans les fosses nasales. Dans nos contrées, ce sont les larves de la mouche bleue de la viande (*Calliphora vomitoria*) qu'on y observe. Ces parasites déterminent des douleurs plus ou moins violentes, pouvant aller jusqu'à provoquer des convulsions et du délire, un écoulement abondant de sérosité; mais elles n'entraînent pas la mort. Au contraire, dans les pays intertropicaux, au Sénégal, où les faits ont été observés par Coquerel, à Cayenne, aux Indes, au Pérou, d'après les observations de M. Ornellas, les parasites des fosses nasales déterminent des accidents promptement mortels. Ils sont causés par la larve d'une mouche particulière à laquelle Coquerel a donné le nom de *Lucilia hominivorax*.

Les œufs déposés par les mouches à l'entrée des narines y pénètrent grâce aux mouvements respiratoires, ils s'y développent et donnent naissance aux larves qui causent les accidents. C'est au moment de la ponte, pendant les mois chauds de l'année, que s'observe cette affection, et de préférence chez les sujets malpropres atteints d'un écoulement nasal, et surtout pendant le sommeil en plein air. Les nègres y sont particulièrement exposés, sans doute à cause de leurs narines larges et relevées en dehors.

**Symptômes.** — Au début, les malades accusent seulement des fourmillements dans les fosses nasales et une douleur frontale plus ou moins intense. Bientôt s'y joignent un gonflement érysipélateux du nez, et un œdème se propageant aux paupières et au reste de la face. Des épistaxis se produisent; on voit sortir des larves, soit par les narines, soit par des ulcérations qui se forment sur la face dor-

sale du nez. Cet ulcère s'élargit et détruit quelquefois la plus grande partie de la face. Mais ce qui fait surtout la gravité de l'affection, c'est l'apparition de phénomènes cérébraux, fièvre, délire, indiquant la méningite qui amène rapidement la mort. Quelquefois la maladie peut s'arrêter dans sa marche et aboutir à la guérison; mais elle laisse toujours après elle une perte de substance et une difformité persistante.

**Traitement.** — Il consiste à détruire et à entraîner au dehors les larves. Pour cela on pratique des injections avec divers liquides médicamenteux. A Cayenne, on se sert d'injections avec une solution de sublimé à la dose de 5 centigrammes pour 50 grammes d'eau. Dans l'Inde, les Anglais font des injections de tabac et de térébenthine. Au Pérou, on fait priser la poudre de *veratrum sabadilla*. On s'est également servi de fumigations excitantes, de chloroforme. Si ces différents moyens ne pouvaient suffire, on devrait recourir à la trépanation des sinus frontaux ou des sinus maxillaires, de manière à pouvoir faire de grands lavages à travers les cavités de l'appareil olfactif.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES FOSSES NASALES

L'inflammation de la muqueuse pituitaire porte le nom de *coryza*. Elle peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Le *coryza* aigu appartient à la pathologie médicale. Nous nous occuperons seulement des diverses variétés de *coryza* chronique; mais auparavant nous dirons quelques mots des abcès de la cloison et de l'épaississement de la pituitaire.

1° ABCÈS DE LA CLOISON

**Étiologie.** — Déjà nous avons noté que les bosses sanguines de la cloison pourraient, en s'enflammant, passer à la suppuration. Dans d'autres cas, les abcès de la cloison résultent de la propagation d'inflammations de voisinage; ils peuvent encore être causés par la présence d'une nécrose, d'un corps étranger, ou bien ils se dévelop-



pent à la suite de maladies graves, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, dans le cours de la morve.

**Symptômes.** — La marche des abcès de la cloison est, tantôt aiguë, tantôt chronique. Les abcès aigus succèdent surtout aux traumatismes. La muqueuse présente un état prononcé de sécheresse et de chaleur. Le malade ressent des douleurs qui prennent bientôt la forme d'élançements, en même temps qu'il a de la fièvre.

Par l'examen des fosses nasales, on aperçoit, faisant saillie de chaque côté de la cloison, une double tumeur symétriquement disposée. La muqueuse qui la recouvre est rouge et luisante. La tumeur est parfois assez volumineuse pour remplir entièrement la fosse nasale correspondante. Elle présente en général une fluctuation manifeste, qui peut être transmise d'une tumeur à l'autre à travers une perforation de la cloison.

Les abcès froids ou chroniques résultent, soit d'une affection locale, ulcères des fosses nasales, nécrose des cartilages, soit d'un état général grave. Ils se développent lentement, sans phénomènes réactionnels; on ne trouve pas de traumatisme antécédent dans l'étude des commémoratifs.

**Diagnostic.** — Pour les abcès aigus, le diagnostic ne présente presque jamais de difficultés. On doit seulement les différencier des bosses sanguines de la cloison; mais tandis que la bosse sanguine se montre peu d'heures après l'accident, les abcès ne surviennent que plus tardivement.

Ce sont surtout les abcès chroniques qu'on pourrait confondre avec des polypes muqueux, vu leur développement lent et l'absence de réaction; l'erreur serait surtout possible quand l'abcès est unilatéral et qu'on ne peut constater la transmission à travers la cloison perforée. Mais les polypes siègent sur la paroi externe des fosses nasales, plus haut que les abcès: ils en diffèrent encore par leur coloration grisâtre. Un examen attentif permettra de différencier aussi les abcès des tumeurs sarcomateuses et des déviations de la cloison. Cependant Rendu a rapporté le cas d'une tumeur occupant la cloison et proéminente dans les deux fosses nasales; bien qu'elle fût le siège d'une fluctuation manifeste, la ponction ne donna issue à aucun liquide; il s'agissait d'un cancer encéphaloïde qui détermina rapidement la mort.

**Pronostic.** — Il est bénin, surtout pour les abcès chauds. Les abcès froids, en effet, peuvent s'accompagner de nécroses des os et

des cartilages qui entretiennent la suppuration; ils peuvent laisser à leur suite une perforation définitive de la cloison, donnant lieu au nasonnement de la voix.

**Traitement.** — Le traitement consiste à inciser l'abcès. Il sera bon, surtout dans les abcès chroniques, de favoriser l'écoulement du pus par une incision sur chacune des tumeurs symétriques, qu'on réunira par le drainage.

#### 2° ÉPAISSISSEMENT DE LA PITUITAIRE

La pituitaire présente parfois des hypertrophies localisées de son tissu, qu'il est utile de connaître, car trop souvent elles sont prises pour des polypes. C'est surtout chez les enfants scrofuleux qu'on les rencontre.

Leur siège le plus fréquent est la portion de la muqueuse située en arrière et au-dessous du cornet inférieur; ce qu'on peut expliquer avec M. Terrier, parce que cette portion de muqueuse est plus exposée à l'action de l'air et des poussières venant du dehors.

L'examen histologique pratiqué dans un cas par M. Rendu a montré un développement exagéré du système glandulaire et de l'épithélium vibratile recouvrant à ce niveau le derme de la muqueuse lui-même hypertrophié.

Cette affection se traduit par les symptômes d'un coryza chronique, enchifrènement, nasonnement, gêne de la respiration, perte de l'odorat. La tumeur forme une saillie rougeâtre souvent prise pour un polype, mais elle en diffère par sa coloration beaucoup plus rouge, et par l'absence d'un pédicule circonscrit.

**Traitement.** — On peut employer des applications astringentes, ou même légèrement caustiques. Si l'on ne réussit pas, le mieux est de pratiquer avec des ciseaux droits l'excision de la tumeur.

#### 3° CORYZA CHRONIQUE SIMPLE

Il consiste en une inflammation chronique de la pituitaire se caractérisant seulement par le gonflement et les troubles de sécrétion de cette membrane.

**Étiologie.** — On l'observe à tout âge, mais principalement chez les enfants scrofuleux. M. Duplay pense que l'étroitesse congénitale



des fosses nasales, en s'opposant à la libre circulation de l'air dans leur intérieur, prédispose à cette inflammation. L'action irritante de diverses substances, et notamment du tabac en poudre, est encore une cause de son développement.

**Symptômes.** — Le coryza chronique peut occuper à la fois les deux fosses nasales, ou seulement l'une d'elles. M. Duplay lui décrit deux variétés : la forme humide et la forme sèche.

Le coryza humide, plus fréquent chez les sujets jeunes, succède quelquefois au coryza aigu; mais le plus souvent il s'établit d'emblée. La sécrétion nasale est exagérée; elle est parfois extrêmement épaisse, et se dessèche sous forme de croûtes molles qui exhalent une odeur fétide. La muqueuse de la cloison, et surtout celle des cornets, est d'un rouge violacé, hypertrophiée, elle est quelquefois d'apparence granuleuse, ou même villeuse.

La forme sèche, plus fréquente chez l'adulte, se caractérise au contraire par l'absence presque complète de sécrétion. La muqueuse est d'un rouge sombre, épaissie et tapissée çà et là de petites croûtes adhérentes. Les malades se plaignent d'une sensation de sécheresse très pénible.

Le coryza chronique simple détermine de l'enchifrènement, du nasonnement, la gêne de la respiration, la diminution ou la perte totale de l'olfaction. Souvent les malades accusent des douleurs de tête continuelles, surtout au niveau des sinus frontaux. L'haleine prend une fétidité particulière. Ce qui rend surtout fâcheux le pronostic, c'est qu'il s'agit d'une affection rebelle et difficile à guérir.

**Traitement.** — Le traitement général s'adresse aux diathèses scrofuleuse ou herpétique, causes de l'affection. Quant au traitement local, il comprend les insufflations de poudres médicamenteuses, alun, borax, bismuth, qui ont l'inconvénient d'être irritantes. Il faut leur préférer les injections ou mieux les douches naso-pharyngiennes suivant le procédé de Weber.

Ce dernier moyen a une telle importance dans le traitement de toutes les affections de la cavité naso-pharyngienne que nous devons l'exposer ici. Il est fondé sur ce fait que l'une des fosses nasales étant remplie d'un liquide poussé avec une certaine pression, pendant que le malade respire par la bouche, le voile du palais ferme complètement l'arrière-cavité des fosses nasales, de sorte que le liquide sort par la narine du côté opposé, après avoir baigné toute

l'étendue de la muqueuse des fosses nasales. Pour arriver à ce résultat, il faut se servir, pour administrer la douche, d'un tube de caoutchouc terminé par un embout olivaire, assez volumineux pour fermer exactement l'orifice de la narine. Le malade, respirant largement par la bouche, se place la tête droite ou même légèrement renversée en arrière au-dessus d'un vase destiné à recevoir l'eau qui sort des fosses nasales. On peut se servir, pour ces douches, d'eau salée, de solutions astringentes (alun, tanin, sulfate de zinc, acétate de plomb), ou de solutions désinfectantes (permanganate de potasse, acide phénique, acide thymique, chloral). On emploie aussi les eaux minérales, eau du Mont-Dore, de Saint-Christeau, etc.

A côté de la douche naso-pharyngienne, nous devons signaler encore les fumigations faites avec diverses substances, telles que le goudron, l'iode; et aussi les inhalations de liquides pulvérisés, eau de goudron, eaux sulfureuses, qui peuvent être employées seules ou combinées aux douches naso-pharyngiennes, suivant les cas.

#### 4<sup>e</sup> CORYZA ULCÉREUX

Boyer a divisé les ulcérations des fosses nasales, suivant qu'elles donnent lieu ou non à une odeur fétide, en ulcères simples, bénins, et en ulcères malins ou fétides. Mais cette division ne saurait être conservée; car, ainsi que nous le verrons plus loin, la présence d'ulcérations n'est pas nécessaire pour donner naissance à la fétidité spéciale de l'haleine, désignée sous le nom d'ozène. Mieux vaut diviser les ulcères des fosses nasales, d'après leurs causes, en ulcères simples et ulcères symptomatiques.

#### A. — ULCÈRES SIMPLES

Exceptionnellement des ulcérations se forment à la suite du coryza aigu. C'est habituellement dans le cours du coryza chronique qu'on les observe. La présence de corps étrangers, de calculs, de tumeurs des fosses nasales, explique aussi leur formation. Le contact du pus provenant d'un organe voisin, et en particulier du sinus maxillaire, donne également naissance à des ulcérations. Enfin, nous devons mentionner les ulcères professionnels qu'on observe chez les ouvriers employés à la fabrication du bichromate de potasse, chez ceux qui



manient le vert de Schweinfurt (arsénite de cuivre). C'est surtout sur la cloison des fosses nasales que s'observent ces ulcères, et ils en amènent assez fréquemment la perforation.

#### B. — ULCÈRES SYMPTOMATIQUES

La plupart des ulcérations des fosses nasales sont symptomatiques d'un état général. Ainsi, dans la morve, les ulcères des fosses nasales sont de règle. On les observe encore à la suite de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. Il se produit, en pareil cas, des abcès qui décollent la muqueuse, et causent fréquemment des nécroses et des perforations de la cloison.

Il est aussi des ulcérations rebelles, récidivant facilement et qu'on a rattachées à la diathèse herpétique. A l'appui de cette manière de voir, on cite un cas de Desairre qui a vu des ulcérations des fosses nasales coïncider chez un homme avec un psoriasis invétéré. M. Terrier cite un cas observé par lui d'ulcérations de la cloison chez un diabétique, qui furent améliorées par le traitement général du diabète. Mais de toutes les ulcérations symptomatiques, les plus nombreuses et les plus importantes sont celles qui appartiennent à la scrofule et à la syphilis.

**1<sup>o</sup> Ulcérations scrofuleuses.** — Les ulcérations d'origine scrofuleuse sont nombreuses et peuvent se produire par plusieurs mécanismes différents. Dans certains cas, il s'agit d'un véritable lupus scrofuleux, qui débute, en général, par la cloison sous forme de tubercules qui sont saillie à la face antérieure des narines, et peuvent arriver à oblitérer leur cavité. La cloison offre un épaissement considérable; elle présente des masses fongueuses, bourgeonnantes, au milieu desquelles se voient des ulcérations, et des croûtes formées par le pus desséché. Les ulcérations augmentent de profondeur, gagnent le squelette des fosses nasales, et surtout la cloison dont le cartilage est bientôt perforé.

La scrofule peut aussi donner naissance à un coryza chronique simple qui s'accompagne d'ulcérations superficielles. Dans d'autres cas enfin, il y a des altérations des os et des cartilages; la suppuration est très abondante, et l'on voit se former des fistules multiples.

**2<sup>o</sup> Ulcérations syphilitiques.** — Jusqu'ici on n'a pas signalé d'exemple d'ulcères syphilitiques primitifs des fosses nasales. Les

ulcérations secondaires représentées par les plaques muqueuses y sont elles-mêmes rares, du moins dans la syphilis des adultes. Elles revêtent de bonne heure la forme ulcéreuse. Chez les enfants, la syphilis héréditaire détermine fréquemment un coryza intense, qui serait dû, d'après Diday, au développement de plaques muqueuses. Les plaques muqueuses des fosses nasales s'étendent habituellement à la face supérieure du voile du palais et à la cavité naso-pharyngienne, ainsi que le montre une image rhinoscopique due à Semeleder, et reproduite dans le traité de Follin et Duplay.

Quant aux ulcérations tertiaires, elles sont très fréquentes dans les fosses nasales; elles débutent parfois du côté de la muqueuse sous la forme d'ulcérations serpigneuses, qui augmentent sans cesse de profondeur et intéressent consécutivement le squelette. Mais, plus souvent encore, ce sont les os et les cartilages qui sont le point de départ des lésions. De là, la carie et la nécrose des os propres du nez; la disparition de la cloison, et l'effondrement du squelette nasal. De là, la propagation de l'inflammation aux sinus voisins, aux voies lacrymales, et la perforation de la voûte palatine.

**Symptômes.** — Dans les ulcères simples, les symptômes sont en général peu prononcés. On constate seulement un léger degré de coryza, tantôt avec sécheresse, tantôt avec augmentation de sécrétion des fosses nasales. Le malade est gêné par un enchifrènement et par la présence de croûtes qui obstruent les fosses nasales. L'odorat est altéré, mais surtout il existe une fétidité repoussante de l'haleine à laquelle on a donné le nom d'ozène ou punaisie.

Dans le cas où les os sont altérés, il y a des douleurs vives, à forme névralgique, qui s'irradient dans les organes voisins, un écoulement muco-purulent abondant, et quelquefois rejet par les narines de parcelles osseuses nécrosées. La carie peut s'étendre jusqu'aux os du crâne et déterminer des accidents mortels. Trousseau rapporte l'exemple d'un jeune officier anglais qui, au cours d'un ozène syphilitique, expulsa une grande partie de la lame criblée de l'éthmoïde, et succomba, vingt-quatre heures après, à des accidents cérébraux. Dans un cas publié par Weber, la mort survint avec des phénomènes d'infection purulente. A l'autopsie, on trouva une thrombose du sinus caverneux et de la veine ophthalmique, une méningite suppurée de la base, et des abcès métastatiques dans les viscères.

**Diagnostic.** — En général, le diagnostic d'ulcère ne présente pas



de difficultés. Cependant, pour être sûr de ne pas laisser échapper une ulcération, il importe d'examiner avec soin, non seulement la région antérieure, mais aussi, avec le rhinoscope, la région postérieure des fosses nasales. Ce qu'il faut, c'est reconnaître la cause de l'ulcération. Les ulcères simples sont facilement rapportés à leur véritable cause. Les antécédents, l'examen direct permettent de reconnaître la présence de corps étrangers. Cependant nous avons déjà signalé la possibilité de prendre pour des nécroses partielles les corps étrangers ayant séjourné longtemps dans les fosses nasales. Les ulcérations professionnelles seront aussi diagnostiquées d'après les antécédents, l'existence d'ulcérations sur d'autres points du corps, les signes de l'intoxication chromique ou arsenicale. Il est à noter cependant que les ulcérations arsenicales recouvertes de croûtes peuvent simuler des ulcérations syphilitiques.

Le caractère des ulcérations à bords déchiquetés, à fond sanieux, grisâtre ou recouvert de croûtes noirâtres, devra faire penser à la syphilis. Les altérations osseuses seront encore une preuve en faveur de cette idée. Cette circonstance que les ulcérations se présentent chez des malades adultes, n'ayant aucun des attributs de la diathèse scrofuleuse, enfin les antécédents, et par-dessus tout, la coexistence d'autres lésions, manifestement syphilitiques, trancheront le diagnostic.

Quant à la scrofule, le jeune âge des malades, l'aspect bouffi de la face propre aux scrofuleux, l'épaississement de la lèvre supérieure, sont autant de caractères qui feront penser à cette diathèse. Le gonflement de la muqueuse au pourtour des ulcérations, leur teinte blafarde, seront encore à prendre en considération. Le lupus de la cloison pourrait être confondu soit avec la syphilis, soit avec des tumeurs de la région. En cas de doute, on pourrait pratiquer l'excision d'une petite portion de la tumeur et en faire l'examen histologique, qui permettrait de reconnaître la constitution tuberculeuse du lupus.

**Pronostic.** — Le pronostic des ulcères des fosses nasales est toujours fâcheux, à cause de la lenteur et de la difficulté de la guérison, à cause de l'ozène qui les accompagne le plus souvent; en outre, ils altèrent l'odorat, et déterminent, lorsqu'ils atteignent le squelette, des déformations du nez persistantes. Les faits terminés par la mort que nous avons cités plus haut, bien qu'except-

tionnels, montrent combien la maladie peut acquérir parfois de gravité.

**Traitement.** — Le traitement général a une importance considérable, puisque le plus souvent on a affaire à une affection diathésique. Dans la syphilis surtout, il est indispensable à la guérison.

Le traitement local comprend les divers moyens que nous avons déjà signalés à propos du coryza chronique simple; les injections médicamenteuses, et surtout la douche naso-pharyngienne de Weber, les fumigations, les pulvérisations de liquide, les insufflations de poudres. Lorsque l'examen au spéculum permet de découvrir les ulcérations, on peut les toucher directement avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, dans une solution de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer, avec des crayons de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre.

S'il existe des os nécrosés, il faudra en pratiquer l'extraction. Rouge (de Lausanne) a conseillé une méthode destinée à ouvrir largement les fosses nasales pour y pratiquer le curage des fongosités, et l'extraction des séquestres. Ce chirurgien pénètre dans les fosses nasales par le sillon gingivo-labial supérieur; on a ainsi l'avantage de n'avoir pas de cicatrice apparente. Mais il faut bien savoir que ces opérations ne sont pas sans danger. Un moyen fort utile pour modifier les surfaces ulcérées et fongueuses, c'est le fer rouge.

#### 5° CORYZA CASÉÉUX

Sous le nom de coryza casééux, M. Duplay a décrit pour la première fois, une affection caractérisée par l'accumulation dans les fosses nasales d'une matière analogue au contenu de certains kystes sébacés.

Il s'agit là d'une affection rare; des faits observés par Maisonneuve ont été publiés par lui en 1855, sous le nom de kyste butyreux de la face. MM. Verneuil, Reverdin, Guyon, Terrier en ont observé des exemples. En 1879, M. Périer en a communiqué à la Société de chirurgie un cas intéressant.

**Étiologie.** — L'étiologie de cette affection est encore fort mal connue. L'âge ne paraît pas avoir d'importance, car on l'a observée chez des jeunes gens, aussi bien que chez des adultes et des vieillards. Assez souvent on a noté l'existence d'un érysipèle précédant le



début de la maladie. Dans le cas de M. Périer, le malade avait eu une bronchite, suivie d'un coryza très intense. Dans l'observation de M. Verneuil, il existait au milieu de la matière caséuse un corps étranger. M. Terrier est porté à admettre un mode particulier d'inflammation de la pituitaire et de ses annexes déterminant une hyper-sécrétion de l'épithélium et sa desquamation anormale.

**Symptômes.** — Le début de l'affection est obscur ; il y a seulement des signes de coryza et d'ozène. Puis, au bout de quelque temps, l'obstruction de la narine devient de plus en plus complète, l'odorat est perdu ; il se forme une véritable tumeur qui déjette en dehors l'aile du nez ; l'œil lui-même peut être repoussé en dehors et en haut ; il y a de l'exophtalmie, de la diplopie, de l'épiphora. Il se fait des poussées d'inflammation aiguë, les téguments du nez présentent de la rougeur et de l'œdème, des fistules se forment.

L'examen des fosses nasales fait reconnaître une tumeur. Mais un stylet, introduit dans la narine, pénètre très facilement dans la masse, sans donner lieu à un écoulement sanguin appréciable ; il peut aussi ramener des débris caséux.

**Diagnostic.** — Au début, le diagnostic est très difficile, et la maladie se confond avec un coryza chronique simple. Plus tard, quand il existe de la déformation et une tumeur dans les fosses nasales, c'est surtout avec les tumeurs malignes qu'on fait la confusion. Les douleurs, l'amaigrissement, le mauvais état général du malade, contribuent à entretenir l'erreur. Mais l'étude des antécédents apprendra que, dans le début, le malade rejetait de temps en temps des masses caséuses ; de plus, on ne constatera pas d'engorgement ganglionnaire, et l'on pourra extraire avec la curette ou le stylet des débris caséux qui, examinés au microscope, trancheront le diagnostic. On les trouve composés de matière grasse, mélangée de leucocytes et de cellules épithéliales.

**Traitement.** — Il consiste dans l'ablation avec la curette et à l'aide de lavages de la matière sébacée accumulée dans les fosses nasales. Il est nécessaire de traiter ensuite par les irrigations longtemps continuées et par les topiques convenables le coryza qui, abandonné à lui-même, reproduirait la maladie. Le traitement demande donc un temps assez long ; mais généralement la guérison est complète ; les fonctions de la respiration nasale et de l'odorat se rétablissent. Quelquefois cependant il subsiste des désordres irré-

parables, résultant de la perte d'un des cornets ou de la perforation de la cloison.

6<sup>e</sup> OZÈNE

Pendant longtemps le mot ozène est demeuré synonyme de coryza ulcéreux, et la fétidité particulière de l'haleine était mise sur le compte, soit d'altérations des os et des cartilages, soit d'ulcérations de la muqueuse nasale. Mais déjà plusieurs auteurs, et Trousseau surtout, ont fait remarquer que, parmi les malades atteints d'ozène, il en est un bon nombre qui ne présentent ni altérations osseuses, ni ulcérations de la muqueuse. Trousseau compare la fétidité des sécrétions nasales chez ces personnes, à la fétidité de la sueur des pieds et des aisselles, à la fétidité des sécrétions vaginales. Il est, dit-il, beaucoup de gens qui ne peuvent contracter un coryza sans que les sécrétions nasales revêtent chez eux une odeur extrêmement désagréable. Cette idée de Trousseau n'a fait que se confirmer par les recherches ultérieures, et aujourd'hui, à côté de l'ozène symptomatique des altérations des os et de la muqueuse, il y a lieu de décrire l'ozène essentiel ou ozène vrai.

L'étude de cette dernière variété a réalisé dans ces dernières années de grands progrès, grâce aux travaux de bon nombre d'auteurs allemands, parmi lesquels nous devons citer surtout Michel (de Cologne), Zaufal (de Prague), Gottstein (de Breslau), Hartmann (de Berlin). Ces travaux ont été vulgarisés en France par M. Calmettes et par la thèse de M. Alfred Martin publiée en 1881. On trouvera le résumé de ces travaux dans l'article OZÈNE du *Dictionnaire encyclopédique*.

**Étiologie et pathogénie.** — C'est surtout chez des enfants, à partir de 8 à 10 ans, et chez des adolescents de 18 à 20 ans, qu'on observe l'ozène vrai. Lorsqu'on le rencontre chez les adultes, on apprend que cette infirmité date chez eux de l'enfance ou de la puberté. On ne constate le plus souvent chez ces malades aucun signe de scrofule ou de syphilis. En revanche, on trouve chez eux une conformation particulière des fosses nasales, et c'est sur cette disposition qu'est fondée la théorie pathogénique nouvelle de l'ozène, édictée par les auteurs allemands. On constate, en effet, une largeur anormale des fosses nasales, qui permet de voir, dans une étendue beaucoup