

l'opposé. L'oscillation du globe persiste alors même que les paupières sont closes ; quelquefois même elle augmente dans ces conditions. Elle cesse pendant le sommeil. On a remarqué aussi que, chez la plupart des sujets, le balancement augmente lorsqu'ils regardent fixement un objet, et parfois aussi quand ils regardent en haut ; chez d'autres, l'oscillation du globe cesse lorsqu'ils regardent de côté, ou en bas et en dehors. Cette circonstance peut être utilisée, quand il s'agit de reconnaître le nystagmus chez ceux qui essayent de le dissimuler. Decondé conseille d'examiner l'individu, pendant qu'il fixe la vue directement en avant.

Lorsque les deux yeux sont affectés simultanément de nystagmus, ce qui est le cas le plus ordinaire, ils exécutent des mouvements isochrones, mais en sens inverse, c'est-à-dire que, d'un côté, la cornée se relève et se porte en dehors ; de l'autre, la cornée s'abaisse et est portée en dedans. Presque toujours la vue est affaiblie ; lorsque les oscillations sont fréquentes, la vision est confuse, les objets semblent parfois en mouvement.

Le nystagmus coïncide souvent avec la myopie, l'asthénopie, un tremblement de l'iris, des opacités partielles ou totales de la cornée, des staphylômes cornéo-iridiens, des opacités cristalliniennes, le strabisme. Quelquefois il existe des lésions complexes de l'œil.

Causes. L'affection est commune chez les albinos, chez les sujets atteints de cataracte ou d'amaurose congéniales. Elle se développe parfois chez les enfants nouveau-nés après l'ophtalmie purulente. Elle se montre aussi dans certaines affections nerveuses, l'hystérie, la chorée. Bright l'a constatée dans un cas d'asphyxie par le charbon, et Mackenzie chez un sujet atteint d'apoplexie et d'hémiplégie. Wallace l'a observée après l'administration de l'iodure de potassium à haute dose. L'influence de l'hérédité est douteuse. Le nystagmus s'est montré parfois sous la forme intermittente périodique. Krauss (de Tubingue) a constaté l'existence du nystagmus chez une jeune fille de cinq ans et demi, plongée dans un état typhoïde, à la suite de la scarlatine.

Pronostic. Le nystagmus simple et accidentel, celui qui se montre en même temps que d'autres troubles nerveux (chorée, hystérie), guérissent généralement ; celui qui est congénial offre peu de chance de guérison.

Traitement. Dieffenbach et Cumier ont recommandé la section d'un ou de plusieurs des muscles de l'œil. Nakonz rapporte que le professeur Ruete n'a pas obtenu d'effet favorable de cette opération. J'ai pratiqué avec succès la section du muscle adducteur d'un œil et de l'abducteur de l'autre, à neuf jours d'intervalle, chez un sujet atteint d'un nystagmus invétéré. Si le nystagmus affectait un type intermittent périodique, le sulfate de quinine serait indiqué.

SECTION XXII.

MALADIES DU NEZ.

1° Anomalies. Sous ce nom, on désigne toutes les difformités congénitales dont cette partie de la face peut être le siège. Les unes sont au-dessus de ressources de l'art : ainsi l'exagération de volume ou de longueur normale du nez, l'aplatissement de sa racine, la déviation du sommet en haut, à droite ou à gauche. L'absence totale et congénitale du nez est rare ; presque toujours elle s'accompagne d'autres anomalies plus ou moins considérables du crâne ou de la face.

Il est d'autres difformités congénitales auxquelles l'art peut remédier : telles sont celles qui résultent d'une déviation de la cloison ; presque toujours ce vice de conformation est la conséquence de l'allongement antéro-postérieur de la cloison, qui se trouve alors portée à droite ou à gauche de la ligne médiane. Cette anomalie est assez fréquente, puisque Sappey l'a rencontrée neuf fois sur vingt-deux têtes qu'il a examinées. Le sujet présente, au voisinage de la narine, une saillie qui, faute d'un examen suffisant, a été parfois prise pour une production anormale, un polype par exemple ; la présence d'une dépression au côté opposé à la saillie et correspondant exactement à cette dernière, permet d'éviter l'erreur. Ces déviations de la cloison apportent en général peu d'obstacle à l'entrée de l'air dans les fosses nasales ; dans les cas où la gêne est très-prononcée, on peut, à l'exemple de Heylen, réséquer une partie du cartilage, après avoir préalablement disséqué la muqueuse ; ou bien encore disséquer la muqueuse, enlever une certaine épaisseur du cartilage, jusqu'à ce que ce dernier soit assez aminci pour pouvoir être maintenu réduit par un petit morceau d'éponge introduit dans la narine.

Le nez tout entier peut être dévié à droite ou à gauche ; cette déviation est des plus fréquentes, car il est peu de sujets qui ne la présentent pas à un faible degré. Dans les cas où elle est assez marquée pour constituer une véritable difformité, on a proposé l'application d'un bandage spécial, appelé nez-tortu, qu'on laisse appliqué longtemps et sans interruption ; l'usage en devient par cela seul plus gênant que le mal, aussi est-il abandonné. Dieffenbach, dans un cas où la déviation congénitale était telle que le lobule touchait presque la joue, parvint à redresser le nez en coupant, par des incisions sous-cutanées, les adhérences des cartilages des narines aux os maxillaires et à la sous-cloison du nez.

Nez doubles. Le plus souvent on a pris pour des nez doubles certains appendices ou renflements situés sur la face, et n'offrant avec le nez qu'une ressemblance assez grossière. Ces sortes de productions peuvent être enlevées par les différents procédés applicables aux tumeurs (voy. t. I).

On peut encore observer, au moment de la naissance, des rétrécissements,

des *oblitérations* des narines. Nous étudierons plus loin (p. 295) les moyens à leur opposer. Entre le rétrécissement congénital et le rétrécissement accidentel, il y a cette *différence essentielle*, que dans le premier le contour de l'ouverture est formé par la peau, tandis que dans le second il est constitué par un tissu cicatriciel qui remonte à une hauteur plus ou moins considérable. Il faut aussi remarquer que le rétrécissement congénital est rarement assez prononcé pour gêner sensiblement les malades et les amener à réclamer le secours de la chirurgie.

2° **Blessures.** Il ne sera question ici que des *plaies*, les fractures du nez ayant été décrites tome I, page 347.

A. *Plaies par instruments piquants.* Elles n'offrent communément pas de gravité; il suffit de les soustraire au contact de l'air, en les recouvrant d'un peu de charpie ou d'un morceau de taffetas agglutinatif; elles guérissent en général assez facilement. Parfois cependant, à la suite d'une plaie en apparence peu grave, il survient un *gonflement inflammatoire intense*, un *phlegmon* plus ou moins étendu, un *érysipèle*. Les plaies qui occupent la racine du nez et pénètrent jusque dans la fosse nasale sont parfois suivies d'un *emphysème des paupières*, par suite du passage de l'air des cavités olfactives sous les téguments palpébraux. L'instrument vulnérant peut, après avoir traversé les os propres du nez, fracturer la lame criblée de l'ethmoïde, pénétrer dans la cavité crânienne et même blesser le cerveau, accident des plus graves et qui donne ordinairement lieu à une *méningite* et à tous les accidents propres aux plaies de l'encéphale (voy. t. I, p. 638); aussi ne saurait-on, dans des cas de ce genre, être trop réservé sur le pronostic.

B. *Plaies par instruments tranchants.* Elles sont *superficielles* ou *profondes*; tantôt c'est une simple division linéaire; d'autres fois une portion plus ou moins étendue de l'organe ne tient plus au reste que par un pédicule; parfois encore une portion du nez a été complètement enlevée. S'agit-il d'une simple division des parties molles, avec un écartement plus ou moins considérable des lèvres de la plaie, on se contente d'affronter ces dernières aussi exactement que possible avec des bandelettes agglutinatives ou quelques points de suture. Dans quelques cas où des plaies de ce genre ont été négligées, les bords de la division se sont cicatrisés séparément et le nez est resté fendu. Nous verrons plus loin comment on peut remédier à cette difformité. Le plus souvent, il est facile d'obtenir la réunion immédiate, alors même que les lambeaux ne tiennent plus que par un mince pédicule, à la condition de réappliquer tout de suite la partie détachée et de la maintenir au moyen d'une suture. Dans le cas où la réunion par première intention échoue, on reconnaît, au bout de cinq à six jours, que les lambeaux réappliqués sont flétris, mortifiés; alors on les enlève et on panse comme dans les plaies avec perte de substance. Dans les cas où une portion plus ou moins considérable du nez ou même de la totalité de l'organe ont été enlevées, on doit les réappliquer pour chercher à en obtenir la réunion immédiate. Quelque extraordinaire que paraisse cette proposition, on est forcé de l'admettre, en présence des résultats favorables obtenus par des hommes d'une haute autorité et d'une probité irrépro-

chable. Chélius affirme avoir reculé avec succès l'extrémité du nez d'un étudiant, enlevé d'un coup de sabre dans un duel. Hoffacher, chirurgien des duels à Heidelberg, a publié seize observations semblables. Garengo et avant lui Fioravanti avaient été témoins de faits analogues.

Dans tous les cas de plaies du nez où l'on cherche à obtenir une réunion immédiate, soit par l'application de bandelettes agglutinatives, soit par quelques points de suture, on prévient la *déviatio consécutive du nez* et l'*occlusion des narines*, en plaçant dans celles-ci, soit un tampon de charpie, soit une sonde en gomme élastique. Il convient de noter qu'à la suite de ces tentatives de réunion par première intention, il n'est pas rare de voir survenir un *érysipèle souvent fort grave*.

C. *Plaies par instruments contondants.* Elles sont rarement à lambeaux, quand elles ne comprennent que les parties molles, en raison des adhérences intimes de ces dernières aux os et aux cartilages. S'il y avait des lambeaux, on réunirait par première intention; en admettant que celle-ci échoue, la cicatrice obtenue par seconde intention est moins difforme.

Les *blessures du nez par armes à feu* ne diffèrent pas de celles des autres régions: le projectile ne borne pas toujours ses ravages au nez seulement; il peut en même temps briser les os de la face, pénétrer dans le crâne; la lésion du nez n'a plus alors qu'une importance secondaire.

3° **Tumeurs.** L'*érysipèle*, le *furoncle*, la *pustule maligne* attaquent assez souvent le nez; il n'est pas rare d'y rencontrer des *verruës*, des *productions cornées*. Ces affections ne diffèrent pas de celles qui ont leur siège sur d'autres points du corps (voy. t. I) et ne présentent ici aucune indication particulière. Très-fréquemment on rencontre encore sur le nez des *tannes*: ce sont de petites tumeurs qui prennent leur point de départ dans les *follicules sébacés* dont le canal excréteur se remplit de cellules épithéliales plus ou moins altérées, plissées en quelque sorte sur elles-mêmes, et provenant de l'épithélium qui tapisse l'intérieur du follicule; le canal excréteur se trouvant oblitéré, la sécrétion et la desquamation épithéliales continuant à se faire, il en résulte une distension de plus en plus considérable du follicule. Les *tannes* ont une grosseur qui varie d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Il suffit en général de vider par la pression le follicule de son contenu; si ce moyen est insuffisant, on doit porter une pointe de crayon de pierre infernale jusque dans l'intérieur du follicule pour en déterminer l'oblitération complète. Dans quelques cas, on est forcé d'extirper ces petites tumeurs.

Le nez peut encore être le siège de *tumeurs éléphantiasiques*, résultant de l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire de la région. Ces productions sont analogues à l'*éléphantiasis du scrotum*, des *grandes lèvres*, du *membre inférieur*, etc. Elles donnent lieu à une masse plus ou moins volumineuse, inégale, bosselée (*nez en pomme de terre*, *nez en morille*), d'un rouge violacé ou pourpre, sillonné de nombreux vaisseaux capillaires dont le calibre est notablement augmenté. Parfois elles sont recouvertes par places de taches noirâtres, dues à l'hypertrophie des follicules sébacés dont l'ouverture extérieure dilatée laisse continuellement échapper la matière sécrétée par