

avec abondance; quand l'hémorragie est arrêtée et qu'on n'a plus à en craindre le retour, on dénoue et on enlève le bourdonnet du nez; celui de l'ouverture postérieure est retiré à l'aide du fil qui sort par la bouche.

PROCÉDÉ DE L'AUTEUR. TAMPONNEMENT EN QUEUE DE CERF-VOLANT (fig. 203). Au moyen de la sonde de Belloc, je passe dans la fosse nasale, et d'arrière en avant, un fil (FF) dont l'extrémité, qui sort par la narine, est confiée à un aide. A l'autre extrémité, celle qui sort par la bouche, j'attache solidement, à des distances très-rapprochées, des bourdonnets de charpie ou des boulettes d'ouate (TO). Tirant ensuite sur l'extrémité nasale du fil, j'entraîne les bourdonnets, de bas en haut et d'arrière en avant, dans la partie

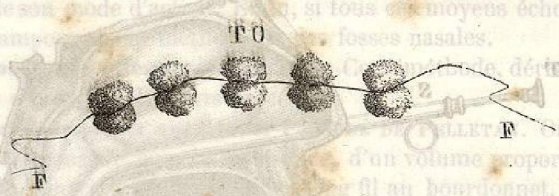


Fig. 203.

postérieure de la fosse nasale; je glisse ensuite d'autres bourdonnets d'avant en arrière par l'orifice antérieur de la fosse nasale, de manière à remplir aussi exactement que possible la cavité qui fournit du sang. Je laisse cet appareil en place pendant quatre jours, et pour l'enlever je n'ai qu'à tirer sur l'extrémité du fil placée en dehors des narines, et que j'ai eu soin de coller sur le front avec une bandelette de sparadrap de diachylon gommé. Ce procédé a l'avantage d'exercer une compression dans l'intérieur de la cavité nasale et de ne pas laisser un fil à demeure dans la bouche, ce qui est très-génant pour le malade.

PROCÉDÉ DE MIQUEL (D'AMBOISE). Au moyen d'une sonde de femme ou d'une sonde de gomme peu flexible, on introduit dans la fosse nasale un intestin grêle de cochon de 36 à 45 centimètres de long, lié à l'un de ses bouts, de façon à présenter un cul-de-sac contre lequel s'arc-boute l'algale qui s'insinue dans le cylindre et sert à pousser celui-ci aussi loin que possible dans la fosse nasale. En insufflant de l'air dans l'intestin, celui-ci se distend, et la portion renflée arrive dans le pharynx; le sang et les mucosités l'ayant rendu très-glissant, il tend à sortir par la bouche. On jette alors sur cette portion saillante de l'intestin une ligature, à une distance du cul-de-sac d'environ 2 centimètres, de façon à former un ballon mou qui, ramené par une traction exercée sur le bout dépassant la narine à l'ouverture postérieure de la fosse nasale, ferme exactement cette dernière. Tirant alors sur l'extrémité qui sort par la narine, on insuffle de nouveau, pour remplir autant que possible la fosse nasale, et on applique une nouvelle ligature sur l'extrémité qui sort par le nez. De cette façon, la compression est plus uniforme, et elle a donné des succès dans un certain nombre de cas.

Martin Saint-Ange a inventé un procédé qui offre beaucoup d'analogie

avec le précédent, et qui semble préférable, en ce qu'il permet d'éviter des manœuvres par la bouche; mais il a l'inconvénient d'exiger l'emploi d'un instrument spécial désigné sous le nom de *rhinobyon*.

5° Ulcères des fosses nasales.

Les uns reconnaissent des causes *locales* et ne sont ordinairement accompagnés d'aucune lésion des os; les autres se développent sous l'influence de causes *générales*, le *scorbut*, l'*arthritisme*, le *cancer*, la *scrofule* et surtout la *syphilis*; alors ils s'accompagnent de lésions plus ou moins étendues des os ou des cartilages, fournissent une sécrétion purulente extrêmement fétide, et constituent une maladie spéciale que l'on désigne sous le nom d'*ozène*.

A. **Ulcères simples.** Ils se rencontrent d'ordinaire à la partie antérieure de la cloison, au point de réunion des parties cartilagineuse et osseuse. Leur surface est rouge, granuleuse, plus ou moins étendue; jamais ils ne dépassent en profondeur l'épaisseur de la pituitaire. La douleur est faible ou nulle; le plus souvent il n'y a qu'une démangeaison plus ou moins vive; le mucus sécrété par la pituitaire n'a rien perdu de ses caractères normaux; la matière fournie par les ulcères se mêle au mucus sous forme de croûtes brunâtres ou noirâtres, qui sont enlevées par les malades ou se détachent spontanément. Certains auteurs admettent, sans preuves péremptoires, que le *coryza ulcéreux simple* peut dégénérer en *coryza ulcéreux fétide*. Les ulcérations simples des fosses nasales sont généralement accessibles à la vue; dans le cas où elles siègent trop profondément pour être directement aperçues, on recourt à l'exploration des cavités olfactives avec le spéculum nasal. On peut aussi se servir du procédé du stylet, d'après le procédé de J.-J. Cazenave (de Bordeaux), que nous indiquerons plus loin (p. 308).

Cette affection est souvent rebelle. Le mode de traitement qui semble donner les meilleurs résultats est la *cautérisation* avec le *nitrate d'argent*, cautérisation qu'on pratique, après avoir eu soin de faire tomber les croûtes à l'aide d'*injections émollientes* ou d'*embrocations huileuses*. On y joint l'insufflation dans les narines d'une *poudre astringente* (alun), ou d'injections dans la fosse nasale d'une solution de *sulfate de zinc*, d'une décoction d'*écorce de chêne*, de *noix de galle*, de *quinquina*; ou d'eau de *Barèges*, de *Balaruc*; ou encore de *fumigations* avec le *benjoin*, le *mastic*, la *myrrhe*. Dans les cas rebelles, on a recours à la médication révulsive: purgatifs, vésicatoire ou séton à la nuque, etc.

B. **Ulcères fétides des narines** (*Ozène*, *rhinite ulcéreuse fétide*, *fœtor narium*, *dysodie*). Ces ulcères se développent surtout dans l'enfance et l'adolescence, à peu près aussi souvent chez les garçons que chez les filles; le plus souvent sous l'influence d'une *cause générale*, telle que la *scrofule* et surtout la *syphilis*; quelques auteurs admettent encore, mais sans raisons bien plausibles, des *ozènes arthritiques*, *dartreux*, *scorbutiques*. On a vu l'*ozène* se former *consécutivement à l'arrachement d'un polype*.

Le siège en est variable: le plus souvent c'est vers la racine du nez, ou au niveau des os propres, ou encore dans la partie de la pituitaire voisine du vomer. Les ulcérations sont plus ou moins étendues, par-

fois nombreuses et très-petites; le plus souvent au nombre d'une ou de deux, et alors elles sont larges. Dans tous les cas, elles sont irrégulières, profondes et attaquent parfois les os; leurs bords sont irréguliers, boursoufflés, décollés; la muqueuse environnante est souvent épaissie, parfois ramollie. Il s'échappe par les narines ou par l'ouverture postérieure des fosses nasales, souvent par ces deux voies à la fois, un liquide muco-purulent, plus ou moins épais, jaune verdâtre, vert ou brun, mélangé à des croûtes qui sont elles-mêmes plus ou moins épaisses, de couleur brunâtre ou noirâtre. Parfois le produit sécrété s'accumule à l'ouverture postérieure des fosses nasales, et pour l'expulser les malades sont obligés d'exécuter une forte inspiration par le nez, ce qui a pour conséquence de faire tomber le liquide dans le pharynx. Ce mucus obstrue mécaniquement les fosses nasales, et produit l'encliffement; mais le caractère le plus important qu'il présente est l'odeur infecte qu'il exhale, odeur qui semble moins dépendre de la rétention de la matière sécrétée que des qualités propres à cette matière. Cette odeur n'est pas constamment la même. On l'a comparée à celle d'une punaise écrasée, d'où le nom de *punaisie* donné parfois à la maladie. Dans un certain nombre de cas, l'affection donne lieu à une déformation plus ou moins considérable du nez; au niveau des parties malades, il y a rougeur de la peau, douleur plus ou moins vive, et souvent à la pression on perçoit une crépitation bien manifeste; parfois quelques portions d'os nécrosés se détachent et s'échappent par les fosses nasales, ou par une ulcération de la peau; le point correspondant à la perte de substance demeure affaissé et la cicatrice qui lui succède est irrégulière. Dans d'autres cas, la nécrose s'étend jusqu'à la voûte palatine, qui est perforée. Chez quelques sujets, on observe des ophthalmies, ou du larmoie-ment consécutivement à une lésion des parois du canal nasal.

Il n'est pas toujours facile de préciser le siège des ulcérations; cependant il est rare qu'on ne parvienne pas à les apercevoir, en faisant asseoir le malade en face d'une fenêtre bien éclairée, en renversant la tête en arrière, en relevant la pointe du nez en haut; alors les rayons lumineux pénètrent aussi profondément que possible dans les fosses nasales. Si des croûtes ou du mucus épaissi masquent la pituitaire, on les fait tomber au moyen d'injections émollientes, en ayant soin de ne pas les arracher. Si ce mode d'examen est insuffisant, on peut recourir à l'emploi du *speculum nasal*. Il est un autre moyen qui semble avoir donné à Cazenave (de Bordeaux) de bons résultats. On introduit dans la fosse nasale aussi profondément que possible un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet. Le stylet est ramené d'arrière en avant, en lui faisant exécuter de légers mouvements de rotation; l'extrémité mousse recourbée explore ainsi toute la surface de la pituitaire: l'instrument glisse sans être arrêté s'il n'y a pas d'ulcérations; en cas contraire, l'extrémité est retenue par les bords saillants ou décollés de l'ulcération. Ce sont surtout la voûte du nez et la partie de la cloison voisine de cette voûte, siège de prédilection des ulcérations, qui doivent être explorées de la sorte.

L'ozène est souvent très-rebelle. Dans l'ozène *syphilitique*, les lésions

osseuses ont une grande tendance à s'étendre, et il n'est pas rare de voir survenir des déformations plus ou moins considérables de l'organe de l'olfaction.

Les moyens curatifs sont nombreux; il faut surtout insister sur le *traitement général*, en vue de combattre l'*influence diathésique*: amers, toniques, huile de morue, etc., dans l'ozène scrofuleux; mercure, iodure de potassium dans l'ozène syphilitique, etc. On ajoute à ces moyens un *traitement local*, qui consiste dans l'emploi d'*injections astringentes* (alun, sels de plomb), d'insufflations de sulfure d'arsenic, d'oxyde rouge de fer, de litharge, etc., de *divers topiques* désignés sous le nom d'*errhins*. La *cautérisation* des ulcérations par le *fer rouge*, par les *caustiques liquides*, surtout le *nitrate acide de mercure*; les *injections de chlorure de chaux*, de *sublimé*, de *permananate de potasse* donnent en général de bons résultats. Néanmoins les ulcérations sont parfois très-rebelles, et il faut recourir à une médication révulsive sur l'intestin, à un vésicatoire ou un cautère à la nuque.

L'étréitesse congénitale des narines, lorsque le nez est déprimé vers sa racine (*nez des camards*), occasionne souvent une *fétidité essentielle des narines*, sans qu'on puisse constater d'ulcération des fosses nasales. Cette *dysodie* est le plus souvent *incurable*; parfois elle guérit spontanément par les progrès de l'âge. Il faut se contenter d'un *traitement palliatif*: inspirations fréquentes d'eau tiède, aromatisée avec de l'*eau de Cologne*, ou de l'*essence de menthe*; injections, cinq ou six fois par jour, avec de l'eau tiède additionnée d'un sixième de son poids de *chlorure de chaux*.

6° POLYPES DES FOSSES NASALES.

Sous ce nom, on désigne des tumeurs offrant des variétés relatives au siège et à la structure, mais qui toutes présentent des caractères communs de forme, quelques-uns des symptômes, ou d'indications thérapeutiques. De toutes les classifications proposées pour ce genre de productions morbides, les unes reposent sur l'ensemble des caractères purement physiques (Ledran, Boyer, Bérard); d'autres, sur leur constitution anatomique (Lassus, Gerdy); d'autres enfin sur leur siège (*polypes nasaux*, *naso-pharyngiens*, *naso-maxillaires*, *naso-frontaux*). Au point de vue pratique, nous croyons devoir les diviser en trois classes: les *polypes muqueux*, les *polypes fibreux*, les *polypes de nature maligne*, c'est-à-dire les *cancéreux* et les *fibro-plastiques*.

A. POLYPE MUQUEUX.

Ce sont des corps grisâtres, mous, faciles à écraser et à déchirer, très-hygométriques, de volume et de forme variables, en général fermes et élastiques, parfois mous et tremblotants, présentant l'aspect d'une gelée, d'où le nom de *polypes gélatiniformes*. Ils naissent dans le tissu sous-muqueux, habituellement sur la paroi externe de la fosse nasale, quelquefois ailleurs, mais rarement à la paroi supérieure. Ils sont constitués: 1° par une *membrane extérieure*, qui le plus souvent n'est autre chose que la mem-