

antiseptiques : chlorurées, alumineuses, mercurielles (sublimé à 1 ou 2 p. 1000, Guyane), ou phéniquées (huile phéniquée, Kimball), soit d'infusions de plantes narcotico-âcres : tabac (Indes), les *insufflations* de poudres diverses (*Veratrum sabadilla*, Pérou) sont surtout préconisées, associées à un traitement tonique. Les inhalations de chloroforme en immobilisant les parasites, facilitent beaucoup leur expulsion.

Plus tard, si le mal n'est pas enrayé par ces moyens, une *intervention chirurgicale* (trépanation des sinus frontaux ou maxillaires) permettra seule d'atteindre le parasite jusque dans ses derniers retranchements, de prévenir les difformités et les destructions nécrotiques qu'il entraîne et de sauver le malade d'accidents graves imminents.

## VI

## FRACTURES DU NEZ

## I. Fractures des os propres du nez (fractures externes).

— **Étiologie.** — Les os nasaux, quoique très exposés aux traumatismes, sont assez rarement fracturés. La saillie du front et celle de la portion cartilagineuse du nez les protège.

Ces fractures résultent toujours de l'action de causes directes : coups, chutes ; aussi est-il fréquent de les voir s'accompagner de lésions de téguments. On les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme (1).

**Anatomie pathologique.** — La fracture intéresse presque toujours les deux os propres du nez ; les fractures unilatérales sont très rares.

Le trait de fracture est vertical, transversal ou oblique, il peut être simple ou multiple.

Les fractures à trait simple ne s'accompagnent parfois d'aucun déplacement, les fragments maintenus par les parties molles restent en contact immédiat. Dans le cas de déplacement, la déformation varie suivant la direction du trait de fracture ; s'il est vertical, l'un des fragments glisse sous l'autre qui chevauche, et fait une saillie appréciable au doigt ; s'il est transversal, le fragment inférieur s'enfonce sous le supérieur, immobilisé par ses attaches au frontal.

Ces déplacements sont plus fréquents et plus marqués dans les fractures comminutives ; la multiplicité des fragments est parfois

(1) CASABIANCA, thèse de Paris, 1875. — BAASNER, Fracture de l'orbite et des cell. ethm. (*Munch. med. Wochenschr.*, 1887). — MOLLIÈRE, *Lyon méd.*, août 1888. — CHEVALLET, thèse de Lyon, 1889. — SCHEIER, Plaies par armes à feu du nez et des cavités voisines (*Soc. de laryngol. de Berlin*, janvier 1892).

très grande ; la racine du nez est aplatie et quoique plusieurs fragments puissent faire saillie en avant, l'ensemble se trouve enfoncé.

Les lésions des parties molles sont fréquentes, peau et pituitaire sont déchirées par l'agent vulnérant ou les esquilles osseuses, et la fracture se trouve ainsi transformée en fracture compliquée, le foyer communique avec les plaies tégumentaires. Parfois le traumatisme n'est pas limité aux os propres du nez et la lésion nasale se complique de fractures de la lame criblée de l'ethmoïde, de l'unguis, de la branche montante du maxillaire inférieur.

**Symptomatologie.** — *a.* FRACTURES SIMPLES. — Dans les fractures simples, sans déplacement, les symptômes sont très réduits. On reconnaît la fracture à la douleur vive, exactement localisée sur ces points de l'arête nasale ; douleur accompagnée parfois de crépitation quand on cherche à mobiliser les fragments transversalement. La peau est ecchymosée, l'épistaxis, si elle existe, sera légère et reconnaîtra pour cause une déchirure superficielle de la pituitaire.

*b.* FRACTURES COMPLIQUÉES. — C'est la fracture que l'on est appelé le plus souvent à reconnaître. On constate d'abord les plaies superficielles, et une ecchymose plus ou moins étendue.

Cette fracture a deux symptômes plus particuliers ; elle est accompagnée d'épistaxis et d'emphysème.

L'épistaxis est la règle, souvent elle est fort abondante, par sa persistance, cependant, il est rare de la voir devenir grave. La rupture de la pituitaire permet la production de l'emphysème, au moment où le malade se mouche. Le plus souvent l'emphysème est limité au nez ; mais on l'a vu s'étendre aux paupières, et produire l'occlusion complète des yeux (Duplay), et plus rarement envahir toute la face.

Le gonflement est parfois assez considérable pour masquer la déformation due au déplacement des fragments.

Dans les fractures verticales, on sent une saillie verticale due à la présence de l'un des fragments soulevé. Dans les fractures transversales, le fragment supérieur forme une arête vive, sous laquelle s'enfonce le fragment inférieur. La déformation est variable d'aspect dans les fractures comminutives, et le plus souvent le nez est écrasé, très déformé.

En palpant le nez, pour apprécier la déformation, on détermine une douleur vive et souvent de la crépitation osseuse.

Le gonflement dû à l'épanchement sanguin et à l'emphysème gêne cette exploration. Rappelons que la plus grande prudence est de rigueur dans cet examen, sous peine de voir augmenter la déformation et les difficultés de la réduction.

**Pronostic et complications.** — Les fractures du nez se consolident en peu de temps ; en vingt jours environ cette consolidation est complète.



Le pronostic serait donc très favorable, s'il ne pouvait survenir des complications, imposant une certaine réserve. Les complications sont primitives ou tardives.

Les premières sont peu nombreuses : le traumatisme, en même temps qu'il casse le nez, peut produire de la commotion cérébrale. La coexistence d'une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde assombrit fort le pronostic : on l'observe dans les cas d'enfoncement du nez ; les caractères de l'épistaxis abondante, continue et persistante comme dans les fractures du crâne, doivent faire soupçonner cette complication.

Les complications tardives sont plus nombreuses et plus sérieuses.

La déformation persistante du nez, due à la difficulté de réduire la fracture et de la maintenir réduite, défigure le malade.

Le canal nasal est souvent rétréci, quand l'unguis ou la branche du maxillaire ont été fracturés en même temps que les os du nez ; il en résulte une tumeur lacrymale ou un larmolement très rebelles.

L'odorat est souvent perdu ou diminué à la suite de fractures : cette anosmie est due à un décollement de la muqueuse, soit à une déchirure des fibres olfactives.

L'oblitération des fosses nasales cause parfois un peu de nasonnement de la voix.

Comme partout ailleurs, les fractures compliquées de plaies s'accompagnent souvent d'accidents infectieux locaux.

**II. Fractures de la cloison (fractures internes).** — Les trois pièces composant la cloison des fosses nasales, lame perpendiculaire de l'ethmoïde, vomer et cartilage de la cloison, peuvent être fracturées isolément.

**A. FRACTURES DE LA LAME PERPENDICULAIRE DE L'ETHMOÏDE.** — On l'observe le plus souvent accompagnée de fractures des os propres du nez ; mais elles pourraient aussi, d'après Hamilton, exister isolément.

**B. FRACTURES DU VOMER.** — Elles sont très rares, et comme elles ne s'accompagnent d'aucun déplacement, on les diagnostique difficilement.

**C. FRACTURES DU CARTILAGE DE LA CLOISON.** — Ces fractures reconnaissent toujours pour cause un traumatisme direct ; elles sont presque aussi fréquentes que celle des os propres. Cette variété de fractures a surtout été étudiée par Jarjavay et par Mollière.

La fracture du cartilage de la cloison peut siéger en deux points différents ; tantôt elle siège à l'union du vomer et du cartilage, et s'accompagne d'un déplacement par glissement : c'est la fracture simple de Jarjavay ; tantôt elle siège dans le cartilage lui-même et sans qu'il y ait de déplacement : c'est la fracture de la cloison, sans déplacements, de Chevallet ; la fracture compliquée de Jarjavay, appelée ainsi à cause de l'hématome qui accompagne cette lésion.

Dans la fracture simple de Jarjavay, il se fait une disjonction de la symphyse chondro-vomérianne, le cartilage glisse sur une des parois de la cloison osseuse, aussi Mollière considère-t-il cette fracture comme une luxation du cartilage sur le vomer. Cette luxation de la cloison s'accompagne souvent de la rupture des adhérences qui unissent les cartilages latéraux au bord inférieur des os nasaux, il en résulte une déviation latérale de la partie inférieure du nez ; suivant la direction du coup, la pointe du nez se trouve rejetée de côté, entraînée un peu en bas et forme un véritable crochet. Il y a donc une double déformation dans cette fracture : aplatissement du dos du nez, au-dessous des os nasaux dont le bord inférieur fait saillie, et déviation latérale de la pointe du nez.

De plus la pression du doigt sur le dos du nez fera constater le défaut de résistance de la cloison ; on peut mobiliser largement la pointe du nez et provoquer une crépitation spéciale ressemblant à un craquement. (Jarjavay.)

L'une des fosses nasales est partiellement obstruée par le glissement du cartilage, l'examen rhinoscopique permettra de constater la saillie anormale, et, du côté opposé, un stylet introduit le long de la cloison rencontrera parfois la saillie formée par le bord antérieur du vomer. Les autres symptômes, tels que l'épistaxis, n'ont rien de spécial.

La seconde variété de fracture du cartilage ; les fractures sans déplacements, fractures compliquées de Jarjavay, sont de simples fissures du cartilage. Elles s'accompagnent d'hématome en bissac, obstruant les deux fosses nasales : il peut arriver que cet hématome suppure.

**Traitement.** — 1° FRACTURES DES OS PROPRES. — Les fractures simples, sans déplacement, guérissent d'elles-mêmes rapidement.

Les fractures compliquées, avec déformation du nez, sont au contraire, difficiles à bien traiter. Il faut tout d'abord désinfecter de son mieux le foyer de la fracture et les plaies tégumentaires, et attendre la diminution du gonflement pour réduire les fragments.

Cette expectation cependant ne doit pas dépasser quatre à cinq jours, car la consolidation est très rapide et un retard trop grand pourrait amener des déformations irréparables.

On réduira donc la fracture sous chloroforme le plus souvent et on la maintiendra réduite de préférence avec l'appareil de Chandelux qu'on laissera en place quinze jours chez l'enfant, vingt-cinq jours chez l'adulte. Cet appareil se compose d'une dizaine de doubles de tarlatane ; l'appareil est enduit de plâtre et appliqué pendant qu'un aide assure la réduction parfaite de la fracture. La languette supérieure de l'appareil est maintenue par son adhérence aux cheveux, les prolongements frontaux et labiaux sont simplement maintenus par du collodion.