

ici. Tout d'abord nous mentionnerons les tumeurs ou néoplasmes de l'oreille interne. Le plus souvent il s'agit de néoplasmes secondaires qui ont pris leur point de départ dans l'oreille moyenne ou dans la cavité crânienne. Il est toutefois des exemples de cholestéatomes envahissant l'oreille interne, comme nous en avons signalé dans l'oreille moyenne et dans l'apophyse mastoïde.

On a vu des cas de tumeurs primitives du nerf auditif, sarcomes et gliomes. Une dégénérescence de l'extrémité terminale de ce nerf, diverses lésions cérébrales, pourront encore amener la perte de l'audition.

Dans tous ces cas, le diagnostic de l'origine de la surdité repose sur l'abolition complète des perceptions auditives par les os du crâne. D'après Moos, quand la surdité résulte d'une lésion de l'oreille interne, l'excitation galvanique, même assez forte pour déterminer des contractions des muscles de la face, sera impuissante à faire naître des sensations subjectives.

## CHAPITRE V

### MALADIES DE L'APPAREIL OLFACTIF.

L'appareil olfactif comprend le nez et les fosses nasales, auxquelles sont annexés la cavité naso-pharyngienne ou arrière-cavité des fosses nasales, et les sinus frontaux et maxillaires. Nous décrirons successivement les affections de ces diverses régions.

### ARTICLE PREMIER

#### MALADIES DU NEZ.

#### I

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU NEZ.

Sous ce titre nous étudierons les contusions, les plaies et les fractures des os propres du nez.

#### 1° CONTUSIONS DU NEZ.

La portion cartilagineuse du nez, mobile, fuit devant les corps contondants; de plus, la densité des tissus qui la composent s'oppose à la formation d'ecchymoses et d'épanchements sanguins. La base ou portion osseuse du nez est au contraire exposée aux contusions, qui donnent lieu à l'écoulement de sang par les narines ou épistaxis, à des bosses sanguines et à des ecchymoses qui s'étendent aux paupières et aux parties latérales du nez.

Les contusions violentes s'accompagnent fréquemment de fractures des os du nez; elles sont parfois suivies de la formation d'abcès sous-muqueux ou sous-cutanés. Enfin, quand la violence est considérable, le choc peut être transmis à la base du crâne et donner naissance à tous les symptômes de la commotion cérébrale.



## 2° PLAIES DU NEZ.

Les piqûres limitées aux parties molles n'ont pas de gravité; si elles pénètrent jusque dans les fosses nasales, elles peuvent s'accompagner d'emphysème. Enfin des instruments piquants pénétrant profondément et de bas en haut dans les fosses nasales peuvent atteindre la base du crâne et déterminer une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde.

Les plaies par instrument tranchant n'ont que peu d'importance, lorsqu'elles n'intéressent pas les os et les cartilages, et qu'elles ne pénètrent pas dans les fosses nasales. Mais si ces dernières cavités sont ouvertes, si surtout le bord libre des narines est intéressé, il importe de réunir par la suture les lèvres de la plaie, de façon à éviter leur cicatrisation isolée et une difformité persistante. La même conduite s'imposerait à *fortiori*, si l'instrument tranchant avait formé un lambeau ne tenant plus que par un mince pédicule et retombant par son propre poids. Enfin, on a vu même des cas dans lesquels des portions plus ou moins considérables du nez, détachées complètement, ont été remises en place par la suture, ont pu continuer à vivre et se réunir aux parties voisines. M. Bérenger-Féraud a réuni dans un mémoire un grand nombre de faits de ce genre.

## 3° FRACTURES DU NEZ.

Les fractures des os du nez sont le résultat de causes directes. Elles peuvent être uniques ou multiples, quelquefois même ce sont des fractures comminutives. Elles se traduisent par un gonflement considérable, une ecchymose, de l'épistaxis, quelquefois un emphysème plus ou moins étendu. En saisissant entre les doigts la base du nez et en lui imprimant des mouvements de latéralité, il est le plus souvent possible de reconnaître la mobilité anormale, et parfois même la crépitation,

Lorsque la fracture est simple et unilatérale, il n'y a généralement pas de déplacement. Quelquefois cependant, en cas de fracture verticale, un des fragments chevauche sur l'autre. Si la fracture est transversale, si surtout il y a plusieurs fragments, généralement il existe un enfoncement plus ou moins prononcé de la base du nez.

Quelquefois le trait de fracture s'étend jusqu'à l'os unguis et à l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Dans ces cas, l'altération des voies lacrymales détermine une tumeur lacrymale et un larmolement persistant. Il est même des cas dans lesquels la fracture du nez s'est accompagnée d'une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde. On comprend la gravité d'une pareille complication.

Le traitement doit se proposer de combattre la difformité. Pour cela, une sonde introduite dans les narines relèvera les fragments. Il faut ensuite ordonner au malade le repos, lui défendre de se moucher avec effort. Dans les cas où la difformité a tendance à se reproduire, on a introduit dans les narines des canules en gomme élastique, ou métalliques, destinées à soutenir les fragments. Ces corps étrangers sont en général assez mal tolérés; aussi a-t-on proposé de leur substituer des vessies de caoutchouc gonflées d'air. S'il y avait tendance à la déviation latérale du nez, on pourrait le maintenir par une gouttière en gutta-percha.

## II

## LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU NEZ.

## 1° FURONCLE.

Le furoncle n'est pas très rare dans la portion cartilagineuse du nez; il s'y développe près de l'ouverture des narines, et assez souvent dans l'épaisseur de la sous-cloison. Vu la densité des tissus, il détermine des douleurs vives et un gonflement considérable qui s'étend à la lèvre supérieure. Comme tous les furoncles de la face, il peut présenter une gravité très grande, résultant d'une phlébite de la veine ophthalmique avec propagation de l'inflammation à l'intérieur du crâne.

## 2° ABCÈS DU NEZ.

Les abcès des parties molles du nez se développent quelquefois à la suite de l'érysipèle; dans d'autres cas, ils succèdent à des plaies



et à des consusions. Développés à la base de l'organe, ils fusent vers les paupières : près de l'extrémité libre du nez, ils donnent lieu à des collections purulentes mieux limitées, qui proéminent parfois en même temps vers la peau et dans l'intérieur des narines, où il est bon de les ouvrir, pour éviter la formation d'une cicatrice apparente.

### 5° ULCÈRES.

Ils sont de nature syphilitique ou scrofuleuse.

a. **Ulcères syphilitiques.** — Les ulcères primitifs ou chancres sont rares ; il en est de même des plaques muqueuses. Ce que l'on observe surtout, ce sont les ulcérations tertiaires, qui se développent primitivement du côté de la peau, ou qui succèdent à des lésions (gommès, tubercules sous-muqueux, périostoses) de la muqueuse ou des os. Ces ulcérations se développent donc tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Elles sont reconnaissables à leur fond grisâtre, à leurs bords taillés à pic, décollés. Quelquefois elles permettent de voir à nu les os nécrosés ou cariés.

b. **Ulcères scrofuleux.** — Les ulcérations scrofuleuses du nez sont le résultat du lupus scrofuleux. C'est surtout chez les femmes, et avant trente ans, qu'on les rencontre. Les parties qui en sont affectées présentent d'abord des tubercules rouges, livides, qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes. Il en résulte une destruction progressive des parties constituantes du nez, lobule, ailes du nez, sous-cloison. Il est des cas extrêmement graves dans lesquels le nez est détruit en quelques semaines. La maladie s'étend le plus souvent aux parties voisines de la face.

La réparation se fait par une cicatrice rosée, mince et luisante.

Le diagnostic des deux variétés d'ulcérations, scrofuleuse et syphilitique, se fait d'après les caractères suivants : Les ulcères syphilitiques ont des bords nets et taillés à pic, tandis que les bords des ulcérations scrofuleuses sont rouges et indurés. Les ulcères scrofuleux sont d'un rouge livide, tandis que ceux de la syphilis sont brunâtres. Il faut joindre à ces caractères l'âge des malades, et la présence ou l'absence d'antécédents syphilitiques.

**Traitement.** — Dans les ulcères syphilitiques, c'est le traitement spécifique qui doit être employé. Contre le lupus, les toniques amers,

l'huile de foie de morue, le fer, l'iodure de potassium doivent être conseillés. Localement on a eu recours aux applications de teinture d'iode, et même à des caustiques énergiques, tels que le chlorure de zinc.

Dans ces dernières années, Volkmann a conseillé le raclage des ulcérations avec la cuiller tranchante ; enfin les scarifications pratiquées d'après le procédé de Vidal donnent aussi de très bons résultats.

Une fois le lupus guéri, s'il reste des difformités trop considérables, on peut se proposer de les corriger, soit par des opérations autoplastiques (rhinoplastie), soit par l'emploi d'appareils prothétiques.

### III

#### TUMEURS DU NEZ.

De nombreuses tumeurs peuvent se développer sur le nez comme sur tout autre point du corps ; ainsi les productions cornées ou verruqueuses, des kystes sébacés, des tumeurs érectiles, des épithéliomas qui, ici, comme sur le reste de la face, appartiennent à la variété de l'adénome sudoripare ou sébacé. Il nous suffit de les mentionner ; nous insisterons seulement sur une variété de tumeur qui appartient en propre à la région nasale, l'éléphantiasis du nez.

#### ÉLÉPHANTIASIS DU NEZ.

Sous le nom d'éléphantiasis du nez, on décrit une tumeur caractérisée par l'hypertrophie totale de la peau du nez, et particulièrement des glandes sébacées nombreuses de la région.

Cette hypertrophie peut être générale et s'étendre à tout l'organe, qui est alors augmenté de volume en masse ; ou bien elle est irrégulière, et donne naissance à des tumeurs surajoutées. Il existe dans la science des cas où le nez ainsi hypertrophié a pu atteindre un volume véritablement énorme. Dans le fait de Theulot rapporté dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, le malade portait à la partie supérieure des deux ailes du nez quatre tumeurs qui lui fermaient les narines, couvraient entièrement la bouche et tombaient



jusqu'au bas du menton. Le malade fut guéri par l'opération, « et débarrassé de quatre masses monstrueuses dont le poids, au total, se trouva de cinq livres lorsque l'extirpation fut faite ».

On trouvera, dans le *Traité de Follin et Duplay*, une planche représentant le nez du malade de Civadier, dont l'histoire est également rapportée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Chez lui, il existait plusieurs petites tumeurs, et au centre, une masse énorme qui transformait le nez en un appendice pyriforme descendant au-devant de la bouche et de la lèvre inférieure. Enfin, dans un cas présenté par M. A. Guérin à l'Académie de médecine, et dont le moule est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis, le nez, hypertrophié dans son ensemble, atteignait 16 centimètres de longueur, tandis que sa largeur mesurait 22 centimètres. Le malade, dégustateur en vins, était obligé, lorsqu'il voulait boire, de relever avec la main gauche cette énorme masse qui retombait au-devant de la lèvre supérieure.

Ces exemples donnent une idée du volume énorme que peuvent acquérir ces tumeurs, et des troubles fonctionnels qu'elles occasionnent. Elles gênent à la fois la parole, la respiration et l'alimentation. Elles peuvent même porter obstacle à la vision.

L'aspect de ces tumeurs est celui de masses violacées rougeâtres, à la surface desquelles on voit se dessiner un grand nombre de vaisseaux capillaires dilatés. On y remarque aussi une foule de petites éminences formées par les follicules sébacés hypertrophiés. On a voulu placer, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre de ces lésions le point de départ de la maladie. Ainsi, M. Devergie a soutenu que cette hypertrophie a pour origine la couperose, c'est-à-dire une maladie des vaisseaux capillaires. Au contraire, MM. A. Guérin, Hardy, Goselin, croient que le point de départ est dans les glandes sébacées. Pour M. Ollier, ces lésions n'auraient pas l'importance de lésions primitives. Les vaisseaux et les glandes sébacées seraient hypertrophiés comme tous les éléments constitutifs de l'organe. Pour lui, en effet, la lésion essentielle, c'est l'hypertrophie générale de tous les éléments du derme. Et il a démontré que cette hypertrophie ne se limitait pas aux parties molles, mais qu'elle atteignait le périoste et le péri-chondre dont l'épaisseur est exagérée, et le cartilage lui-même qui, dépouillé des parties molles, descendait, dans un cas, jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure.

La maladie s'observe surtout chez les hommes, et à partir de cinquante ans. L'alcoolisme paraît une cause évidente de son développement.

Le traitement consiste dans l'ablation des tumeurs isolées, et dans la décortication du nez, conseillée par Ollier, quand il s'agit d'une hypertrophie totale. On enlève toutes les parties molles jusqu'au cartilage. On s'est aussi servi des cautérisations; M. Hardy a employé le fer rouge en pointes pénétrant à un centimètre de profondeur; M. A. Guérin a eu recours aux flèches de Canquoin.

## IV

## VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU NEZ.

Les vices de conformation, congénitaux ou acquis, sont très nombreux. Les uns portent sur l'organe dans son ensemble, les autres sur l'ouverture des narines.

**a. Vices de conformation du nez proprement dit.** — Notons d'abord l'absence totale du nez observée par Maisonneuve chez une petite fille de neuf mois; l'excès de volume du nez, l'aplatissement de l'organe à sa racine, la déviation de sa pointe en haut ou latéralement. Dans un cas où la déviation latérale était très prononcée, Dieffenbach sépara, à l'aide d'un ténotome introduit sous la peau, les cartilages de l'aile et du dos du nez, des os avec lesquels ils étaient en rapport; l'organe prit ainsi une grande mobilité, et put être redressé complètement.

Dans d'autres cas, la déviation du nez est due à des cicatrices vicieuses attirant l'organe, soit vers la joue, soit vers la lèvre supérieure. L'incision de la cicatrice, et l'autoplastie permettraient de remédier à cette difformité.

Enfin une étendue plus ou moins considérable du nez peut avoir été détruite, soit par un traumatisme, soit par une lésion ulcéreuse. On y remédiera, suivant les cas, soit par la rhinoplastie, soit par l'emploi d'appareils prothétiques.

**b. Vices de conformation des narines.** — Tantôt il s'agit d'un rétrécissement plus ou moins marqué, tantôt d'une oblitération com-



plète de la narine. Ces deux vices de conformation peuvent être congénitaux ou acquis.

Le rétrécissement peu marqué n'apporte qu'une gêne insensible à la respiration et à l'olfaction. Il n'en est pas de même d'un rétrécissement considérable, et surtout de l'oblitération complète des narines. Aussi ces vices de conformation nécessitent-ils des opérations destinées à les combattre.

Les procédés employés sont la dilatation, l'incision, et l'autoplastie par inflexion 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, que l'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 eu même 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 perfore. Mais il est des cas, comme celui de Fleming, dans lesquels la communication entre les deux tumeurs