

Tuberculose. — Ces temps derniers, on a signalé un assez grand nombre de cas de tuberculose nasale, se présentant sous forme de tumeurs de cette région. J'en ai observé un exemple chez un malade qui avait subi une amputation double pour tuberculose articulaire ; chez ce malade, il se forma sur la partie cartilagineuse de la cloison une tumeur dont la nature fut, bien entendu, fort facile à déterminer. Riedel a publié un certain nombre de cas semblables. La forme spéciale de tuberculose connue sous le nom de lupus envahit ordinairement les parties antéro-inférieures du nez. Sur les narines, la cloison et l'extrémité du nez on voit apparaître les nodules classiques qui produisent les ulcérations et les cicatrices donnant à la face un aspect difforme.

Syphilis. — La syphilis du nez se présente sous deux formes principales. Pendant le stade d'éruption, on observe souvent un catarrhe purulent de la muqueuse nasale. Pendant les périodes ultérieures, la lésion se localise principalement sur les os, de préférence sur le vomer. Qu'il s'agisse d'ulcérations de la muqueuse envahissant secondairement les os ou qu'on ait affaire à des gommés des os et du périoste, toujours est-il que le processus aboutit à une destruction ulcéreuse donnant aux lésions syphilitiques du nez leur aspect si caractéristique.

§ 4. — Tumeurs.

Polypes. — Parmi les néoplasmes des cavités nasales, les polypes viennent en premier lieu. C'est une affection très fréquente, très pénible et fort tenace dont la nature et la pathogénie présentent un certain intérêt.

Sous le nom de polypes, on désigne ordinairement les tumeurs pédiculées qui se développent dans les cavités naturelles tapissées d'une muqueuse. Pour ce qui est des tumeurs des cavités nasales, certains auteurs ont notablement élargi cette définition en y faisant rentrer des tumeurs non pédiculées des fosses nasales qu'ils désignent sous le nom de polypes de mauvaise nature. Mais si l'on tient à une certaine exactitude des termes qu'on emploie, il faut considérer la présence du pédicule comme un signe distinctif des polypes. Cela ne nous dit pas encore grand'chose sur la nature des polypes. Nous pouvons pourtant ajouter que ces tumeurs sont bénignes, car l'expérience a démontré que les tumeurs pédiculées ne sont pas de nature maligne. Au point de vue de leur structure, les polypes du nez sont *muqueux*, *kystiques* ou *vésiculaires*. Ils se présentent sous forme de productions très molles, d'un gris translucide, développées en grand nombre sur la muqueuse

des fosses nasales où elles restent mobiles et descendent jusqu'aux orifices antérieurs quand leur pédicule est assez long. Le grand inconvénient de ces polypes, c'est qu'ils rendent les fosses nasales imperméables. Leur pathogénie a été très bien étudiée par Billroth. D'après les recherches de cet auteur, les polypes sont formés par l'hyperplasie de la muqueuse et de la sous-muqueuse, mais principalement par l'hypertrophie des glandes muqueuses qui se présentent sous forme de véritables grappes à grains sacciformes. Quelques-uns des corps glandulaires subissent une dilatation considérable et se transforment en véritables kystes — polype kystique — dont le contenu devient lactescent par la présence de cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Le *pédicule* s'attache presque toujours sur un des cornets, principalement sur le bord inférieur du cornet moyen. Quand le pédicule est très long, le polype peut proéminer dans le pharynx en passant par les choanes. Le nombre de ces polypes est quelquefois considérable, comme dans le cas suivant, que je tiens à rapporter.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, dont les fosses nasales droites étaient remplies d'une telle quantité de polypes que mis dans un litre ils en occupaient la douzième partie. Les fosses nasales étaient tellement dilatées par ces productions qu'après l'opération on pouvait facilement explorer avec le doigt toute la cavité. La dégénérescence myxomateuse avait transformé les polypes en une masse visqueuse, filante, qui s'enroulait avec la plus grande facilité autour de la pince. Quelques-uns de ces lambeaux que j'ai retirés ne mesuraient pas moins de 50 centimètres et tout le monde riait en me voyant tirer tous ces rubans du nez de la malade.

Il est excessivement rare de voir les polypes se détacher spontanément, et dans l'énorme majorité des cas il faut les enlever avec un instrument approprié. Le procédé le plus employé est l'arrachement du polype avec une pince¹. Mais depuis quelques années on s'est forte-

(1) Les procédés indiqués par Hippocrate sont trop intéressants pour ne pas être rapportés. « On prendra une éponge, et après lui avoir donné avec des ciseaux une forme ronde ou ovale on la serrera solidement avec des fils de lin d'Égypte. Les dimensions seront en rapport avec l'orifice antérieur des fosses nasales. On attachera à cette éponge 4 fils longs d'une aune chacun, et on nouera ensemble leurs bouts. On prendra ensuite une sonde en zinc pourvue d'un trou à une de ses extrémités et on poussera l'extrémité effilée de la sonde dans le nez de façon à la faire pénétrer dans la bouche. On saisit la sonde et on l'attire au dehors de façon à pouvoir atteindre les fils passés dans le trou de la sonde. Pour avoir un point d'appui, on introduit une spatule sous la lèvre et on tire sur les fils pour arracher et faire sortir les polypes. — On prend une corde faite avec des tendons, dont une extrémité recourbée et nouée avec un fil solide forme une petite anse. On fait passer dans cette anse l'autre bout de la corde et l'on forme ainsi une anse plus grande. Le bout libre est ensuite passé dans une sonde en

ment élevé contre l'emploi des pinces, en disant que l'arrachement était un procédé grossier, infidèle et fort douloureux. Il est certain que le procédé est grossier quand il est employé par un chirurgien maladroit, mais un médecin tant soit peu consciencieux n'ira pas travailler à l'aveuglette dans le nez de son malade. Avant d'introduire la pince, il examinera soigneusement les fosses nasales avec un spéculum.

L'aspect seul du polype donne déjà des indications sur la façon dont il faut l'enlever. Les polypes ronds ont un pédicule mince, et s'ils sont très mobiles, ce pédicule est en outre long; alors, en faisant souffler le malade, on peut amener le polype en avant et le prendre dans une pince en suivant bien la surface et en ayant bien soin de ne saisir que le néoplasme. Si la pince a des mors courts elle ne fait pas ressort et il suffit d'une traction brusque pour enlever le polype. Si le polype est plat et ovale, son pédicule est large et également aplati; dans ce cas, on saisit le pédicule entre les mors d'une pince solide à laquelle, avant d'arracher le polype, on imprime tout d'abord de petits mouvements de rotation afin de produire une déchirure du pédicule et d'éviter ainsi l'arrachement de la muqueuse nasale.

On a soutenu que ce procédé était plus douloureux que l'ablation faite avec le galvano-cautère. Ce n'est pas notre avis et nous croyons que les manipulations variées que nécessitent les autres procédés sont encore plus désagréables que l'introduction d'une pince. Quant au peu de sûreté de l'arrachement simple, il aurait fallu tout d'abord démontrer que la récurrence est excessivement rare avec les autres méthodes. Certains chirurgiens ont même soutenu que le procédé le plus sûr était l'arrachement simultané du cornet et du polype, et Pirogoff qui a fait souvent cette opération affirmait qu'elle était aussi bien supportée que le simple arrachement du polype seul. Comme toujours, la vraie méthode se trouve entre les deux extrêmes et je crois que l'ablation des cornets n'est pas nécessairement indiquée dans tous les cas.

Polypes fibreux. Fibromes. — Les polypes fibreux du nez devraient être désignés sous le nom de fibromes, les fibromes naso-pharyngiens mis à part. Si nous préférons ce terme de fibrome, c'est que dans ces cas la tumeur, qui se développe ordinairement sur la cloison et rarement sur le plancher des fosses nasales, n'est pas une tumeur mobile et ne possède pas de pédicule. Hippocrate connaissait déjà deux sortes de polypes durs: « Le nez est rempli de chair, dit-il, qui paraît dure au toucher, et le malade ne peut respirer par le nez »; et ail-

zinc qu'on pousse dans le nez en cherchant à saisir avec l'anse le polype. Quand on y est parvenu en s'aidant d'une autre sonde, la première est poussée dans la bouche où on la saisit, et en tirant sur elle on arrachera le polype. »

leurs: « en dedans, au niveau du cartilage, on trouve une masse qui a l'aspect de chair mais qui résonne comme une pierre quand on la frappe ». Les polypes de la première catégorie devaient être détruits par la cautérisation; dans ceux de la seconde, Hippocrate conseillait de fendre la narine et de la « nettoyer avec un petit couteau ». Il est évident que les tumeurs dont il parle en premier lieu étaient des fibromes simples, et les productions dures des fibromes calcifiés ou même des chondromes. De nos temps, c'est Dieffenbach qui a introduit dans la pratique l'incision de la narine pour l'extirpation de ces productions. Plus tard, on employa la résection ostéoplastique pour aborder les tumeurs siégeant dans les parties supérieures des fosses nasales, de sorte qu'actuellement on extirpe sans aucune difficulté les néoplasmes qui sont situés derrière les os du nez.

Sarcomes. — Les sarcomes des fosses nasales à développement rapide et à grande tendance aux récurrences ne sont pas très rares; on les observe principalement à l'âge mûr, et chez des hommes; ils sont plus rares chez les jeunes gens. Malgré leur consistance molle, on ne les confondra pas avec des polypes muqueux. Ce qui les distingue des polypes, c'est la dilatation précoce des fosses nasales — phénomène très rare dans les polypes et qui ne s'observe que lorsqu'ils sont en très grand nombre, — l'absence du pédicule et l'apparition d'un fin réseau vasculaire circonscrit sur la peau du nez, symptôme qui est toujours de mauvais augure.

Pour extirper ces néoplasmes, il ne faut pas hésiter à fendre le nez ou à faire au besoin la résection ostéo-plastique d'un auvent nasal. Dans quelques cas on a trouvé la voûte du crâne perforée, de sorte qu'après l'extirpation de la tumeur, la dure-mère se trouve mise à nu.

Rhinosclérome. — Sous le nom de rhinosclérome (Hebra), on a décrit à Vienne un néoplasme du nez à tendances destructives rappelant l'actinomycose moins par les symptômes qu'il provoque que par les résultats auxquels il aboutit. Cette affection a été considérée tantôt comme une sorte de carcinome tantôt comme une manifestation de la syphilis — tout comme l'actinomycose — et finalement la bactériologie a démontré qu'il s'agissait d'un microcoque spécial paraissant jouer le rôle du champignon rayonné dans l'actinomycose.

Au point de vue clinique, l'affection débute par une sorte de rigidité des ailes du nez et de la partie cutanée de la cloison, sans tuméfaction ni modification de la coloration; cette rigidité augmente progressivement à tel point qu'on ne peut plus rapprocher les narines de la cloison. Plus tard il survient un épaissement des tissus, de sorte que le vestibule du nez paraît fortement rétréci quand le processus envahit

spontanément les narines et la cloison. L'infiltration dure, d'abord très limitée, envahit à la longue la lèvre supérieure et le pourtour de la bouche, en provoquant un rétrécissement très marqué de l'orifice buccal. D'un autre côté le processus peut se diriger en arrière, dépasser les choanes et envahir le voile du palais. Dans certains cas, l'affection gagne le larynx et transforme l'épiglotte en une plaque rigide ; dans d'autres le processus, après avoir atteint la lèvre supérieure, envahit les gencives et la voûte palatine.

L'affection évolue très lentement, pendant des années, sans qu'on observe jamais d'ulcérations spontanées. Le malade souffre parce que l'infiltration dure empêche le fonctionnement régulier des parties envahies. Une particularité très remarquable du rhinosclérome, c'est que lorsqu'on excise un morceau, les tissus se cicatrisent très rapidement sans suppurer ni s'ulcérer. Tous les traitements employés jusqu'à présent contre cette affection, y compris l'extirpation radicale, ont complètement échoué.

A l'examen histologique des parties malades, on trouve une infiltration diffuse, à petites cellules, du chorion et des papilles, de sorte que d'après Kaposi le processus ne serait autre chose qu'un sarcome. Pour Wolkowitsch le rhinosclérome se rapprocherait des tumeurs de granulations de Virchow (lupus, lèpre, syphilis). Au point de vue de la nature de cette affection, nous devons dire que Frisch et, après lui, Paltauf et Eiselsberg ont trouvé dans les tissus un micro-organisme spécifique. Mais Wolkowitsch, qui a soigneusement étudié tous les faits relatifs à cette affection, n'arrive pas à en donner une théorie satisfaisante.

§ 5. — Epistaxis.

L'épistaxis, ou écoulement du sang par le nez, forme un des chapitres importants de la chirurgie des fosses nasales. Abstraction faite des hémorragies abondantes consécutives aux traumatismes, le chirurgien aura encore à s'occuper des épistaxis spontanées, des hémophilies et des hémorragies nasales abondantes auxquelles peuvent être habituellement sujets quelques individus non entachés d'hémophilie. Les épistaxis dans les affections aiguës et les poussées congestives vers la tête, et les hémorragies nasales supplémentaires qu'on observe chez certaines femmes mal réglées, ne sont jamais assez sérieuses pour provoquer une intervention chirurgicale énergique.

Traitement. — Dans l'épistaxis violente, comme du reste dans toutes les hémorragies, la règle principale est de ne pas perdre de temps.

Avant d'appeler le médecin, le malade a déjà reniflé de l'eau froide, essayé le vinaigre et l'alun : il est inutile que le chirurgien tente encore une fois d'arrêter l'hémorragie par ces moyens. Aussi fera-t-on tout de suite la *compression des fosses nasales*, ou le *tamponnement antérieur*. On enlève rapidement tous les vêtements qui serrent le cou, et après avoir assis le malade la tête un peu fléchie en avant, en lui disant de respirer tranquillement et profondément, on comprime la narine contre la cloison ou on bouche le vestibule avec le doigt introduit dans la partie antérieure du méat moyen ; ou bien encore, on fait le tamponnement antérieur des fosses nasales avec un bourdonnet de

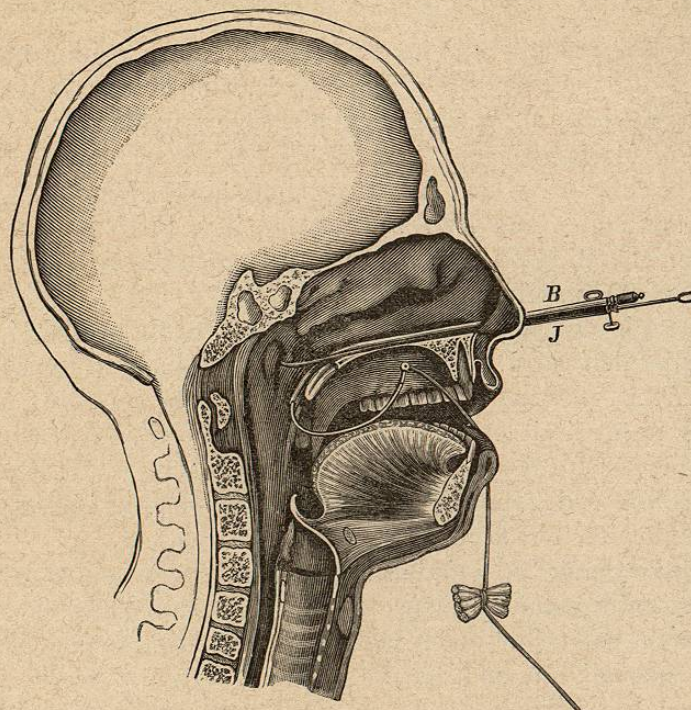


Fig. 53. — Tamponnement des fosses nasales.

charpie auquel on aura fixé un fil solide. Dans beaucoup de cas, cela suffit pour arrêter le sang. Mais si l'hémorragie ne s'arrêtait pas et que le sang continuât à couler, à travers les choanes, dans le pharynx, il faudrait faire le tamponnement complet des fosses nasales. Le procédé le plus habituel, classique pour ainsi dire, est celui qui se fait avec la sonde de Bellocq (fig. 53).

On prend un tampon de charpie solide de l'épaisseur du pouce du malade — telles sont ordinairement aussi les dimensions des choanes du sujet — qu'on lie solidement avec un fil fort. On introduit par l'orifice antérieur des fosses na-

sales la sonde de Bellocq, à laquelle on fait suivre le méat inférieur pour la faire ressortir au niveau de la paroi postérieure du pharynx. Avec une pince introduite dans la bouche, on saisit le bouton de la sonde, on l'attire en avant et on y fixe solidement un des bouts du fil qui enserme le tampon. On retire alors l'instrument du nez et le tampon passe au-dessus du voile du palais et vient s'appliquer exactement contre la choane s'il est suffisamment volumineux. Le bout du fil qui sort par la bouche est fixé sur la joue avec une bandelette agglutinative. Stromeyer a fait observer que ce fil provoque ordinairement chez le malade des efforts de vomissements, de sorte qu'il vaut mieux lier le bourdonnet de charpie non pas par le milieu du fil mais à une des extrémités. Le bout du fil qui sort par le nez est également fixé à la joue. La sonde de Bellocq peut au besoin être remplacée par une sonde élastique, un rat de cave, ou un gros fil enduit de goudron.

Ce procédé présente des inconvénients qu'on ne peut guère nier. L'opération est difficile et demande une certaine dose d'habileté de la part du chirurgien; très souvent le malade est pris après le tamponnement de picotements d'oreille; il se produit une sécrétion abondante de mucus et de salive, et à la suite de la décomposition du sang et du mucus accumulés dans les fosses nasales, il se développe une odeur horriblement fétide dont on est fort surpris quand on revient au bout de 24 heures pour enlever le tampon.

Tous ces inconvénients peuvent être évités par un procédé indiqué en premier lieu par J. P. Franck, amélioré plus tard par Martin Saint-Ange et enfin perfectionné par Küchenmeister et Closset. Franck introduisait avec une sonde, dans les fosses nasales, un bout d'intestin de porc desséché, lié à une de ses extrémités; le sac une fois introduit était rempli d'eau froide ou simplement insufflé, et on liait ensuite avec une ficelle le bout qui sortait du nez.

Le rhinobyon de M. Saint-Ange est basé sur le même principe. L'instrument se compose d'une canule pourvue à une de ses extrémités d'un ballon extensible qu'on pousse au delà des choanes et qu'on remplit ensuite d'eau ou d'air; un robinet adapté à la canule permet de fermer hermétiquement le ballon distendu. Cet instrument a été employé avec succès par Martin Solon et Velpeau.

En 1871, Küchenmeister inventa son rhineurynter et peu de temps après Closset décrivit un instrument analogue. Le rhineurynter se compose d'un petit ballon en caoutchouc qui communique avec un tube également en caoutchouc. À l'aide d'un mandrin, on pousse le ballon vide au delà des choanes, dans la cavité naso-pharyngienne, en laissant sortir le tube par la narine correspondante. On insuffle le ballon et, en tirant sur le tube fermé avec une pince, on applique étroitement le ballon distendu contre la choane. Seulement l'inconvénient de ce procédé consiste en ceci que le ballon, qui a une forme ronde, ne remplit pas exactement la choane ovale, fait qui a été déjà constaté par Küchenmeister et confirmé par Englisch sur le cadavre. En outre, comme le ballon n'est pas bien fixé en avant, il a une tendance à descendre dans le pharynx et cette tendance

est encore favorisée par les mouvements de respiration et de déglutition. Toutefois il est certain que lorsque le ballon n'est pas trop distendu, il arrive à obturer exactement la choane et ne laisser pas s'écouler une seule goutte de sang.

Englisch a considérablement perfectionné le rhineurynter du Küchenmeister. Son instrument se compose de deux ballons, un pour la choane, l'autre pour l'orifice antérieur des fosses nasales (fig. 54), qui mesurent, sans le tube en caoutchouc (d), 7 à 7 centimètres $\frac{1}{2}$ de longueur. Le ballon postérieur qui doit s'appliquer contre la choane (a) est plus gros; le ballon antérieur destiné à obturer le vestibule du nez (c) présente des parois plus épaisses; tous les deux communiquent entre eux au moyen d'un tube en caoutchouc (c). L'instrument peut être poussé dans les fosses nasales tel quel, en repliant seulement le ballon postérieur; ou bien, on se sert pour cette introduction d'une sorte de pince qui se compose de deux branches aplaties, larges de 2 millimètres, et pouvant être serrées l'une contre l'autre, à leur extrémité libre, au moyen d'une vis. Le ballon postérieur saisi par l'extrémité libre de la pince est poussé, en suivant le méat inférieur, jusqu'à la choane; on desserre ensuite la vis et, après avoir injecté dans le ballon une petite quantité d'eau, on retire la pince, on finit de remplir d'eau les deux ballons et on lie solidement avec un fil le tube en caoutchouc qui sort par la narine. Le côté ingénieux de cet instrument consiste en ceci que les deux ballons se fixent réciproquement. Les avantages de cet instrument sont multiples: facilité d'application, absence de tout fixateur, etc. Pour voir si l'hémorrhagie est arrêtée, il suffit de laisser s'écouler l'eau par le tube en caoutchouc; si le sang continuait à couler, on n'aurait qu'à remplir d'eau les ballons restés en place.

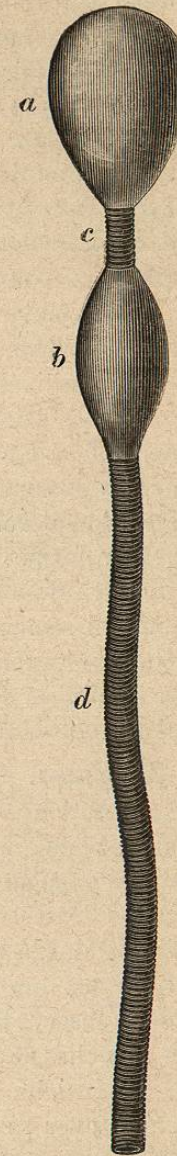


Fig. 54. — Ballon d'Englisch.

§ 6. — Corps étrangers des fosses nasales.

Les corps étrangers des fosses nasales sont fréquents, mais leur présence ne provoque ordinairement pas de troubles graves. Il s'agit le plus souvent de *pois*, de *fèves*, de *cailloux*, de *perles en verre*, de *boutons*, etc., que les enfants et les aliénés s'introduisent dans le nez. Il faut avoir une certaine dose de patience et de savoir faire pour examiner un enfant qui présente un corps étranger dans le nez.

L'inspection des fosses nasales montrera tout d'abord si le corps étranger est visible ou non. Dans ce dernier cas, il faut explorer les cavités nasales avec une curette, et cet examen ne peut déjà être fait sans

le secours d'un aide qui fixe la tête de l'enfant. Il est bon de montrer l'instrument à l'enfant afin qu'il puisse voir qu'il ne coupe ni ne pique. Si l'on parvient jusqu'au corps étranger, on insinue derrière lui la concavité de la curette et on cherche à le faire venir en avant. La curette reste l'instrument par excellence, car avec la pince on n'arrive souvent qu'à enfoncer encore plus profondément le corps étranger. Si l'on n'arrivait pas à faire sortir ainsi le corps étranger, on pourrait le repousser en arrière ; seulement cette opération ne doit pas être faite sans le concours d'un aide, car le corps étranger peut tomber dans le larynx et provoquer des accès de suffocation. Deux doigts de la main gauche introduits la face palmaire en haut, derrière le voile du palais, dans le pharynx du malade, sont l'instrument le plus sûr pour cueillir le corps étranger repoussé en arrière.

Si des tentatives d'extraction ont déjà été faites soit par l'entourage du malade, soit par un médecin, il faudra éviter de faire des nouvelles tentatives tant soit peu brutales. Il peut arriver qu'il existe déjà une lésion, une déchirure de la muqueuse et que la pince arrivant sur une surface osseuse dénudée, un cornet par exemple, le prenne pour le corps étranger à enlever. Il faudra donc s'abstenir d'un examen rapide, et explorer les fosses nasales avec un spéculum, au besoin sous le chloroforme.

Lorsqu'un corps étranger reste dans le nez, il produit tout d'abord le rétrécissement de la cavité qu'il occupe ; plus tard il peut provoquer de la *suppuration* et même une nécrose des parties voisines, se trouver ainsi mobilisé et être expulsé. Il arrive aussi que les fèves ou les pois qui restent dans le nez se mettent à germer.

Rhinolithes. — Dans quelques cas, les corps étrangers s'entourent de concrétions de phosphate acide et de carbonate acide de chaux en donnant lieu à la formation de rhinolithes qui d'une façon exceptionnelle se forment aussi spontanément, en dehors de tout corps étranger venu de l'extérieur. Le rhinolithe irrite le nez comme tout autre corps étranger dur, à surface rugueuse. La suppuration est abondante, fétide, le nez tuméfié, la conjonctive du même côté injectée ; quelquefois on observe des troubles du côté de la gustation et de l'odorat, et des douleurs névralgiques. Les rhinolithes atteignent dans certains cas des dimensions considérables. Chez une femme de 34 ans, Verneuil a dû employer 4 séances de broiement avant d'arriver à retirer le dernier fragment qui mesurait encore 2 centimètres de diamètre.

On peut rencontrer dans les fosses nasales d'autres corps étrangers encore, tels que des pointes d'instruments piquants ou tranchants, des projectiles d'armes à feu, etc. L'anamnèse permet dans ces cas de poser le diagnostic exact.

Un autre groupe est formé par des corps étrangers qui proviennent du malade lui-même, tels que des objets avalés et rendus ensuite par des efforts de vomissement, mais s'engageant dans les fosses nasales : tels que les lombrics qui remontent de l'estomac et s'engagent dans les fosses nasales ou y sont portés par les efforts de vomissement.

Quelquefois des *insectes* s'engagent, pendant le sommeil, dans les fosses nasales et occasionnent des douleurs atroces. Il en est de même quand des larves de mouches se développent dans le nez. La situation du malade peut devenir réellement intolérable, quand le médecin ne sait pas à quoi attribuer ces douleurs. Pour débarrasser le patient de ses hôtes, on fait faire des inhalations de chloroforme suivies de lavage du nez et on extrait ensuite les larves devenues visibles.