

### CHAPITRE III.

#### ANTISEPSIE DES VOIES AÉRIENNES

##### § I.

SOMMAIRE. — Antiseptie des fosses nasales (1). — Plaies chirurgicales ou accidentelles. — Affections ulcéreuses spécifiques. — Coryza aigu simple. — Coryza purulent. — Coryza blennorrhagique des nouveau-nés. — Blennorrhagie nasale de l'adulte. — Ozène. — Tuberculose nasale. — Lupus du nez. — Accidents syphilitiques. — Cancer. — Asthme des foins. — Antiseptie nasale comme prophylaxie de la pneumonie.

##### Affections ulcéreuses non spécifiques.

L'emploi des antiseptiques est indiqué, à priori, dans toutes les affections ulcéreuses des fosses nasales, spécifiques ou non.

Par affections ulcéreuses non spécifiques, il faut entendre non seulement les ulcérations provenant de coups d'ongles du sujet, et qui sont vraisemblablement les seules vraies ulcérations non spécifiques de cette région, mais aussi toutes les pertes de substance de la muqueuse nasale qui proviennent soit de traumatismes accidentels, (piqûres, coupures, etc.), soit de traumatismes chirurgicaux. Il s'agit alors,

(1) Pour la rédaction de ce chapitre nous avons utilisé beaucoup de notes qu'a bien voulu nous remettre notre ami le Dr A. Ruault, fondateur des Archives de laryngologie et de rhinologie, chargé de la clinique laryngologique à l'Institution Nationale des Sourds-Muets.

si on peut employer cette expression, d'organiser une antiseptie *défensive*, ayant pour but d'empêcher les germes atmosphériques de venir irriter la plaie, et de l'infecter localement, ou tout au moins de les balayer avant qu'ils aient eu le temps de nuire, s'ils ont pénétré accidentellement malgré les précautions prises.

Il ne faut jamais non plus perdre de vue que les pertes de substance de la muqueuse du nez sont une porte d'entrée fréquente de l'érysipèle, complication plus rare que les inflammations banales, mais dont l'éventualité mérite d'attirer toute l'attention du chirurgien.

Quand on songe que les germes atmosphériques pénètrent dans le nez à chaque inspiration, et que l'une des plus importantes fonctions des fosses nasales est précisément de *filtrer* l'air avant qu'il n'arrive dans les voies respiratoires plus profondes, on est enclin à conclure que les plaies des fosses nasales sont une cause fréquente d'infection. En réalité il n'en est rien ; ces plaies, comme certaines plaies de la région buccale, semblent jouir d'une immunité particulière.

Cela est particulièrement vrai pour les plaies par arrachement : Lemeré (1), qui a écrit une thèse sur les *accidents consécutifs à l'arrachement des polypes des fosses nasales*, n'a pu réunir que trois observations d'accidents suppuratifs à la suite de cette opération. Les deux premières (Broca, Demarquay) ont trait à des abcès de sinus frontal, qui guérissent. La troisième est celle d'un vieillard qui eut deux fois un érysipèle de la face après des tentatives opératoires, et qui, à la troisième tentative, pris de graves accidents inflammatoires du nez et des sinus, mourut de méningite.

M. Després attribue la bénignité des plaies de la bouche à ce fait que ces plaies se trouvent tout naturellement traitées par un pansement humide. Nous nous garderons

(1) Lemeré. *Thèse de Paris*, 1877.

bien de proposer pour le cas qui nous occupe cette explication peu vraisemblable; mais on peut trouver assez aisément une autre explication satisfaisante, croyons-nous, de la bénignité des plaies consécutives à l'arrachement des polypes.

Les polypes muqueux s'insèrent en effet presque toujours dans la partie supérieure des fosses nasales; la plaie qui résulte de leur ablation par arrachement est par conséquent située très haut. Or le courant d'air respiratoire ne passe guère que dans la région inférieure des cavités nasales, pendant la respiration tranquille, c'est dans ces régions qu'il se brise sur les parties anfractueuses qui retiennent les germes; pour faire pénétrer un peu largement l'air dans les parties supérieures du nez, et jusque dans la région olfactive, il est nécessaire de dilater activement les narines et de faire la série d'inspirations courtes et brusques qui constitue le reniflement.

Les plaies des fosses nasales par instruments piquants, tranchants ou contondants s'enflamment plus aisément que celles par arrachement, et il semble probable que ces inflammations sont le plus souvent dues à la malpropreté de l'arme ou de l'instrument qui a causé la blessure. Sinon, comme dans les plaies par arrachement, du reste, la narine est vite comblée par des caillots qui empêchent l'entrée de l'air et protègent les parties lésées. Cependant, il est toujours indiqué de faire un pansement antiseptique.

Il y a deux cas à considérer : ou l'on a affaire à une plaie qui saigne, ou il n'y a pas d'écoulement sanguin.

Dans le premier cas, il faut d'abord faire l'hémostase avant d'appliquer le pansement définitif; mais tout d'abord il est nécessaire de laver soigneusement la plaie. L'acide phénique est irritant, et difficile à supporter pour une muqueuse aussi sensible que celle du nez; il est préférable d'employer soit l'acide borique, soit la résorcine. — On fera

donc, à l'aide d'une seringue convenable, un lavage soigneux de la cavité avec une solution d'acide borique à 30 pour 1000. Souvent le contact du liquide froid arrête l'écoulement sanguin; sinon, la fosse nasale ayant été soigneusement lavée, on badigeonnera avec soin toute la muqueuse abordable au pinceau à l'aide de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	2 gr.
Eau.....	} à 5 gr.
Glycérine.....	

La cocaïne est le meilleur hémostatique du nez (Ruault). Le plus souvent l'écoulement sanguin s'arrêtera presque immédiatement. Plus rarement il sera nécessaire de répéter le badigeonnage deux ou trois fois à quelques minutes d'intervalle.

Dans les cas où les lésions seront limitées à la muqueuse, peu profondes ou peu étendues, il est rare que le tamponnement soit nécessaire. S'il s'imposait, on le pratiquerait à l'aide de ouate iodoformée, préparée suivant la formule suivante :

Iodoforme.....	4 gr.
Ether.....	80 gr.
Alcool.....	20 gr.
Glycérine neutre.....	1 gr.
Ouate.....	q. s.

L'ouate ayant été imbibée, on la laisse sécher en l'exposant à l'air.

On peut employer aussi l'ouate boriquée :

Acide borique.....	4 gr.
Glycérine.....	4 gr.
Alcool.....	20 gr.
Eau.....	60 gr.
Ouate.....	q. s.

Imbiber et laisser sécher à l'air.

Mais, si, ce qui est la règle après l'emploi de la cocaïne, l'écoulement sanguin s'arrête sans tamponnement, il suffira

d'insuffler, à l'aide d'un instrument spécial ou simplement d'un tube de verre, de l'iodoforme *très finement* pulvérisé sur les parties lésées, et de boucher la narine correspondante à l'aide d'un tampon d'ouate stérilisée.

Ce pansement est indiqué non seulement dans le cas de plaies et d'ulcérations accidentelles, mais encore après toutes les opérations intra-nasales, résections de la muqueuse hypertrophiée, arrachement de polypes, cautérisations *profondes* au galvano-cautère.

De plus dans le cas des opérations intra-nasales, il est toujours utile de faire immédiatement avant l'opération un lavage très complet des parties, soit avec la solution boriquée, soit avec une solution de résorcine à 3 pour 100, précaution bien naturelle, et qui n'est pas cependant recommandée dans les livres.

Le pansement doit être renouvelé de temps en temps, matin et soir, par exemple, jusqu'à la cicatrisation et la chute de la croûte ou de l'eschare, s'il y a eu perte de substance ou brûlure. Chaque insufflation d'iodoforme doit être précédée par un lavage et suivie du tamponnement, non de la fosse nasale, mais seulement de la narine, comme l'a indiqué M. Ruault. Grâce à ces précautions, on n'observera probablement jamais de rhinite post-opératoire.

Il est nécessaire au malade comme au médecin d'avoir beaucoup de patience et de se conformer scrupuleusement aux règles ci-dessus indiquées. Il va de soi que, dans les cas d'affections bilatérales, il faut attendre qu'un côté soit guéri complètement avant d'opérer l'autre; car la sensation d'obstruction des deux côtés est très pénible au malade et le prive quelquefois du sommeil, s'il n'est pas habitué à respirer par la bouche. On n'est autorisé à agir autrement que dans les cas où la maladie qui légitime l'opération cause par elle-même l'obstruction complète du nez.

#### Affections ulcéreuses spécifiques.

Les affections ulcéreuses *spécifiques* des fosses nasales sont toutes justiciables de la médication antiseptique.

Avant de passer en revue les médications qui se présentent, dans ces divers états morbides, nous devons d'abord parler des coryzas purulents.

Dans le *coryza aigu simple*, que de bons observateurs considèrent comme une maladie spécifique, microbienne, contagieuse (au moins contagieuse pour une muqueuse atteinte d'hyperémie irritative), les antiseptiques ne trouvent guère leur emploi qu'à la période de sécrétion muco-purulente; encore ne doit-on pas les employer sous forme de solution, les lavages des fosses nasales ne présentant aucun avantage; mais les insufflations d'acide borique et de résorcine sous la forme suivante :

Acide borique pulvérisé....	1
Résorcine .....	1
Sucre blanc.....	1

donnent de bons résultats à la période de sécrétion muco-purulente, dans les poussées aiguës qui surviennent dans le coryza chronique simple.

Existe-t-il un coryza purulent *simple*? Il est en tout cas fort rare. M. Ruault n'en a jamais vu qu'un cas, chez l'adulte. Il était limité à une seule narine, avait donné lieu à des concrétions caséuses abondantes (coryza caséux de Duplay) et a cédé à un curage de la narine, suivi de lavages abondants au borate de soude et de cautérisation de la muqueuse au galvano-cautère.

Chez les enfants nouveau-nés le coryza purulent, comme l'ophthalmie purulente, paraît dû à la contagion directe (blennorrhagie de la mère). Quelquefois cependant ce coryza est

moins grave, et, s'il est dû aussi à un contact des parties avec des sécrétions vaginales, il semble qu'il soit seulement catarhal, puisqu'il est susceptible de guérir seul assez rapidement.

Néanmoins il est urgent dans tous les cas de le soigner immédiatement, à cause de la gravité de l'occlusion nasale chez les nouveau-nés qui sont alors incapables de têter et de dormir.

La résorcine, en solution à 1 0/0 ou plus, est peut-être le meilleur antiseptique à employer dans ce cas; mais il ne faut pas pratiquer de lavages des fosses nasales chez les jeunes enfants sans prendre quelques précautions pour empêcher le liquide de pénétrer dans les voies aériennes. Il est donc indispensable de fermer les orifices postérieurs des fosses nasales, en introduisant un porte-tampon courbe en arrière du voile du palais. L'occlusion se fera à l'aide d'un tampon d'ouate, de volume approprié, qu'on introduira d'abord. Ensuite, on fera le lavage de chaque fosse nasale, successivement.

Chez l'adulte, on pourra avoir à soigner une *blennorrhagie nasale*. Il en existe quelques cas: Sigmund (1851) en a vu un cas chez un homme qui avait mis son nez au contact des parties génitales d'une femme contaminée. — Edward, quelques années après, en a vu un cas grave chez une vieille dame qui s'était mouchée, étant enrhumée du cerveau, dans un mouchoir dont son propre fils, jeune blennorrhagique, s'était servi pour envelopper les parties malades. — On pourrait employer en pareil cas la résorcine à 3 ou 4 0/0 ou le sublimé à 1/10,000 — en pulvérisations.

#### Ozène.

La nature parasitaire de l'ozène est généralement admise surtout depuis le mémoire de Lœwenberg. La lésion anatomi-

mique consiste, on le sait, en une rhinite atrophique. La muqueuse s'amincit, les cornets s'atrophient, surtout l'inférieur, les fosses nasales s'élargissent. Mais il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse, bien qu'elle se recouvre de croûtes solides, adhérentes. Dans le mucus nasal, qui 15 fois sur 16 est alcalin, Lœwenberg a toujours trouvé un gros coccus presque toujours en diplocoques ou en chaînettes. Cet auteur pense que le coccus amené par l'air, comme une foule d'autres, est fixé par le mucus nasal; mais chez certains sujets, soit par suite de la structure particulière des fosses nasales, soit par suite d'une perversion de la sécrétion du mucus, le coccus de l'ozène se multiplie à l'exclusion de tous les autres microbes. En tous cas c'est aux antiseptiques que Lœwenberg a dû tous ses succès. Voici en quoi consiste le traitement journalier.

1° Douche nasale au bichlorure de mercure à 1/10000.

2° Bain nasal qu'on pratique à la fin de la douche, en inclinant la tête en arrière jusqu'à ce que les narines forment le point le plus élevé des cavités naso-pharyngiennes, et en laissant couler doucement la solution de sublimé.

3° Insufflations de poudre impalpable d'acide borique, faites pendant que le malade soutient *la voyelle a* pour empêcher la poudre de tomber dans le pharynx (1).

Voici la méthode de traitement conseillée par M. le docteur Noquet (de Lille), dans la *Revue de laryngologie et d'otologie*, méthode peu différente, d'ailleurs, de celle de M. Moure. Il conseille au malade de pratiquer deux fois par jour une douche naso-pharyngienne avec toutes les précautions usitées. Un litre d'eau tiède, dans lequel on a dissous une cuillerée à bouche de chlorate de potasse (Michel), doit passer, chaque fois, dans les fosses nasales. Après cette douche, le malade fait, par chaque narine, une pulvérisation tiède avec la solution suivante:

(1) *Union médicale*, 1884.