La forme ovoïde, l'aspect gélatineux, la surface lisse et la mobilité, différencient suffisamment les *polypes muqueux* des corps étrangers.

Certaines affections osseuses simulent plus facilement les rhinolithes. Nous laissons de côté les *exostoses éburnées* qui sont très dures, très denses, fixes, et qui reposent sur le plancher sans donner naissance à des troubles sérieux. Nous n'insistons pas non plus sur les *ostéomes* qui peuvent présenter la même mobilité, mais qui ne se laissent pas entamer par le stylet (Legouest). Ce sont surtout les *séquestres* qui prêtent à l'erreur; en effet, ils s'accompagnent d'écoulements sanieux et fétides, le stylet peut les pénétrer et rend à leur contact un son sec; l'erreur est même parfois impossible à éviter, comme dans les cas de Verneuil et de Tillaux [1], où l'on avait cru à une nécrose du cornet inférieur (Verneuil), du bord postérieur du vomer (Tillaux). Pour faire ce diagnostic différentiel, on se basera surtout sur les déformations du nez, qui existent plus fréquemment dans les séquestres, et sur la faible résistance que les lamelles nécrosées offrent au stylet.

Pronostic. — Le pronostic est toujours sérieux, car les lésions de la muqueuse nasale peuvent se propager à la trompe et à l'oreille moyenne; cependant il faut savoir que le plus souvent ces lésions disparaissent intégralement, après l'extraction du corps étranger. Il ne devient grave que lorsqu'il s'est produit des nécroses, car il peut en résulter des difformités consécutives.

Traitement. — On ne peut pas indiquer de méthode générale de traitement, car les procédés d'extraction varient nécessairement avec la nature du corps étranger, avec son volume, sa forme, sa situation. Il faut, avant tout, reconnaître ses caractères, soit en relevant la narine, soit en pratiquant l'examen rhinoscopique; un badigeonnage à la cocaïne rendra les explorations beaucoup plus faciles.

La douche d'air, préconisée par Dodd [2], est un procédé efficace, inoffensif et par lequel on doit toujours commencer; ensuite on a proposé la douche d'eau, pratiquée avec le siphon de Weber, mais c'est un procédé inefficace et dangereux qui doit être abandonné, à cause du danger de la pénétration du liquide dans la trompe d'Eustache. Seule est autorisée une irrigation faite très doucement avec la seringue anglaise pour déterger la fosse nasale et mettre mieux en vue le corps étranger.

Quant à l'extraction directe, si le corps étranger est mou, sans être trop friable, comme une graine par exemple, une pince à griffes droite ou coudée pourra le saisir facilement; si l'on craint qu'il se fragmente, on pourra avoir recours à des curettes d'ivoire, droites ou coudées, à la curette de Quire, ou bien tout simplement à un crochet pour strabisme, qu'on glissera entre la muqueuse et le corps étranger, et qu'on ramènera ensuite en avant après lui avoir fait subir une rotation d'un quart de tour. Ces mêmes instruments pourront servir à l'extraction des corps durs, tels que boutons, perles, etc.; pour ces dernières, lorsqu'elles sont perforées, on peut essayer de les charger avec un crochet dont l'extrémité coudée à angle droit pourra s'introduire dans l'orifice. Une pince à polypes sera préférable lorsqu'il s'agira d'un corps étranger volumineux, ou lorsqu'il sera nécessaire de le faire basculer, ou d'employer une

(1) Tillaux, Société de chirurgie, 1876.
(2) Dodd, *The Lancet*, novembre 1888.

certaine force pour l'attirer au dehors. Enfin, dans certains cas, des pinces à articulation mobile comme un forceps (Durham), pourront rendre de grands services. Toutes ces tentatives d'extraction doivent être faites avec la plus grande douceur, dans la crainte de léser la muqueuse ou les cornets; une certaine force ne doit être employée que lorsque tout a échoué.

Toutes les méthodes précédentes peuvent s'appliquer à de nombreux cas de rhinolithes; ce n'est que lorsque le calcul est trop volumineux qu'il faut avoir recours à des procédés spéciaux. On essayera d'abord la fragmentation de la rhinolithe, soit avec de fortes pinces à polypes, soit avec de petits lithotriteurs; la friabilité de la majorité des calculs, rendra cette pratique facile, dans la plupart des cas.

Dans les cas où le corps étranger siège en arrière, il faut essayer de le saisir par le pharynx avec des crochets (Hickmann); si c'est impossible et si, d'autre part, il ne peut passer par l'orifice antérieur, il faut, en pénétrant par la narine, le refouler en arrière, en ayant le soin d'introduire son doigt dans le pharynx pour arrêter le corps étranger; celui-ci ne peut guère entrer dans le larynx, mais il peut tomber dans l'œsophage et être avalé (Hering, Heine) [1]; cette déglutition est souvent sans danger; mais comme, par exception, on peut voir survenir des accidents, il vaut mieux essayer de les prévenir.

Mais si le corps étranger est trop dur, s'il est absolument enclavé, si l'on ne peut le faire ni avancer ni reculer, si l'on ne peut lui faire subir aucun mouvement de rotation pour mettre son grand axe parallèle à celui des fosses nasales, il faudra se décider à intervenir d'une façon sanglante; on pourra alors inciser, soit sur la ligne médiane du nez, soit, et plutôt, au niveau du sillon naso-génien, car on obtiendra ainsi une cicatrice imperceptible.

Quant aux lésions de la muqueuse, elles sont tout à fait accessoires; dès que le corps étranger sera extrait, il suffira de faire des vaporisations ou des irrigations antiseptiques, pour en obtenir la disparition en un très bref délai.

IV

PARASITES DES FOSSES NASALES

Étiologie. — Les parasites, qui s'introduisent dans les fosses nasales, sont le plus souvent des larves d'insectes appartenant à la tribu des muscides; on y a cependant rencontré, par exception, d'autres espèces animales, des oxyures (Hartmann) [2], des scolopendres (Maréchal, Lessona) [3].

Coquerel, Des larves de diptères développées dans les sinus frontaux. *Arch. gén. de méd.*, mai 1858. — Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale*, p. 210. — Odrjozola, Gusanera de las narices. *Gaz. med. Lima*, 1858. — Pierre, Thèse de Paris, juillet 1888. — Rankin, Parasites des fosses nasales. *New-York med. Rec.*, sept. 1888.

Dans nos pays, où les cas sont rares et en général bénins, c'est la mouche bleue de la viande (*Callifora vomitoria*) qui dépose ses œufs à l'entrée des

(1) Hering et Heine, in Czarda, *loc. cit.*
(2) Hartmann, *Berliner klin. Wochenschrift*, janvier 1890.
(3) Lessona, Académie de médecine de Turin, juin 1884.

narines, d'où ils sont transportés dans les fosses nasales. Dans le Mohilew, Pokrasoff [1] signale aussi les larves du *Sarcophila Wohlfarti*, comme occasionnant des accidents fréquents chez les enfants qui dorment au dehors, couchés sur la terre.

Dans les pays intertropicaux, dans l'Inde, à Cayenne, au Pérou (Ornellas), les cas sont beaucoup plus nombreux et excessivement graves. Ce sont les larves de la *Lucilia hominivorax* (Coquerel), qui, déposées à l'orifice des narines, sont entraînées par les mouvements inspiratoires dans les fosses nasales; y trouvant un milieu chaud et humide elles s'y développent avec la plus grande rapidité. Cette mouche s'attaque de préférence aux individus peu soigneux de leur personne, ou ayant un écoulement nasal purulent ou fétide; quoi qu'elle puisse chercher, même pendant le jour, à s'insinuer dans les fosses nasales (Coquerel), c'est surtout la nuit, pendant le sommeil, que cette mouche dépose ses œufs. C'est, du reste, pendant les mois chauds, de juillet à septembre, c'est-à-dire au moment de la ponte, que l'on observe le plus grand nombre de cas.

Aucun âge et aucune race n'en sont indemnes; les nègres, qui ont des narines larges et relevées, y sont plus prédisposés.

Symptômes. — Les symptômes, qui ne débutent que lorsque les larves se sont développées, prennent alors une marche précipitée que l'on comprend facilement lorsqu'on connaît l'accroissement si rapide de ces larves, qui doublent de volume en vingt-quatre heures, et qui, en trois jours, pèsent 200 fois plus que le premier jour.

Au début, c'est un chatouillement continu que le malade éprouve dans les fosses nasales et qui est parfois si pénible, qu'il peut s'accompagner de crises hystéro-épileptiformes, comme Legrand du Saulle en rapporte un exemple chez une fille de neuf ans. Très rapidement succèdent à ce chatouillement des douleurs sourdes, profondes, gravatives, siégeant au niveau des sinus frontaux et devenant bientôt pongitives, térébrantes et très violentes; il se produit, en même temps, des épistaxis répétées et abondantes, et il s'établit par les narines un écoulement sanguinolent, sanieux et continu. Dès ce moment, on voit apparaître le plus souvent de l'œdème des paupières et de la partie supérieure de la face; la peau est tendue, lisse, luisante et chaude, comme au début d'un érysipèle. Pendant cette première période, la maladie est absolument apyrétique et l'état général reste bon. L'affection peut en rester là, si une intervention énergique détruit tous les parasites, ou s'il se produit une expulsion spontanée; dans le cas contraire, les accidents se précipitent et l'on voit apparaître rapidement des phénomènes très graves, qui entraînent le plus souvent la mort. Mais il faut répéter que ces accidents mortels ne s'observent guère que dans les pays chauds et que, chez nous, la *Callifora vomitoria* ne donne lieu qu'aux symptômes de la première période.

Une fièvre intense s'allume, accompagnée de symptômes cérébraux graves, ataxo-adynamiques, de délire violent. Les douleurs deviennent atroces et sont comparées par les malades à celles que produiraient des tarières, ou des coups de barre de fer.

La face présente l'aspect d'un phlegmon érysipélateux; le gonflement envahit

[1] Pokrasoff, *Histoire naturelle des mouches et larves qui causent des maladies chez l'homme et les animaux*. Portchinsky, 1875.

tout le front, les paupières énormes cachent les globes oculaires, les joues participent à cette tuméfaction, et toutes ces parties sont d'un rouge sombre.

Bientôt, à la racine du nez, apparaît une tumeur violacée, ou un point ecchymotique, qui ne tarde pas à s'ulcérer; par cette ulcération spontanée du frontal, des os nasaux et des parties molles, sort un pus sanieux et fétide qui contient de nombreuses larves; le front présente un aspect gangreneux avec des larves grouillantes, que l'on retrouve encore dans l'écoulement sanguinolent et continu qui s'effectue par les narines. Cette ulcération, une fois produite, s'étend excentriquement et avec une rapidité considérable, détruit le nez tout entier, les paupières, les yeux et gagne toute la face qui prend un aspect hideux et repoussant. L'ulcération s'étend non seulement en surface, mais encore en profondeur; les parasites perforent la base du crâne et une méningite emporte les malades.

Durée. — Terminaison. — L'évolution de cette triste affection est donc très rapide, et la mort survient en six, huit ou quinze jours. L'issue n'est cependant pas toujours fatale; lorsqu'on a pu intervenir assez tôt, l'affection peut s'arrêter en route; mais comme les accidents osseux précèdent les accidents cutanés et sont toujours plus avancés que ces derniers, lorsque l'on peut agir, les os sont déjà frappés de mort; la guérison ne s'obtient donc, le plus souvent, qu'incomplète, et, après l'élimination des séquestres, il persiste des difformités parfois considérables.

Un traitement énergique doit être institué le plus tôt possible; il consistera en injections de liquides chlorurés, aluminés ou mercuriaux, que l'on répète plusieurs fois dans la journée et qui ont pour but de détruire les parasites. A Cayenne, l'on emploie surtout une solution de 5 centigrammes de sublimé pour 30 grammes d'eau; dans les Indes, on recommande des injections de tabac ou de térébenthine; au Pérou, on fait priser de la poudre de *veratrum Sabadilla*; enfin, le chloroforme en inspiration a donné un succès. Si ces méthodes échouent, il faut pratiquer dans la fosse nasale une injection de chloroforme pur, mais sans l'anesthésie générale.

Mais le plus souvent ces injections sont insuffisantes, car elles ne pénètrent que très difficilement dans les sinus et elles ne peuvent entraîner que les larves contenues dans les méats. Il ne faut donc pas hésiter, si la maladie s'aggrave, à trépaner les sinus frontaux et maxillaires, ce qui permettra de faire de larges irrigations de toutes les cavités nasales. Cette intervention hâtive aura encore l'avantage de prévenir ou de limiter les destructions nécrosiques des os, et, par conséquent, d'empêcher ou de diminuer les difformités consécutives.

CHAPITRE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES FOSSES NASALES

Nous étudierons dans ce chapitre les *abcès de la cloison*, le *coryza aigu* et ses *variétés*, le *coryza chronique*, l'*ozène*, le *coryza caséeux*.

[GÉRARD-MARCHANT.]