

services. Ce qui allonge toujours l'opération, c'est la nécessité, après chaque avivement et chaque incision libératrice d'assurer l'hémostase par la compression à l'aide de tampons et d'éponges, trempés au besoin dans une solution d'antipyrine à 50 0/0. On a ainsi une perte de sang presque toujours très modérée, mais non point nulle comme semble le dire J. Wolff. Il m'est même arrivé, il y a quelques mois, de perdre un opéré d'hémorragie. Pendant l'opération, qui avait été terminée en 45 minutes, les incisions libératrices des lambeaux décollés avaient saigné avec une abondance extrême et l'opéré fut rapporté dans son lit très pâle; quelques heures après il survint, dans l'incision libératrice de gauche, un suintement sanguin, médiocre il est vrai et qui s'arrêta par la compression; mais l'enfant ne put supporter cette perte nouvelle et il succomba au milieu de la nuit, sans avoir saigné de nouveau. Ce cas malheureux, où j'ai peut-être commis une maladresse opératoire — l'autopsie n'ayant pu être faite, je n'ai pas de renseignements précis sur la source exacte du sang — n'est nullement à mes yeux un argument contre l'opération, mais il prouve qu'il faut toujours se méfier de l'hémorragie et en tenir compte dans la détermination de l'âge où on intervient. Pour supporter la perte de sang, pour avoir une bouche assez spacieuse ou l'on puisse bien manœuvrer, pour être docile aux soins consécutifs, les enfants de 7 à 8 ans sont à une très bonne période pour être opérés. Les soins consécutifs (irrigations nasales et buccales avec une solution de chloral) ne sont pas d'ailleurs si terribles que le dit Albert, et même chez un enfant un tant soit peu raisonnable on peut aisément enlever les fils au jour voulu. Il n'est pas utile de mettre les opérés pendant plusieurs jours à la diète; on peut les alimenter avec du lait, du bouillon et bientôt avec des bouillies. Chaque repas sera suivi d'un lavage soigné.

Une autre considération à faire valoir pour le choix de l'âge, est la nécessité que l'enfant puisse bien comprendre la nécessité d'une éducation post-opératoire pour la phonation. Il est en effet parfaitement exact que l'oblitération de la fissure ne suffit pas pour rendre aux opérés une phonation normale, et même avec une éducation consécutive il est rare qu'on parvienne à la perfection. Mais où nous ne sommes plus de l'avis d'Albert, c'est sur la supériorité fréquente des obturateurs à cet égard. Les recherches de Chervin sur ce sujet sont importantes: ce praticien, qui s'occupe exclusivement de l'éducation phonétique, a pu comparer à cet égard la prothèse et la palatoplastie, et sans hésiter il donne la préférence à la seconde. Mais la chose n'est exacte que si on considère les enfants et il est vrai que les adultes supportent parfois mal la reconstitution du palais: ils sont habitués depuis l'enfance à la division, avec ou sans prothèse, et après les avoir opérés il n'est pas exceptionnel qu'il faille les découdre. Comme on n'observe jamais rien de semblable chez l'enfant, cela prouve simplement qu'il ne faut pas attendre l'âge adulte pour opérer; et cela d'autant plus que chez l'enfant la prothèse est à peu près impossible; elle est mal supportée par des sujets indociles et elle est dangereuse, car à cet âge la déglutition des pièces prothétiques ou leur passage dans le larynx n'est pas rare.

(A. B.).

CHAPITRE VI

MALADIES DES FOSSES NASALES.

§ 1. — Anatomie et examen des fosses nasales. — Rhinoscopie.

Anatomie. — L'intervention chirurgicale dans les affections du nez date de l'antiquité. Hippocrate, que nous avons déjà cité à l'occasion des fractures du nez, donne aussi un grand nombre de procédés relatifs à l'extirpation des polypes du nez dont il décrit plusieurs variétés; il s'étend sur la destruction de l'os palatin avec écroulement du nez. L'opinion d'après laquelle les mucosités du nez viendraient du cerveau — d'où le nom de rhume de cerveau, que les Français ont conservé dans le langage courant, donné au catarrhe de la muqueuse nasale, — a eu une grande influence sur les idées des anciens et des médecins du moyen âge relatives à la nature des états catarrhaux du nez, et ces idées ne furent modifiées qu'après la découverte de la membrane muqueuse de Schneider (1660). L'épistaxis était déjà considérée par les médecins grecs comme un signe important dans les affections internes; quant au nom d'ozène, il date manifestement de l'époque des médecins grecs.

Fait curieux, les nouveaux moyens d'investigation, en usage depuis longtemps dans les affections diverses des autres parties du corps, ne sont entrés que tout récemment dans l'étude des maladies du nez. Il est évident que si l'anatomie pathologique de cette région est peu connue, c'est qu'à l'autopsie on a rarement l'occasion d'examiner la muqueuse nasale, dont les affections sont rarement la cause de la mort. Aussi faut-il savoir gré à Zuckerkandl d'avoir établi solidement dans une monographie excellente l'anatomie pathologique des cavités nasales. D'un autre côté, cette partie de la question a gagné en clarté depuis l'introduction de la rhinoscopie dans l'étude des affections du nez.

Rhinoscopie. — Jusqu'à présent la rhinoscopie n'a donné des résultats pratiques que dans les affections légères des cavités nasales. Dans les affections graves, et surtout dans les affections chirurgicales, l'exploration digitale de la cavité naso-pharyngienne reste la méthode de choix. Mais avant d'exposer la technique de la rhinoscopie, je crois

utile de passer rapidement en revue l'anatomie normale de cette région.

Les fosses nasales sont limitées, chacune, de trois côtés par le maxillaire supérieur et l'os palatin qui le complète. La paroi *inférieure* est formée par les apophyses palatines du maxillaire supérieur et de l'os palatin, soudées sur la ligne mé-

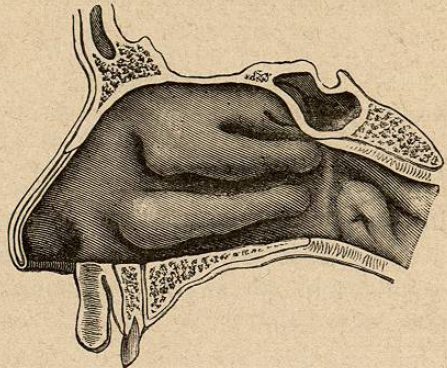


Fig. 51. — Coupe antéro-postérieure des fosses nasales.

diane. La partie inférieure de la paroi *externe*, formée par le corps du maxillaire et l'apophyse verticale de l'os palatin, présente à ce niveau un orifice de communication avec le sinus maxillaire ; la partie supérieure de cette même paroi externe est formée par la lame papyracée de l'ethmoïde et l'os unguis, et communique avec l'orbite au moyen du canal lacrymal.

La paroi *antérieure*, qui n'existe qu'en haut, est constituée par l'apophyse nasale du maxillaire supérieur et les os du nez. La paroi supérieure est formée par la lame criblée de l'ethmoïde, derrière laquelle se trouve le plan incliné des faces

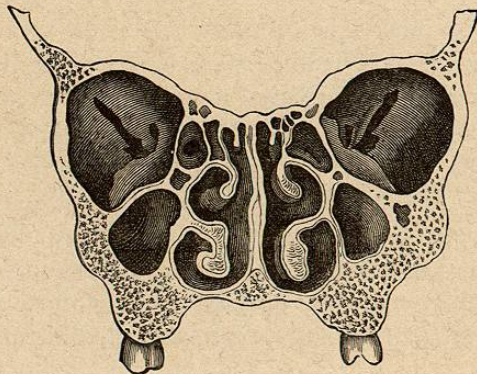


Fig. 52. — Coupe transversale des fosses nasales.

antérieure et inférieure du corps du sphénoïde. Dans la position verticale, la paroi inférieure est presque horizontale, la paroi supérieure oblique en bas et en arrière, les deux parois latérales convergentes en haut, de sorte que la paroi supérieure est relativement très étroite.

Une cloison, formée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer, di-

visé les fosses nasales en deux *moitiés*. Le bord postérieur du vomer se trouvant sur le même plan que la paroi postérieure, il se forme à ce niveau deux *choanes*.

Les trois *cornets* sont situés sur la paroi externe des fosses nasales. Les cornets supérieur et moyen appartiennent à l'ethmoïde et circonscrivent entre eux le méat supérieur ; le cornet inférieur est un os indépendant et sépare le méat moyen du méat inférieur. Ce dernier se dirige d'avant en arrière, de sorte qu'une sonde poussée le long du plancher des fosses nasales prend une direction presque horizontale d'avant en arrière. Le méat moyen, le plus vaste, commence en avant et en haut au niveau du sinus frontal, descend le long du bord antérieur du cornet moyen, contourne ce dernier et se termine au niveau de la partie supérieure de la choane ; immédiatement au-dessus du méat moyen vient se terminer aussi le méat supérieur, très court, qui se dirige d'avant en arrière et de haut en bas.

Nous avons déjà parlé plus haut de l'orifice de communication avec l'antre d'Highmore ; l'orifice de communication du sinus frontal se trouve dans le méat moyen ; le sinus sphénoïdal s'ouvre dans le méat supérieur ; quant aux cellules ethmoïdales, elles communiquent simultanément avec les méats supérieur et moyen. Le bord inférieur du cornet moyen sépare la région respiratoire, qui s'ouvre dans le pharynx, de la région olfactive, limitée en arrière par le corps du sphénoïde.

Le *squelette* du nez est formé en haut par les os du nez, sur les côtés par les os du nez et un cartilage de forme triangulaire ; la cloison du nez, formée par le vomer, est complétée par un cartilage quadrangulaire qui se rattache à la partie osseuse de la cloison. C'est encore un cartilage qui forme le squelette des narines et ces cartilages, sans se réunir l'un à l'autre au niveau de la pointe du nez, se contournent en-dedans à ce niveau en formant, comme l'a démontré *Bichat*, une fossette limitée par l'extrémité du nez ; chez certains individus on voit à ce niveau, à la face externe, un sillon très marqué. La mobilité du squelette cartilagineux permet l'occlusion de l'entrée des fosses nasales par le rapprochement des narines vers la cloison, et la dilatation de l'orifice antérieur dans le cas d'introduction d'un spéculum.

Pour ce qui est de l'*examen rhinoscopique*, je ne rapporterai ici que les faits principaux, en renvoyant pour les détails et la rhinoscopie postérieure aux traités spéciaux de laryngoscopie.

La rhinoscopie *antérieure* se pratique de la façon suivante. On introduit dans l'orifice antérieur du nez un spéculum de Charrière en dilatant la partie cartilagineuse du nez (le vestibule), et on projette dans le nez un faisceau de rayons lumineux avec un réflecteur ordinaire, comme dans la laryngoscopie. Lorsque le malade tient sa tête comme à l'ordinaire, on ne perçoit que le bord antérieur du cornet inférieur. En faisant baisser de plus en plus la tête du malade, on arrive à voir peu à peu le cornet inférieur dans toute son étendue jusqu'aux choanes et même la paroi postérieure du pharynx. En faisant ensuite fléchir la tête en arrière, on aperçoit le bord libre et la face concave du cornet moyen, et lorsque la tête est complètement renversée en arrière, on arrive à distinguer l'extrémité antérieure du cornet moyen et même la paroi supérieure des fosses nasales.

La rhinoscopie antérieure pratiquée de cette façon permet de voir la plus grande partie de la cloison, à l'exception de son bord postérieur et de ses parties supérieures. L'examen est fait à la lumière solaire, on se rend mieux compte de la coloration de la région ; la muqueuse paraît rosée et par places jaunâtre grâce à la transparence de la surface osseuse sous-jacente. Au niveau du bord

postérieur des gros cornets, la muqueuse présente une sorte de bourrelet formé par un réseau vasculaire très abondant.

Dans la rhinoscopie postérieure, pratiquée par le pharynx, on aperçoit l'une ou l'autre choane quand le miroir est tenu parallèlement à l'axe de la cavité pharyngienne ; pour mieux s'orienter, on cherche tout d'abord la cloison. Au-dessous de la limite supérieure des choanes, on voit le cornet supérieur qui se présente sous forme d'une bande claire, et au-dessous, dans l'ombre, le méat supérieur ; plus bas on trouve la partie postérieure du cornet moyen sous forme d'un bourrelet rougeâtre ; lorsque le miroir, qu'on dirige progressivement en avant, est incliné tout à fait, on parvient à voir la partie postérieure de la face supérieure de la choane correspondante. On arrive donc à examiner avec le rhinoscope la plus grande partie des fosses nasales.

§ 2. — Vices de conformation.

Parmi les affections du nez, nous mentionnerons tout d'abord les malformations congénitales¹.

Atrésie. — L'atrésie d'un orifice nasal est une affection très rare. Très rare aussi est l'atrésie congénitale des choanes. Emmert et Wolff, qui en ont observé chacun un exemple sur des individus du reste bien conformés, ont remédié à cette malformation par une opération. A l'autopsie d'une fillette venue au monde avec des malformations multiples et morte peu de temps après sa naissance, Luschka a trouvé cette atrésie formée par la soudure d'une lamelle osseuse partie de l'os palatin.

Déviatiou de la cloison. — Une difformité fréquente est celle qui est produite par la direction oblique ou la déviation de la cloison du nez, avec rétrécissement considérable du vestibule d'un côté ; mais la déviation ne va pas en général jusqu'à provoquer des troubles fonctionnels. Toutefois après les fractures du nez, la déviation de la cloison peut devenir très marquée. Si dans ces cas les malades sont pris de catarrhe du nez avec gonflement de la muqueuse, leurs souffrances deviennent très vives. Pour remédier à cette déviation de la cloison, Rupprecht y pratiquait un trou avec un instrument analogue au poinçon des conducteurs de chemin de fer. Ce traitement nous a paru très efficace dans un grand nombre de cas où nous l'avons employé,

(1) Les fissures médianes du nez sont de véritables raretés. Un cas de ce genre a été publié par Ammon, un autre par Hoppe, de Bâle. Très intéressante également est la note suivante de Schenklius : « *Basilex circa paschatis festum anni 1556 infans adeo scissis et apertis naribus natus est, ut inde ejus cerebrum facillime sit conspectum* ».

entre autres chez un homme atteint de rétrécissement du vestibule du nez consécutivement à une fracture de la cloison, chez lequel il existait en même temps des vertiges, des maux de tête et une sensation de compression de la moitié correspondante du front.

§ 3. — Lésions inflammatoires.

Coryza. — Parmi les affections inflammatoires des fosses nasales, le coryza est une des plus fréquentes et c'est ce catarrhe qu'on invoque ordinairement contre la puissance de la médecine. Le traitement local de cette affection donnant peu de résultats, nous l'abandonnons à la médecine interne. Par contre, la blennorrhée de la muqueuse nasale et l'ozène appartiennent entièrement à la chirurgie.

Blennorrhée. — La blennorrhée de la muqueuse nasale est caractérisée par la sécrétion abondante de pus, tandis que dans le coryza simple il y a sécrétion de sérosité, puis de mucus. La blennorrhée, qui atteint assez souvent les nouveau-nés, à la suite de l'infection au moment du passage de la tête dans le vagin, est grave non seulement par les troubles de respiration et de succion qu'elle provoque, mais aussi par sa tendance à envahir les parties voisines (yeux, gorge, oreilles). Elle s'observe aussi chez les individus peu soigneux qui transportent sur leur muqueuse nasale le pus de leur chaudépisse. Enfin, elle se rencontre encore dans le cours des affections graves telles que la scarlatine, la variole, la diphtérie, et dans ce dernier cas elle peut donner lieu à la formation sur la muqueuse nasale de dépôts diphtéritiques qui passent ordinairement inaperçus.

Weichselbaum a dernièrement attiré l'attention sur les *phlegmons primitifs ou secondaires* des parties voisines des fosses nasales qu'on observe dans ces cas, et je me rattache entièrement à l'opinion de ceux qui admettent l'existence d'une ostéomyélite dans le cas de blennorrhée s'accompagnant de nécrose.

Traitement. — Pendant la période aiguë de la blennorrhée, on restera sur l'expectation ou bien on s'adressera à un traitement antiphlogistique. Quand les symptômes aigus auront perdu de leur intensité, on instituera un traitement local par les astringents. Dans les cas de conformation vicieuse des fosses nasales, les médicaments devront être aspirés ou injectés avec une seringue. Les cautérisations superficielles au nitrate d'argent des parties accessibles seront très utiles. Dans la blennorrhée des nouveau-nés, qui rend quelquefois la succion absolument impossible, on sera dans certains cas obligé pour nourrir l'enfant d'injecter le lait directement dans l'estomac.

Ozène. — Rhinite atrophique et hypertrophique. — Le nom d'ozène ne devrait en somme désigner qu'un symptôme, la fétidité d'haleine. Mais ordinairement on comprend sous ce nom une inflammation extrêmement tenace de la muqueuse nasale, caractérisée par des sécrétions fétides se transformant en croûtes. Cette affection, qui paraît être en relation avec la syphilis ou la scrofule, se complique souvent de tuméfaction des narines et de la lèvre supérieure, d'excoriations et d'ulcérations de la peau de ces régions, de périostite et de péri-chondrite du squelette du nez. Lorsque les ganglions cervicaux se tuméfient au bout d'un certain temps, le tableau rappelle très exactement celui d'une affection scrofuleuse du nez. La transformation des sécrétions desséchées en croûtes ne s'effectue que lorsque l'affection a duré déjà un certain temps, et s'explique probablement par ce fait que les sécrétions deviennent plus visqueuses consécutivement aux modifications, à l'atrophie de la muqueuse. Comme, à la suite des excoriations des narines, les malades éprouvent des douleurs violentes quand ils se mouchent, les croûtes s'accumulent dans le nez et arrivent à obturer complètement les fosses nasales de sorte que le malade ne respire plus que par la bouche.

J'ai observé un cas dans lequel les sécrétions étaient tellement solides qu'en nettoyant le nez du malade j'ai retiré un véritable moule du cornet. J'ai pensé de prime abord avoir retiré un cornet nécrosé, mais le malade, un garçon de 18 ans, m'a affirmé que tous les jours il retirait de son nez des masses semblables. Depuis deux ans, il suivait un traitement antisyphilitique et anti-scrofuleux, bien qu'il ne présentât pas trace d'une de ces deux affections. Il avait déjà pris tous les médicaments imaginables et j'ai dû lui avouer ne savoir plus que lui ordonner. L'odeur qui s'exhalait de son nez n'était d'ailleurs pas très fétide.

Les recherches récentes ont jeté un peu de lumière sur cette affection fort obscure. Volkman admit l'existence d'un ozène fétide simple qui s'observerait chez des jeunes gens ayant des fosses nasales très étroites. Comme traitement, il conseillait l'ablation des cornets, principalement du cornet inférieur, afin d'établir une ventilation plus satisfaisante des fosses nasales.

Michel a insisté sur ce fait que chez la plupart de ces malades la muqueuse nasale est tellement atrophiée qu'elle mérite à peine le nom de muqueuse. L'ozène serait produit par une rhinite atrophique. Seulement on ne voit pas bien comment l'atrophie de la muqueuse nasale pourrait donner lieu à un ozène.

A côté de la rhinite atrophique, on trouve des cas où la muqueuse nasale est au contraire hyperplasiée. Elle est rouge et épaissie, mais

dans certains cas l'épaississement n'est que partiel, au niveau du bord antérieur du cornet inférieur. Dans d'autres cas encore, il existe simultanément une rhinite atrophique et une rhinite hypertrophique.

Le *traitement local* doit tout d'abord favoriser l'écoulement des sécrétions à l'aide d'injections de liquides résolutifs.

Une douche nasale est très facile à donner. On prend un petit irrigateur, dont le tube en caoutchouc est pourvu d'un embout olivaire qui bouche complètement l'orifice antérieur du nez une fois qu'il est appliqué sous la narine. Le malade est assis la tête légèrement inclinée en avant, et respire tranquillement par la bouche largement ouverte. Aussitôt que le liquide passe de l'irrigateur légèrement élevé dans les fosses nasales, le voile du palais se relève et sépare si parfaitement le pharynx supérieur du pharynx inférieur, que le liquide revient par la choane et la narine du côté opposé. On peut se servir encore pour ces douches d'un siphon composé d'un tube en caoutchouc dont une extrémité plonge dans un vase placé au-dessus de la tête du malade, tandis que l'autre, pourvue de son embout olivaire, est introduite dans le nez; le malade obture avec le doigt l'autre narine, ferme la bouche et fait une inspiration profonde: le liquide pénètre aussitôt dans le nez.

Comme liquide résolutif, on emploie une solution de sel de cuisine ou de sel ammoniac; pour diminuer autant que possible l'odeur, on peut encore employer l'eau phéniquée.

Le second point à envisager est le traitement local de la muqueuse malade; si l'on trouve des ulcérations ou des proliférations, il faut essayer d'obtenir leur guérison; on cautérise par conséquent les points hypertrophiés avec un crayon de nitrate d'argent ou un thermocautère; les ulcérations seront touchées avec une solution de sublimé (1 : 100) quand on aura affaire à de l'ozène syphilitique, et avec de la teinture d'iode ou la solution de Lugol, quand il s'agira de l'ozène scrofuleux.

Depuis quelque temps, on a recours à un traitement plus énergique: le *gratage des ulcérations* avec application consécutive de poudre d'iodoforme.

Absès sous-muqueux de la cloison. — Parmi les processus inflammatoires locaux des fosses nasales, nous pouvons encore citer les absès sous-muqueux de la cloison. L'absès est ordinairement unilatéral, mais j'ai vu plusieurs cas où il y avait deux absès symétriques, un de chaque côté de la cloison, juste au-dessus de la partie cutanée de cette dernière. Il se forme une petite collection ronde, fluctuante, grisâtre, couverte par la muqueuse œdématisée; la peau est dans certains cas aussi le siège d'un œdème marqué. L'absès, dont la base correspond à la cloison, provoque quelquefois des phénomènes généraux graves, de sorte qu'à côté des douleurs et de l'œdème de la peau et des paupières, le malade présente en même temps de la fièvre. Ces absès doivent être distingués des furoncles qui sont caractérisés par la rénitence plus grande, la fonte purulente moins rapide, l'apparition d'un point jaune au sommet de la tumeur tendue, et la sortie d'un bourbillon au moment de la perforation.