

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<sup>er</sup>, 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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup>. — 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 :

1° si le courant d'air traverse les fosses nasales; 2° comment il les traverse; 3° si pendant le passage de l'air il ne se produit pas de bruits anormaux (bruit de drapeau); 4° enfin, on peut s'assurer si l'air expiré est inodore ou non.

A cet examen il faut joindre l'exploration *de visu* de ces cavités : *Rhinoscopie*.

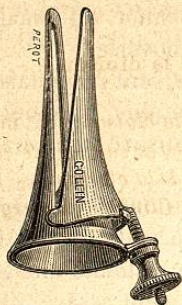


Fig. 103. — Spéculum de DUPLAY.

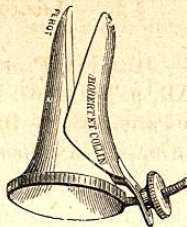


Fig. 104. — Spéculum de TERRIER.

a. *Rhinoscopie antérieure*. — Il faut avoir à sa disposition un spéculum spécial et un éclairage approprié. Les spéculums les plus commodes sont certainement ceux de DUPLAY (fig. 103) et de TERRIER (fig. 104). « On l'introduit fermé, dit DUPLAY, la valve immobile répondant à la cloison, et on le pousse doucement jusqu'à la limite de la portion cartilagineuse et osseuse; puis écartant la valve externe, on porte la dilatation aussi loin que possible. » En faisant incliner la tête du malade dans différents sens, on voit le cornet et les méats inférieurs et moyens, la cloison, le plancher des fosses nasales et jusqu'au pharynx.

b. *Rhinoscopie postérieure*. — L'examen de l'ouverture postérieure des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne présente plus de difficultés. On le pratique à l'aide d'un miroir analogue au miroir employé pour l'examen du larynx, mais un peu plus petit : *miroir pharyngien*. L'arrière-gorge étant éclairée avec soin, on place le miroir près de la paroi postérieure du pharynx, dans une position inverse de celle qu'on lui donne pour examiner le larynx, la langue fortement abaissée est tenue au dehors. Le voile du palais, qui se relève spasmodiquement par suite de la présence de l'instrument, gêne d'ordinaire l'examen. On a proposé pour l'abaisser divers appareils, généralement mauvais; il est préférable de faire prononcer au malade la syllabe nasonnée *on*. — En agissant ainsi et en inclinant le miroir dans différentes directions, on aperçoit toute la face postérieure des fosses nasales qui présente la figure d'un rectangle divisé en deux parties par la cloison. Les Allemands donnent à chacun de ces rectangles le nom de *Choane* et appellent les choanes, ou l'orifice des choanes, l'ouverture postérieure des fosses nasales tout entière; on aperçoit encore les fossettes de Rosenmüller. — « Un examen bien fait, dit KARL MICHEL, permet d'explorer toute la cavité nasale; seuls la voûte, la surface convexe du cornet moyen et le méat supérieur, bref un espace de 0<sup>m</sup>,02 à 0<sup>m</sup>,025, ne sont pas accessibles à l'exploration; et encore, s'il existe une tumeur en ce point, elle pend dans les fosses nasales où le gonflement anormal de la région la fera soupçonner. » Bien que, par un examen minutieux, on puisse se

rendre un compte exact de l'état d'une partie des fosses nasales, il est bon que l'élève soit mis en garde contre les exagérations du genre de celles que nous venons de signaler, et qu'il ne s'attende pas à voir aussi facilement que KARL MICHEL les divers détails des fosses nasales.

## § 2. — Lésions traumatiques de la cloison

**Bibliographie.** — JARJAVAY, *Fracture du cartilage de la cloison*, etc., in *Bull. gén. de therap.*, t. LXXII, p. 539, 1867. — BEAUSSENAT, *Tumeurs sanguines et purul. de la cloison*, Th. de Paris, 1864. — DE CASABIANCA, *Affect. de la cloison des fosses nasales*, Th. de Paris, 1876. — PÉAN, *Hématome de la cloison*, *Clinique chirurg.*, t. III, 1882.

### 1° FRACTURES DE LA CLOISON

Elles sont fort rares, ce qu'expliquent la constitution ostéo-cartilagineuse du septum médian et sa position. Presque toujours ces lésions reconnaissent pour cause les chocs directs sur la racine du nez ou son extrémité.

**Symptômes.** — A la suite des accidents de ce genre, on observe une épistaxis plus ou moins abondante, avec douleur en un point limité. Si l'on saisit la cloison entre les deux index introduits légèrement dans les fosses nasales, on sent manifestement de la crépitation. Si la fracture intéresse seulement le cartilage, cette crépitation ressemble à un claquement (JARJAVAY). Lorsque le septum est complètement divisé, il forme dans une des fosses nasales une saillie anormale qui gêne la respiration et rend la voix nasonnée. Il peut exister simultanément une déformation marquée de la face. La contusion produit fréquemment encore une bosse sanguine ou détermine plus tard la formation d'un abcès, auquel succède parfois une fistule qui persiste jusqu'à l'élimination d'un petit séquestre.

**Pronostic.** — Les fractures de la cloison ont une minime importance; cependant lorsqu'elles s'accompagnent d'abcès et se compliquent de l'issue d'esquilles, il peut persister une déformation de la face assez disgracieuse.

**Traitement.** — Il faut essayer de réduire ces fractures, soit avec une sonde, soit avec une pince longue et plate embrassant la cloison sur une partie de son étendue. Les complications seront ensuite traitées suivant les règles ordinaires.

### 2° BOSSES SANGUINES DE LA CLOISON

La formation de bosses sanguines sur l'une ou l'autre face de la cloison, constitue un accident assez fréquent à la suite des contusions du nez. Cette singulière lésion peut résulter d'une simple inflexion de la cloison, grâce à laquelle la muqueuse se détache sur une étendue plus ou moins grande (DUPLAY, DE CASABIANCA). Pour JARJAVAY, au contraire, elle serait toujours symptomatique d'une fracture.

**Début. Marche. Symptômes.** — Les bosses sanguines se développent avec

rapidité : après quelques minutes, quelques heures au plus, on voit à peu de distance de l'ouverture des narines, d'un côté et le plus souvent des deux côtés de la cloison, une tumeur plus ou moins volumineuse, à surface unie, régulière, de couleur rouge foncé ou ecchymotique. Presque constamment il existe une communication manifeste entre les deux tumeurs, et la pression exercée sur l'une se transmet à celle du côté opposé, observation complètement en faveur de l'opinion de JARJAVAY sur l'existence d'une fracture. La douleur est d'ordinaire peu importante. Si l'on ne donne pas issue à ces collections, elles occasionnent la production d'un abcès.

**Diagnostic. Pronostic.** — Il est habituellement facile de reconnaître l'existence d'une bosse sanguine, le temps qui s'écoule entre le moment de l'accident et l'apparition de la tumeur constitue le principal élément de diagnostic. Le pronostic est absolument subordonné à l'intervention du chirurgien.

**Traitement.** — Dès que l'épanchement est assez considérable pour que l'on ne puisse espérer que ses parois se recollent, il faut craindre la suppuration, et afin de prévenir tout accident, donner issue au liquide à l'aide d'une simple ponction faite à la lancette ou avec la pointe d'un bistouri. Un crin doublé en anse sera introduit dans la poche pour assurer l'écoulement; on pratiquera pendant quelques jours des lavages antiseptiques.

### 3° ÉPISTAXIS TRAUMATIQUE

Le mot *épistaxis* est employé depuis VOGEL et PINEL pour désigner l'écoulement du sang par les narines, quelle que soit du reste son origine.

L'épistaxis reconnaît de nombreuses causes étiologiques, mais seule l'épistaxis d'origine traumatique doit nous occuper ici. Sous ce nom nous étudierons toutes les hémorragies nasales survenant à la suite d'un coup, d'une chute, par l'introduction d'un corps étranger dans les narines, et celles qui se produisent pendant les opérations pratiquées dans la cavité nasale.

Le pronostic des épistaxis est très variable. L'épistaxis consécutive aux contusions et chutes est généralement bénigne. Au contraire, après l'ablation des polypes, il peut être difficile de se rendre maître du sang. A la suite des fractures de la base du crâne, qui s'étendent parfois jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde, il n'est pas rare d'observer des écoulements sanguins qui peuvent durer au delà de vingt-quatre heures; ils sont remplacés ensuite par un écoulement d'abord séro-sanguinolent puis entièrement séreux. L'épistaxis acquiert alors une véritable valeur diagnostique.

**Traitement.** — Contre ces hémorragies, on emploie des moyens locaux et des révulsifs. Les moyens locaux mis en usage dans ce cas sont fort nombreux; parmi les plus employés, citons : l'application de compresses froides sur le nez, l'aspiration par les narines d'un mélange d'eau froide et de solutions astringentes ou hémostatiques; l'emploi des mêmes liquides en injections (douches de WEBER); la compression de la faciale près de l'aile du nez pendant quelques minutes. CORNER recommande la pulvérisation d'une solution

de perchlorure de fer et d'eau à parties égales. Comme moyens révulsifs, on a employé des compresses froides appliquées sur le scrotum ou sur les seins, des ventouses sèches ou scarifiées à la nuque, la ligature des extrémités au-dessus du genou, l'élévation forcée du membre supérieur correspondant à la narine par laquelle se fait l'hémorragie (NÉGRER). On peut en même temps faire prendre à l'intérieur de l'ergot de seigle, des boissons acides, du sulfate de quinine. Si tout cela échoue, il faut en venir au tamponnement, pour lequel une sonde en gomme est de beaucoup préférable à la sonde de BELLOC. HARTMANN (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, t. X) conseille d'explorer d'abord la cavité nasale, de chercher le méat ou la fosse d'où le sang s'échappe, puis de tamponner directement ce méat ou cette fosse à l'aide d'ouate et de pinces. Ce tamponnement direct serait, d'après l'auteur, le plus sûr moyen d'arrêter le sang; c'est aussi le moins incommode pour le malade. La présence du tampon naso-pharyngien est fort désagréable, et dans trois cas l'auteur a vu survenir une otite moyenne après cette petite opération.

### § 3. — Corps étrangers des fosses nasales

#### 1° CORPS ÉTRANGERS INANIMÉS. — CALCULS

**Bibliographie.** — VERNEUIL, *Calcul développé dans les fosses nas.*, in *Gaz. des Hôp.*, mai 1859. — BRION et DELORE, *Corps étrangers des narines*, in *Gaz. méd. de Lyon*, 1867. — TILLAUX, *Corps étr.*, in *Soc. de chir.*, janvier 1876. — POULET, *Traité des corps étrangers en chir.*, Paris, 1879.

Les corps étrangers les plus divers peuvent pénétrer dans les fosses nasales. Cet accident n'est pas rare chez les enfants, qui fréquemment introduisent en jouant de petits objets tels que haricots, noyaux de cerises, boutons de chemise, etc., dans l'orifice antérieur des narines. Il suffit ensuite d'une aspiration violente pour que les corps soient entraînés. En général, ils vont alors se placer sur le plancher des fosses nasales, au-dessous du cornet inférieur, sans produire ni dégâts ni fractures. Chez l'adulte, c'est habituellement par suite d'un traumatisme que se fait la pénétration. Les corps que l'on rencontre dans ces cas sont des débris d'armes ou d'instruments introduits dans un but criminel, parfois de petits projectiles ou des débris de projectiles. Ces corps vont se loger en n'importe quel point; ils pénètrent avec violence en produisant une fracture de la cloison ou des cornets. Enfin l'introduction d'un corps étranger peut se faire d'arrière en avant par l'orifice postérieur des fosses nasales; c'est le plus souvent pendant une expiration brusque lorsqu'on avale de travers, ou pendant les efforts de vomissement que se produit semblable accident. Les objets chassés par ce mécanisme vont ordinairement se loger dans le méat moyen. Par suite de leur séjour dans les fosses nasales, les corps étrangers subissent un certain nombre d'altérations. Les uns s'imbibent de liquide et augmentent de volume : fragments d'éponge, graines diverses, ces dernières même peuvent germer, et BOYER rapporte le fait suivant : « Un

pois introduit dans le nez d'un enfant, germe et poussa dix ou douze racines dont la plus longue mesurait trois pouces et quatre lignes. » Les corps durs inaltérables s'incrument souvent de sels calcaires dus à la sécrétion de la muqueuse. C'est là le mode de développement le plus fréquent des calculs des fosses nasales, ou rhinolites. Ces sortes de calculs peuvent aussi se former spontanément, cependant ce serait là un fait assez rare, si l'on en croit DEMARQUAY qui n'a pu rencontrer que quelques cas de ce genre; quelle que soit leur origine, les rhinolites ont un volume qui varie entre celui d'une lentille et celui d'une fève. Leur surface est rugueuse, irrégulière; ils sont stratifiés, et on en a vu qui présentaient à leur centre une cavité dans laquelle BROWN a rencontré une fois de la substance albumino-graisseuse, et qui d'ordinaire contient du pus. Les analyses d'AXMANN, BOUCHARDAT, GEIGER, ont démontré que ces cavités contenaient des carbonates et phosphates de chaux, de soude et de magnésie, des chlorures alcalins et des traces de sulfate.

**Symptômes. Marche des accidents.** — Un corps étranger introduit dans les fosses nasales agit tout d'abord par action de présence et par action mécanique. Par sa présence, il détermine des troubles fonctionnels réflexes, de l'irritation; par action mécanique, il occasionne des phénomènes de compression qui, en s'alliant aux précédents, leur impriment un caractère spécial. L'irritation produite par le corps étranger occasionne une série d'éternuements; alors instinctivement, pour se débarrasser de cet hôte incommodé, le patient fait de violents efforts d'inspiration et d'expiration. Le résultat de ces manœuvres est en général l'apparition d'une épistaxis légère, puis le corps étranger finit par se loger dans une dépression et le malade n'y songe plus. S'il s'agit d'un enfant, par crainte d'être grondé, il se garde bien de raconter l'accident qui lui est arrivé.

Plus tard le malade a la respiration gênée, de l'enclenchement, sa voix est nasonnée; en même temps, il n'est pas rare qu'il se plaigne de douleurs névralgiques s'irradiant dans la face et l'orbite. A ce moment, si le corps du délit n'est pas reconnu et extrait, il survient une suppuration abondante et fétide (ozène symptomatique). Il se produit aussi des modifications dans l'état local, la muqueuse ulcérée bourgeonne autour du corps et peut même le recouvrir partiellement. Les accidents se calment à la longue puis reparissent de temps à autre; quelquefois la tolérance s'établit, mais d'habitude ces divers phénomènes ne cessent qu'après la sortie du corps étranger.

**Diagnostic.** — Les commémoratifs, la succession des divers accidents ci-dessus mentionnés, mettent le médecin sur la voie du diagnostic, puis il faut pratiquer un examen méthodique et consciencieux de la cavité nasale. Malgré toutes les précautions, il est parfois bien difficile d'arriver à un diagnostic exact. Bon nombre de praticiens, même des plus sérieux, se sont laissés induire en erreur, et ont pris des corps étrangers pour des polypes. D'autre part, l'ozène qui accompagne si souvent le séjour prolongé de ces différentes substances dans les fosses nasales, l'ichor fétide qui en découle, expliquent comment on a pu confondre les accidents produits par les corps étrangers avec ceux occasionnés par des ulcères scrofuleux, syphilitiques, des nécroses et des caries des os du nez. Tôt ou tard de nouveaux examens, nécessités par

l'inefficacité du traitement, permettent de reconnaître la véritable cause du mal.

**Pronostic.** — L'affection n'est grave que par ses complications, qui se calment en général rapidement dès que le corps du délit a été enlevé.

**Traitement.** — L'examen ayant permis de constater l'existence d'un corps étranger, l'indication est formelle: il faut sans retard procéder à son extraction. Plusieurs pinces et instruments de préhension peuvent être utilisés dans ce but. Dans le cas où l'on ne parviendrait pas à retirer le corps par l'orifice antérieur des narines, on chercherait à le repousser dans le pharynx où on le prendrait ensuite. Le traitement des complications qui pourraient survenir variera suivant les circonstances.

## 2° CORPS ÉTRANGERS ANIMÉS. — PARASITES DES FOSSES NAALES

**Bibliographie.** — COQUEREL, *Arch. gén. de méd.*, 1858. — FRANTZIUS, *Virch. Arch.*, Bd XLIII, 1868.

On a quelquefois l'occasion d'observer dans les fosses nasales la présence d'animaux vivants. Les accidents de cette nature, rares dans nos pays, sont assez fréquents sous d'autres climats: Sénégal, Guyane, Inde, etc. Ce sont généralement des larves de mouches. En France on a presque toujours affaire à la larve de la mouche bleue (*Calliphora vomitoria*); dans les colonies, à celle de la *Lucilia hominivorax*.

L'animal ne s'introduit pas en nature dans les fosses nasales, mais il dépose ses œufs à l'entrée de ces cavités, sur les moustaches par exemple. Les œufs sont ensuite entraînés par les mouvements d'inspiration du sujet, et, trouvant dans ce milieu chaud et humide des conditions favorables à leur développement, ils se transforment en larves. Ceci explique la fréquence de la maladie pendant la saison de la ponte; on l'observe spécialement chez les individus qui dorment au grand air et qui, comme les nègres, ont les narines largement ouvertes.

**Symptômes.** — La présence de ces parasites donne lieu à une céphalée persistante et des plus intenses; bientôt se fait par les narines un écoulement ichoreux, sanguinolent, avec lequel sortent parfois quelques larves de mouches; la partie supérieure de la face et les paupières sont le siège d'un gonflement œdémateux; la peau est chaude, sèche, la température élevée; la fièvre s'accompagne de délire violent avec convulsions épileptiformes; la tuméfaction augmente; quelquefois un ulcère se forme à la racine du nez, il sécrète une matière purulente, fétide; dans le fond grouillent des larves dont le nombre et le volume varient. Les symptômes généraux s'aggravent, puis le malade meurt au milieu des convulsions, dans des douleurs atroces.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'affection est ordinairement mortel; si par hasard la guérison survient, ce n'est qu'après une série d'accidents, au prix d'une difformité sérieuse due à une nécrose plus ou moins étendue.

**Traitement.** — On conseille de faire dans ces cas des injections avec de l'eau chlorurée, une décoction de tabac, une solution de sublimé à cinq centigrammes