

LIVRE V

MALADIES DU NEZ ET DE SES ANNEXES

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DU NEZ

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

Bibliographie. — KAITNER (de Bordeshom), *Deutsche klinik*, n° 12, 1873. — ADAMS, *The Lancet*, 8 mai 1875. — SPENCER-WATSON, *Diseases of the Nose*, London, 1875, p. 295.

Consultez en outre les Traités des FRACTURES et les Classiques.

1^o CONTUSION

Les contusions du nez sont un des accidents les plus fréquents parmi les lésions traumatiques de la face. La saillie formée par la pyramide nasale explique suffisamment cette particularité. Elles reconnaissent pour cause les traumatismes de tout genre, particulièrement les chocs par suite de chutes ou survenus dans le cours d'une rixe.

Lorsque le coup a porté à la racine du nez, si la violence a été considérable, on observe sur les parties latérales de l'organe une ecchymose qui s'étend jusqu'aux paupières; il n'est pas rare de constater en outre des symptômes très nets de commotion cérébrale. Ces lésions déterminent une douleur assez vive, et s'accompagnent d'ordinaire d'épistaxis rarement abondante. Au lieu de s'épancher ainsi librement à l'extérieur, le sang s'infiltré parfois sous la muqueuse et la décolle (bosse sanguine). Il peut encore se former de petits abcès qui proéminent sous la peau ou dans les fosses nasales. On voit même survenir une rhinite purulente, CHASSAIGNAC en a rapporté un cas des plus intéressants.

Au lieu d'une simple contusion, on observe quelquefois, surtout à la suite

des chutes, l'existence de plaies contuses qui varient depuis la simple éraillure de l'épiderme jusqu'à l'écrasement complet des parties molles.

2^o PLAIES

a. Plaies par instruments piquants. — Bornées aux parties molles du nez, ces plaies ont une minime importance. Si la violence du traumatisme est considérable, la pointe de l'instrument peut pénétrer dans les fosses nasales ou les cavités environnantes : sinus de la face, cavités orbitaires, encéphale, etc. Si la plaie a pénétré dans les fosses nasales, il n'est pas rare de voir par la suite se développer un peu d'emphysème. Dans ces diverses circonstances, on le comprend, la lésion des parties molles est insignifiante; les complications priment tout.

b. Plaies par instruments tranchants. — Ces plaies sont verticales ou transversales. Quelle que soit leur direction, l'indication est formelle; il faut toujours rapprocher les bords de la solution de continuité de façon à éviter plus tard les difformités.

On a observé aussi les sections partielles ou totales du nez. Dans ces circonstances encore, on doit, imitant en cela l'exemple que nous en a donné A. PARÉ, remettre en place la partie enlevée, affronter les lambeaux par la suture à points passés, introduire dans les fosses nasales des bourdonnets de charpie et mieux de gaze phéniquée, qui maintiendront en place les parties séparées et assureront l'intégrité du calibre des narines, en un mot prendre toutes les précautions convenables pour assurer la réunion immédiate. BÉRENGER-FÉRAUD a pu réunir soixante-cinq observations dans lesquelles des tentatives de ce genre ont été couronnées d'un plein succès (*Gaz. des Hôpitaux*, 1870, p. 53).

3^o FRACTURES ET LUXATIONS DES OS PROPRES DU NEZ

a. Fractures. — **Étiologie.** — Les fractures des os propres du nez, ainsi que celles de l'apophyse montante du maxillaire, habituellement décrites en même temps, résultent toujours de l'action d'une cause directe; coups, chute, projectiles. Elles peuvent être simples, compliquées ou comminutives.

Symptômes. — Déformation de la région, crépitation, tels sont les deux symptômes principaux. Ils sont bientôt masqués par un gonflement considérable qui ne tarde pas à se produire. Comme dans toutes les contusions, il y a toujours production d'une épistaxis plus ou moins abondante. A la racine du nez, le squelette étant beaucoup plus résistant que dans le reste de la pyramide, les fractures exigent pour se produire une violence considérable, et s'accompagnent de symptômes de commotion cérébrale. Un accident assez fréquent à la suite des lésions qui nous occupent, est la perte plus ou moins complète de l'odorat. Dans les cas de ce genre, on admet que la puissance vulnérante a occasionné la rupture de la lame criblée, et que les fibres du nerf

olfactif ont été déchirées. Si la lame criblée est fracturée dans une étendue suffisante, il peut survenir des épanchements de liquide céphalo-rachidien. Le trait de fracture intéresse parfois le canal nasal, d'où l'apparition d'un épiphora, d'une tumeur lacrymale, etc. Ces sortes de fractures, ainsi que l'a fait remarquer MALGAIGNE, guérissent presque toujours sans interposition d'aucun cal. Ce n'est donc pas au travail de réparation qu'il faut attribuer les accidents observés, mais bien à l'impossibilité de relever les fragments.

Les projectiles de guerre détruisent parfois le nez dans une étendue plus ou moins considérable; ils pénètrent fréquemment dans la cavité des fosses nasales, brisent les cornets, et le plus souvent, continuant leur course, vont se loger dans les cavités voisines ou dans les os de la base du crâne. Parfois ils restent enclavés entre les cornets; grâce à la fragilité de ces petits os, il n'est pas difficile de les extraire.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de reconnaître une fracture du nez. Sur vingt-cinq cas de ce genre, rassemblés par HAMILTON, quatorze avaient été méconnus par les chirurgiens. Le gonflement considérable qui survient après l'accident, l'indocilité du patient, justifiée du reste par la douleur à laquelle donnent lieu les explorations, permettent facilement de comprendre la possibilité de semblables erreurs.

Pronostic. — Ces fractures ne sont graves que par les complications qu'elles peuvent entraîner. Citons entre autres : 1° l'emphysème qui s'étend parfois à toute la face et même au cou; 2° l'érysipèle.

Traitement. — Il faut tenter de relever les os enfoncés et de les maintenir en place. Il est souvent difficile de remplir la première indication. BOYER a conseillé de repousser les fragments à l'aide d'une sonde en gomme introduite dans les fosses nasales; la sonde de femme est préférable. POINSOT préconise l'emploi de petits ballons en caoutchouc que l'on introduirait vides dans les fosses nasales et que l'on gonflerait ensuite. Ce procédé nous semble plus ingénieux que pratique. Une fois les os revenus en place, comme les fragments sont d'ordinaire engrenés, le déplacement n'a pas de tendance à se reproduire.

b. *Luxations.* — Il existe dans la science une seule observation de luxation des os propres du nez, due à BOURGUET D'AIX. Cet accident étant fort peu commun, nous ne nous y arrêtons pas.

§ 2. — Lésions inflammatoires et ulcéreuses

1° LÉSIONS INFLAMMATOIRES

a. *Lésions des parties molles.* — Les ulcérations qui siègent au pourtour des fosses nasales sont fréquemment le point de départ d'érysipèle. Les furoncles ne sont pas rares dans cette région; ils déterminent de vives douleurs et un gonflement considérable; comme ceux de la lèvre supérieure, ils peuvent occasionner des accidents graves (phlébite des veines de la face et des sinus, pyohémie, mort).

Les abcès du nez, lorsqu'ils ne se rattachent pas à une lésion du squelette,

ne présentent aucune indication particulière; on se bornera à les ouvrir le plus vite possible.

b. *Lésions du squelette : ostéite, nécrose.* — La périostite et l'ostéite des os du nez sont assez fréquentes. Presque toujours les lésions de ce genre reconnaissent pour cause la syphilis.

Lorsque cette affection a été négligée, la nécrose détruit le squelette, dès lors l'organe s'affaisse. La formation de ces ostéites détermine habituellement du côté des fosses nasales la production d'un écoulement purulent, accompagné de l'issue d'esquilles plus ou moins volumineuses. Pendant toute la durée du travail éliminateur, existe une odeur des plus insupportables (ozène).

2° ULCÉRATIONS DU NEZ

Bibliographie. — VOLKMANN, *U. den Lupus u. seine Behandl.*, in *Samml. kl. Vorträge*, 1^{re} série, n° 13, 1870. — BALMANNO-SQUIRE, *On Lupus and its Treat. by a New Method*, London, 1875. — ERNEST BESNIER, *le Lupus et son traitement*, *Revue générale*, in *Ann. de dermat.*, t. 1^{er}, 1880; *cod. loc.*, t. IV, 1883. Consultez en outre les différents Traités de *Maladies de la peau*.

Les ulcérations que l'on rencontre sur le nez sont d'origine syphilitique, ou résultent de la marche envahissante du lupus et des tumeurs cancéreuses.

a. *Ulcérations syphilitiques.* — Chancres et plaques muqueuses sont rares dans cette région. Les ulcères syphilitiques du nez se développent d'ordinaire consécutivement aux lésions osseuses que nous venons de signaler, ou apparaissent à la suite de gommès. Ils présentent l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'ulcère spécifique.

b. *Lupus.* — Le nez est un des sièges d'élection du lupus. Dans la majorité des cas, la maladie débute à la pointe ou sur les ailes du nez. Le lupus se montre dans le jeune âge, et paraît plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Les formes le plus souvent observées sont celles du lupus érythémateux, et du lupus ordinaire ou de Willan.

Le lupus érythémateux est tantôt en plaques (*lupus discoïde érythémateux*); tantôt disposé sous forme d'ilots (*lupus érythémateux agminé*); enfin ce sont de grandes plaques rouges (*lupus érythémateux généralisé*). La maladie, dans ce cas, s'accompagnerait d'albuminurie. Les bords de la plaque, rougeâtres, sont élevés sur le centre, où la peau déprimée et luisante se recouvre d'écaillés sèches fortement adhérentes.

Bien autre est l'aspect du lupus ordinaire. Il existe au début une coloration spéciale de la peau, puis, sur un point se forment des saillies papuleuses, rougeâtres, dont le volume augmente rapidement. Les tubercules se développent en peu de temps, puis s'excorient et, après un écoulement de sérosité purulente, des croûtes se forment. « Si l'on enlève la croûte, dit HÉBRA, on met à nu une plaque rouge recouverte d'un pus abondant, crevassée et supportant des excroissances papillaires saignantes. » Le volume de l'organe semble augmenté, et une palpation attentive fait reconnaître une masse molle formée

par des fongosités. L'ulcération que nous avons signalée au-dessous de la croûte augmente peu à peu, détruisant profondément la peau et les parties molles. Nous n'insisterons pas sur les difformités produites par cette redoutable maladie. L'évolution du lupus est d'ordinaire lente, puis brusquement il affecte la forme maligne. Abandonnée à elle-même, cette affection a une marche essentiellement envahissante, parfois cependant elle s'arrête peu à peu. La guérison se fait au prix de cicatrices vicieuses; le malade est exposé aux récidives.

Traitement. — Depuis longtemps on a essayé contre le lupus les toniques, les amers, l'huile de foie de morue, les dépuratifs, etc. Dans ces dernières années, CALL ANDERSON a conseillé contre le lupus érythémateux l'iodure d'amidon à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour. Presqu'à la même époque, E. BESNIER employait dans les mêmes cas l'iodoforme, qu'il fait prendre en pilules à la dose de 0^{gr},30 à 0^{gr},80, suivant l'âge des sujets et leur résistance. Ce traitement prolongé a donné d'excellents résultats; il doit d'autant moins être abandonné, que l'intervention chirurgicale convient moins bien au lupus érythémateux qu'au lupus de Willan, et que dans certains cas, le processus érythémateux continuant avec activité, la maladie se développe sans cesse à la périphérie des surfaces chirurgicalement traitées ou en d'autres lieux.

Le traitement local, généralement adopté aujourd'hui, consiste dans l'emploi des scarifications linéaires préconisées depuis quelques années par BALMANO SQUIRE et E. VIDAL: l'emploi du thermo ou du galvano-cautère a donné les meilleurs résultats.

§ 3. — Tumeurs du nez

1° ÉLÉPHANTIASIS

On désigne sous ce nom une tumeur constituée par l'hypertrophie de la peau du nez et même des parties voisines de la joue. La masse ainsi formée acquiert parfois un développement vraiment effrayant. GUÉRIN a présenté à l'Académie de médecine le moule d'un nez hypertrophié à un point tel, que sa longueur était de 0^m,16 et que sa largeur d'une joue à l'autre mesurait 0^m,22. Tantôt l'hypertrophie est générale et l'organe malade a conservé sa forme; dans d'autres cas au contraire, l'augmentation de volume est partielle.

Anatomie pathologique. — La plupart des auteurs sont unanimes à admettre qu'il s'agit d'une hypertrophie générale des éléments du derme. DEVERGIE en fait une affection du système vasculaire; HARDY, GOSSELIN, GUÉRIN croient qu'il s'agit d'une variété d'acné (acné hypertrophique); OLLIER, qui a eu occasion d'examiner le produit morbide, le trouve constitué presque exclusivement par une hypertrophie du tissu conjonctif qui étouffe et détruit presque complètement les autres tissus. Le travail hypertrophique envahit aussi le périoste et le périchondre. La gaine externe des vaisseaux semble prendre une grande part au développement de ces tumeurs; les vaisseaux sont en effet

béants à la coupe et forment à la périphérie de la masse un réseau vasculaire des plus développés, ce qui donne à ces productions un aspect caractéristique.

Étiologie. Traitement. — Cette singulière affection débute d'ordinaire à l'âge adulte. L'abus des boissons alcooliques, l'habitude de repas copieux influent sur son développement; mais parfois elle se montre chez des sujets très sobres et sans que l'on puisse bien savoir pourquoi.

Le seul traitement qui nous paraisse rationnel est la décortication de la tumeur, proposée et mise en usage par OLLIER. L'emploi du thermo-cautère facilitera le manuel opératoire en mettant à l'abri des hémorragies.

2° RHINOSCLÉROME

Bibliographie. — HÉBRA, *Traité des maladies de la peau* (Trad. A. Doyon), t. II, fasc. 2, Paris, 1875. — JOHANN MIKULICZ, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XX, Berlin, 1877 et *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1877. — MAXIMILIAN ZEISSL, *Wiener Medizin. Wochens.*, n° 22, 1880, p. 621, et *Revue de dermat.*, 1880, p. 263. — A. FRISCH (de Vienne), *Étiologie du rhinoscl.*, in *Revue de dermat.*, p. 590, 1882. — CELSO PELLIZARI, *le Rhinosclérome*, Florence, 1883, analysé in *Ann. de dermat. et syphil.*, 1883, t. IV, p. 549.

Sous ce nom, HÉBRA et KAPOSI ont décrit une affection absolument spéciale qui siège d'ordinaire sur le nez et les parties voisines.

« Elle se présente sous forme de plaques, de bourrelets, de nodosités de la peau et de la muqueuse, surtout de la cloison des ailes du nez, ainsi que de la partie avoisinante de la lèvre supérieure. Ces productions planes ou formant un léger relief nettement limité, sont isolées ou confluentes, douloureuses à la pression, très dures, élastiques; on peut avec le doigt glisser sur le bord libre de la plaque et la détacher en quelque sorte des parties sous-jacentes. Elles sont complètement inhérentes à la peau et se déplacent avec elle. » (KAPOSI.) La surface de ces productions n'a pas une coloration différente de celle de la peau.

L'affection débute d'habitude par une aile du nez, par la cloison, puis se propage peu à peu. Au bout de quelques mois, dit KAPOSI, le nez semble *coulé dans du plâtre*, tellement il est raide et immobile; la pression des doigts est impuissante à rapprocher ses parois. La maladie n'a aucune tendance à l'ulcération; elle marche lentement mais d'une façon continue, envahit la muqueuse buccale, les gencives, le voile du palais, occasionne des troubles du côté de la phonation, de la déglutition, de la respiration.

Anatomie pathologique. — Les opinions sont fort partagées sur la nature de cette lésion. HÉBRA et KAPOSI en font une tumeur spéciale; GEBER et MIKULICZ pensent que cette néoformation cellulaire est la conséquence d'une diapédèse, et que les éléments cellulaires qui en résultent se transforment progressivement en faisceaux de tissu conjonctif. Pour PELLIZARI, le rhinosclérome se caractérise par le développement d'un infiltrat de substance homogène, au sein de laquelle on rencontre quantité de cellules de forme et de volume variables. L'infiltration constitue toute la maladie, elle commence autour des vaisseaux. Enfin, FRISCH (de Vienne) a constamment rencontré dans le tissu morbide une forme particulière de bactérie qui siégerait de préférence dans

les cellules. Il conclut de ses recherches que la lésion est analogue à la lèpre ; PELLIZARI et MAJOCCHI (de Rome) admettent ces conclusions. Dans presque tous les cas, le rhinosclérome a été observé chez des syphilitiques.

Traitement. — Tous les traitements employés jusqu'à ce jour ont échoué contre cette redoutable affection. Cependant le mal se développant toujours, des accidents graves peuvent survenir. L'extirpation de la partie atteinte est la seule conduite rationnelle, et encore la lésion se reproduit-elle avec rapidité.

§ 4. — Vices de conformation et difformités du nez et des narines

Bibliographie. — CHASSAIGNAC, *Soc. de chir. et Gaz. des Hôp.*, 1851. — BOUISSON, *Tribut à la chirurgie*, t. 1^{er}, 1858. — OLLIER, *Bull. de thérap.*, 1866, t. XLIV, p. 399. — ROUGE, *Nouv. proc. de rhinopl.*, Lausanne, 1868. — DOLBEAU et FÉLIZET, art. RHINOPLASTIE, in *Dict. encyclopéd.*, 3^e série, t. IV (Bibliogr.). — RONALDSON, *Imperforat. congén. des arrières-narines*, in *Edimb. Med. Journ.*, mai 1881.

a. *Vices de conformation.* — Ces sortes de lésions sont congénitales ou acquises. Dans un seul cas, dû à MAISONNEUVE, on a constaté à la naissance une absence complète du nez. Les difformités les plus communes consistent dans un excès de longueur ou de volume de cet organe, RICHEL rapporte que BLANDIN remédia, avec un plein succès, à un excès de longueur du nez en réséquant le cartilage de la cloison. On pourrait, le cas échéant, suivre cet exemple. Nous sommes complètement impuissants contre les excès de volume congénitaux. Parmi les affections rares, citons encore quelques exemples de nez doubles.

b. *Difformités.* — Les déviations du nez constituent les difformités les plus fréquentes : elles sont encore congénitales ou acquises. Il est bien difficile de remédier aux déviations du premier genre ; cependant, comme elles résultent habituellement d'une incurvation du cartilage de la cloison, on pourrait, suivant en cela l'exemple d'HEYLEN, de CHASSAIGNAC, de BLANDIN, réséquer ou amincir ce cartilage de façon à rendre à l'organe une disposition normale.

Les déviations acquises résultent habituellement de la présence de cicatrices vicieuses, consécutives aux lésions les plus diverses (brûlures, gelures, plaies, ulcères, etc.). Nous n'avons pas à rappeler ici ce que nous avons déjà dit sur les précautions à prendre dans le traitement des plaies pour éviter la formation de cicatrices vicieuses ; la difformité existant, une opération autoplastique peut seule lui porter remède.

Une autre variété de difformité acquise consiste dans la destruction partielle ou totale du nez et des narines par le lupus, les néoplasmes divers, la gangrène, les gelures, les congélations. Ici encore, c'est à la rhinoplastie que l'on doit s'adresser ; cependant, vu les résultats peu favorables fournis par les procédés réputés les meilleurs, le chirurgien, avant d'intervenir, devra se demander s'il ne serait pas préférable de faire construire un appareil de prothèse.

c. *Vices de conformation des narines.* — Les vices de conformation des narines sont : le rétrécissement et l'oblitération.

Les rétrécissements sont congénitaux ou acquis.

D'une façon générale, chaque fois que dans la première enfance il existe une

gêne dans la respiration nasale, la physionomie prend rapidement un caractère particulier : « Le nez, dit DUPLAY, est petit, pincé ; la lèvre supérieure est trop courte et, dans l'état de repos des muscles de la face, n'arrive pas au contact de la lèvre inférieure, les incisives supérieures restent constamment à découvert chez les individus qui présentent ce facies ; la voix est en général nasonnée, ou du moins offre un caractère particulier. » Le malade ne peut respirer pendant longtemps sans avoir la bouche ouverte.

Les rétrécissements acquis, toujours cicatriciels, sont reconnaissables par la présence, autour de l'orifice rétréci, d'une bande plus ou moins épaisse de tissu inodulaire. Toutes les causes qui peuvent détruire ou ulcérer le bord des narines donnent naissance à cette infirmité.

Le chirurgien appelé à traiter de semblables lésions doit diriger la cicatrisation de façon à s'opposer le plus possible à la formation du rétrécissement ; plus tard, il ne faut intervenir que si la cicatrice occasionne une gêne sérieuse dans les fonctions. Les procédés par lesquels on peut essayer de remédier à cette infirmité sont : la dilatation et l'incision.

La dilatation progressive se fait soit avec des tiges de laminaria, soit avec de l'éponge préparée ; quelle que soit la substance employée, c'est une opération lente et douloureuse.

L'incision seule donne de mauvais résultats ; combinée à la dilatation elle réussit mieux, mais est passible des mêmes reproches que la dilatation elle-même ; aussi nous croyons préférable, si l'on juge une intervention nécessaire, de recourir de suite à l'autoplastie.

L'oblitération congénitale d'une ou des deux narines est encore plus rare que leur rétrécissement. Il existe quelquefois une simple membrane obturant l'orifice antérieur ; dans d'autres cas, la lésion est plus sérieuse : il y a adhérence complète entre une ou les deux ailes du nez et la cloison. Dans tous ces cas, il est indiqué d'intervenir le plus tôt possible et de rétablir le passage de l'air.

Les oblitérations acquises reconnaissent les mêmes causes que les rétrécissements, et seront traitées de la même manière.

CHAPITRE II

MALADIES DES FOSSES NASALES

§ 1^{er}. — Exploration des fosses nasales

Pour se rendre un compte exact de l'état des fosses nasales, on doit rechercher tout d'abord si l'air passe facilement à travers ces cavités, tant pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Après avoir fait fermer la bouche du malade, on le prie d'inspirer et d'expirer avec force, les deux narines ouvertes, puis chacune d'elles étant ensuite alternativement fermée. Ces recherches bien simples donnent déjà des renseignements fort utiles, elles permettent de savoir :