

1^o Plaies.

a. *Plaies par instruments piquants.* — Souvent limitées à la peau, n'offrant alors aucune gravité, ces plaies peuvent traverser toute l'épaisseur des parois du nez et pénétrer dans les cavités olfactives. Lorsqu'elles siègent à la racine de l'organe, elles se compliquent assez fréquemment d'un emphysème, surtout marqué aux paupières, l'air s'infiltrant dans le tissu cellulaire au moment où le malade se mouche. Enfin, si l'instrument vulnérant a été poussé avec force, et de bas en haut, il peut, après avoir perforé la charpente du nez, enfoncer la lame criblée de l'ethmoïde et pénétrer jusque dans la cavité crânienne. Cet accident rentre dans l'histoire des fractures du crâne et les plaies de l'encéphale.

b. *Plaies par instruments tranchants.* — Comme les précédentes, elles sont pénétrantes ou non pénétrantes. De ces dernières il n'y a rien à dire, sinon qu'on doit les réunir immédiatement. Quant aux plaies pénétrantes, elles offrent une foule de variétés, suivant qu'elles sont verticales ou transversales.

Les plaies verticales ne comprenant pas le bord libre de la narine ne présentent qu'un médiocre intérêt, et se cicatrisent ordinairement sans laisser de traces à leur suite, en raison du faible écartement qui se produit. Lorsqu'elles intéressent le bord libre de la narine, elles s'accompagnent d'écartement et produisent une fente difforme; quelquefois même, lorsque la section est curviligne, il peut en résulter un lambeau détachant une portion plus ou moins considérable de l'aile du nez.

Les plaies transversales bornées à un seul côté ne donnent lieu généralement qu'à un faible écartement. Celui-ci devient plus prononcé lorsque la section transversale passe d'un côté à l'autre. Si, par exemple, la sous-cloison est respectée, il en résulte un lambeau qui, ne tenant plus que par la partie moyenne, tend à retomber sur la lèvre. Il se peut encore que la section, portant plus profondément sur un côté que sur l'autre, comprenne une des ailes du nez, la cloison et la sous-cloison; d'où la formation d'un lambeau adhérent seulement par l'autre aile du nez. Enfin, il arrive quelquefois, à la suite de coups de sabre, de morsures, etc., qu'une portion du nez est complètement séparée du reste de l'organe.

Quelle que soit la forme de ces plaies, toutes les fois qu'il existe un certain degré d'écartement, on doit craindre de voir la cicatrisation des bords se faire isolément, et donner ainsi naissance à une difformité plus ou moins choquante. Celle-ci, comme on le conçoit, sera encore plus marquée dans les cas de séparation complète d'une portion du nez.

Le chirurgien devra donc faire tous ses efforts pour prévenir les difformités consécutives. Dans ce but, la réunion sera faite avec le plus grand soin au moyen de points de suture que l'on maintiendra en place jusqu'à cicatrisation complète.

Lorsqu'une portion plus ou moins considérable du nez a été complé-

tement séparée, on ne doit pas désespérer d'en obtenir la réunion, si l'on a soin de le rajuster aussi exactement que possible. Des faits assez nombreux prouvent que cette pratique a été quelquefois suivie de succès. Dans un récent mémoire, le docteur Bérenger-Féraud (1) a réuni soixante-cinq observations de division accidentelle du nez où la conservation a été tentée avec succès. Sur ces soixante-cinq observations, il y en a cinquante dans lesquelles la partie divisée tenait encore par un mince pédicule, et quinze dans lesquelles la séparation était tout à fait complète. Quoique, d'après certaines observations, la réunion semble avoir été obtenue après une heure et même cinq heures, il est évident que l'on aura d'autant plus de chances de réussir, que la réunion sera faite plus près du moment où la partie a été séparée du reste du corps.

c. *Plaies par instruments contondants.* — Qu'elles soient produites par des instruments contondants ordinaires ou par des projectiles lancés par la poudre, ces plaies n'offrent aucune particularité intéressante à noter tant qu'elles se bornent aux parties molles ou cartilagineuses. Elles tirent leur importance et leur gravité de la lésion des parties profondes. Il n'est pas rare en effet, dans les plaies par armes à feu, de voir le projectile frappant le nez d'avant en arrière, traverser cet organe, briser les os de la face et du crâne, et atteindre l'encéphale ou la moelle épinière.

2^o Contusions.

Les contusions simples de la portion cartilagineuse du nez, dont la peau est doublée d'un tissu cellulaire adhérent, ne s'accompagnent pas d'ecchymoses ni de bosses sanguines. A la racine du nez, au contraire, on observe fréquemment des épanchements sanguins ou des ecchymoses s'étendant aux paupières. Lorsque la contusion exercée en ce point est très-violente, il n'est pas rare de la voir suivie des symptômes de la commotion cérébrale et des autres accidents des plaies de la tête. On devrait se comporter, dans ces cas, comme nous l'avons dit à l'occasion des lésions traumatiques du crâne.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU NEZ.

I. — Lésions vitales et organiques des parties molles.

1^o Inflammations.

a. Nous ne parlerons pas de l'érysipèle, qui, bien que débutant fréquemment par le nez, reste rarement limité à la région et envahit plus ou moins rapidement le reste de la face.

(1) Des tentatives de conservation dans le cas de séparation presque complète de la langue (*Gaz. des hôpitaux*, 1870, nos 53, 56, 57, 58).

b. Le *furoncle* n'est pas très-rare dans la portion cartilagineuse, et se développe surtout au voisinage de l'ouverture des narines. Le gonflement qui l'accompagne est quelquefois très-considérable et s'étend à la lèvre supérieure, à la portion voisine de la joue. On sait, en outre, que d'une manière générale les furoncles de la joue offrent une gravité particulière et se compliquent parfois d'une phlébite des veines de la face, d'où résulte l'infection purulente. Le chirurgien devra donc ne pas oublier la possibilité d'une aussi grave complication, et tâcher de la prévenir par un traitement actif et par l'ouverture rapide du furoncle.

c. Les *abcès* du nez se développent quelquefois spontanément à la suite d'érythème, d'érysipèle, ou d'autres affections de la peau. Le plus souvent ils succèdent à des contusions, à des plaies de l'organe.

Lorsque l'abcès siège à la racine du nez, il a de la tendance à s'étaler et à fuser du côté des paupières; aussi est-il nécessaire de lui ouvrir une issue rapide. Au niveau de la portion cartilagineuse, l'abcès proémine tout à la fois sous la peau et dans l'intérieur de la narine. Dans ces conditions, il est bon d'ouvrir la collection purulente dans l'intérieur de la narine, afin d'éviter la production d'une cicatrice.

2° Ulcères.

Les ulcères du nez ne sont pas très-rare. Les uns, siégeant plus particulièrement au pourtour de l'ouverture des narines, fréquents surtout chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, à la suite d'éruptions vésiculopustuleuses, n'offrent aucune gravité et guérissent par les moyens les plus simples.

Mais, à côté de ces ulcères bénins, il en est d'autres qui, tendant à envahir les parties profondes et à gagner en largeur, méritent d'attirer l'attention du chirurgien. Tels sont les ulcères syphilitiques, scrofuleux et cancéreux.

a. Ulcères syphilitiques. — Ils peuvent être primitifs, secondaires ou tertiaires. L'ulcère primitif ou le chancre du nez est extrêmement rare. Il n'est pas beaucoup plus commun d'observer à l'entrée des narines des plaques muqueuses. Dans tous les cas, ces deux sortes d'ulcères n'ont pas de tendance à l'envahissement et guérissent sous l'influence du traitement ordinaire, en laissant à leur suite quelques cicatrices blanchâtres analogues à celles de la variole.

Les ulcères tertiaires, les plus fréquents et les plus graves, succèdent à des manifestations tertiaires, soit du côté de la peau (syphilides crustacées ulcéreuses, gommès), soit du côté des os et des cartilages (périostoses gommeuses), soit du côté de la muqueuse (gommès, tubercules sous-muqueux).

L'ulcération des téguments du nez se produit donc tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Quel que soit son mode de progression, elle détruit tous les tissus intermédiaires entre la peau et la muqueuse, en

fournissant une suppuration fétide. On observe une solution de continuité grisâtre, irrégulière, à bords curvilignes, médiocrement indurés, dont le fond présente souvent des débris osseux. Cette ulcération est presque indolente, ce qui constitue un caractère important, et s'accompagne rarement de complications inflammatoires.

Il est exceptionnel aujourd'hui qu'on laisse la maladie s'étendre à une très-grande profondeur, et le plus souvent on sait l'arrêter par un traitement approprié, et plus particulièrement par l'administration de l'iodure de potassium; mais, selon la gravité des désordres déjà produits, la réparation qui suit l'emploi des moyens spécifiques ne se fait qu'au prix de difformités plus ou moins choquantes. L'aplatissement du nez à sa racine, la disparition presque complète de cet organe, qui est remplacé par un vaste hiatus ou qui est réduit à une sorte d'opercule cutané, suivant que les téguments ont été envahis dans une grande étendue par l'ulcération, ou respectés par elle; la perte du sommet, de l'une des ailes du nez, lorsque la destruction a été plus limitée: telles sont les conséquences possibles des ulcérations tertiaires.

b. Les ulcères scrofuleux, connus sous le nom de *lupus*, sont extrêmement fréquents. Ils sont décrits avec soin dans les traités de dermatologie, et si nous en parlons ici, c'est parce qu'ils nécessitent quelquefois l'intervention chirurgicale, soit pour amener leur guérison, soit pour réparer les désordres qu'ils ont causés.

Le *lupus* ulcéreux se montre surtout chez les jeunes sujets, avant l'âge de trente ans; il est plus commun chez les filles que chez les garçons.

Il débute par la production, dans l'épaisseur de la peau et des couches sous-jacentes, de tubercules rouges qui, rapprochés les uns des autres, augmentent le volume du nez et lui donnent une surface inégale et raboteuse. Ces tubercules s'ulcèrent peu à peu et détruisent de proche en proche les parties sous-jacentes. C'est ainsi que l'on voit disparaître le lobule, les ailes du nez, le cartilage de la cloison, celui de la sous-cloison. Contrairement aux ulcères syphilitiques, il est rare que les ulcères scrofuleux détruisent le squelette osseux.

Il existe, du reste, des signes différentiels assez nets entre ces deux variétés: tandis que les ulcères syphilitiques sont bornés par des bords nets et taillés brusquement, les ulcères scrofuleux sont entourés par des téguments rouges, indurés, présentant des squames. L'âge des sujets est aussi important à noter, le *lupus* se rencontrant le plus souvent chez des sujets jeunes. Enfin on peut trouver, dans l'examen des malades, des signes non douteux de l'existence d'accidents syphilitiques dans un cas, scrofuleux dans l'autre.

c. Quant aux *ulcères cancéreux*, il en sera question plus tard sous le titre de *CANCER*.

TRAITEMENT. — Nous n'avons pas à insister sur le traitement général, qui doit répondre à l'état constitutionnel. Contre les ulcères syphilitiques, on prescrira l'iodure de potassium; l'huile de foie de morue, les prépara-

tions iodées conviendront pour arrêter la marche du lupus. Dans ce dernier cas, il peut être utile, lorsque la période de réparation est trop lente à se produire, d'avoir recours aux modificateurs locaux. On ne devra pas craindre alors de s'adresser aux caustiques énergiques; le chlorure de zinc, appliqué sur les bords de l'ulcération et sur les nodosités de la peau superficiellement incisées, est un des agents dont nous conseillons plus particulièrement l'usage.

Lorsque la cicatrisation commence à se faire, il faut en surveiller avec soin les progrès, en réprimant les bourgeons charnus par des cautérisations légères, en appliquant des pansements méthodiques, de manière à prévenir la persistance d'ouvertures anormales et le développement de difformités.

Enfin, si, malgré les efforts du chirurgien, le nez reste difforme, on peut encore y remédier plus ou moins complètement, soit à l'aide de la prothèse, soit à l'aide des opérations autoplastiques. Il sera question de ces dernières dans un article spécial. Quant aux moyens prothétiques, ils sont pour la plupart insuffisants et consistent dans l'application de nez artificiels ou postiches qui masquent les pertes de substance. Ces nez artificiels sont généralement faits de fer-blanc, d'argent ou de quelque autre métal. Debout (1) a préconisé comme de beaucoup supérieures les pièces de caoutchouc qui, en raison de leur mollesse, n'exposent pas, comme les pièces métalliques, à des lésions des parties du visage sur lesquelles elles appuient.

Le même auteur a montré que, dans les cas où la destruction s'étendait à la fois au nez et à la lèvre supérieure, la restauration prothétique pouvait encore être obtenue.

3^e Tumeurs.

Parmi les tumeurs qui peuvent envahir les parties molles du nez, il en est quelques-unes qui ne méritent pas de description spéciale : tels sont les productions cornées ou verruqueuses, les kystes glandulaires résultant de l'hypertrophie d'un follicule sébacé, les tumeurs érectiles. Nous dirons seulement quelques mots de l'éléphantiasis et du cancer.

a. *Éléphantiasis du nez.* — On l'observe principalement chez les individus ayant atteint la cinquantaine et faisant abus de boissons alcooliques.

Dans certains cas, l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, ayant lieu d'une manière uniforme, détermine une augmentation générale du volume du nez, et plus particulièrement au niveau du lobule, des ailes et de la sous-cloison. La peau, en même temps qu'elle est épaissie, présente une coloration rouge violacée ou pourpre. Le plus souvent on voit se dessiner à sa surface des veines considérablement dilatées, et les folli-

(1) De la chirurgie réparatrice en présence de grandes mutilations de la charpente osseuse de la face (Bull. de la Soc. de chirurgie, 2^e série, t. IV, p. 155).

cules hypertrophiés apparaissent sous forme de taches ou de sillons noirs qui tranchent sur la coloration rouge générale; quelquefois même ces follicules s'enflamment et produisent de petites ulcérations.

A part cette dernière complication, la forme d'éléphantiasis que nous venons de décrire ne cause aucune gêne fonctionnelle, aucune douleur.

Dans d'autres circonstances, l'hypertrophie, affectant isolément certains points du nez, donne naissance à de véritables tumeurs, tantôt solitaires, tantôt multiples. Ces tumeurs peuvent s'arrêter dans leur développement ou faire des progrès assez lents pour ne causer d'autre inconvénient que celui d'une difformité ridicule. Mais, dans quelques cas exceptionnels, on les a vues prendre des dimensions considérables, au point d'acquies un poids de 1 à 2 kilogrammes. Lorsque les tumeurs éléphantiasiques du nez atteignent ce développement-extraordinaire, on conçoit qu'elles puissent apporter un trouble sérieux à l'exercice de diverses fonctions. Ainsi elles gênent la vue, lorsqu'elles proéminent du côté de l'œil; mais elles déterminent surtout un obstacle sérieux à la respiration, à la prononciation et à la préhension des aliments, lorsqu'elles tombent en avant des narines et de la bouche sur la lèvre inférieure et le menton, ainsi qu'on en a rapporté quelques exemples. La figure 157, qui représente un sujet observé par Civadier (1), donne l'idée de la maladie et permet de comprendre les troubles fonctionnels qu'elle peut produire. Dans quelques cas où les tumeurs étaient encore plus volumineuses, les malades étaient obligés d'en soulever la masse avec une sorte de fronde.

Les tumeurs éléphantiasiques du nez sont faciles à reconnaître. Elles sont improprement désignées par quelques auteurs sous le nom de lipomes ou de fibromes du nez; mais il est facile de voir qu'elles n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces tumeurs, et qu'elles sont constituées par l'hypertrophie générale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

On les distinguera encore plus facilement du cancer par l'absence de douleur, par le défaut de tendance au ramollissement et à l'ulcération profonde, par l'intégrité des ganglions lymphatiques voisins, enfin par la conservation de la santé générale.

L'éléphantiasis du nez peut être quelquefois modifié, surtout lorsqu'il est récent et peu développé, par les applications locales de teinture d'iode, aidées d'un changement dans le régime et de révulsifs fréquents sur le tube digestif. Mais si la maladie est ancienne, et, à plus forte raison, si elle a atteint un grand développement, on ne peut espérer la guérir que par



FIG. 157. — Tumeurs éléphantiasiques du nez.

(1) Mém. de l'Acad. de chir., t. III, p. 511.

l'intervention chirurgicale. Celle-ci est tout à fait indiquée lorsque les tumeurs apportent une gêne mécanique à l'accomplissement des fonctions respiratoires et digestives. L'ablation par l'instrument tranchant est la seule opération applicable dans ces cas. On peut, s'il existe plusieurs tumeurs, faire une série d'ablations successives et rendre au nez ses dimensions et sa forme normales. L'opération a donné des résultats avantageux dans tous les cas où elle a été pratiquée, alors même qu'il s'agissait de tumeurs énormes. Un écoulement sanguin, quelquefois assez abondant, est le seul accident mentionné. La compression sur la plaie suffirait pour l'arrêter, surtout si l'on suivait l'exemple de Civadier, qui garnit les narines de canules courtes, propres à fournir un point d'appui à la compression extérieure.

b. *Cancer du nez*. — Le cancer du nez se présente beaucoup plus souvent sous forme d'ulcérations que de tumeurs. Cependant on observe quelquefois, au niveau de l'aile du nez ou de la sous-cloison, des sortes de fungus cancéreux qui souvent s'étendent à la joue. Dans l'immense majorité des cas, ce sont des cancers épithéliaux peu saillants, à marche peu rapide, s'ulcérant lentement en largeur et en profondeur, s'étendant rarement à la joue, à moins qu'ils n'aient pris naissance dans le sillon naso-génien.

On ne pourrait guère confondre le cancer du nez qu'avec un tubercule syphilitique ou un lupus. Mais il diffère du premier en ce que celui-ci est rarement isolé, et qu'on rencontre d'autres tubercules semblables sur divers points du corps; de plus, le tubercule syphilitique offre une marche beaucoup plus rapide et s'ulcère vite; enfin l'induration des bords et du fond de l'ulcère est beaucoup plus marquée dans le cancer. Le lupus diffère encore plus du cancer, en ce qu'il s'accompagne d'une induration étendue, d'un gonflement et d'une coloration rouge de la peau; il s'ulcère assez lentement et surtout s'étend en surface; enfin on l'observe à peu près exclusivement chez les enfants ou les sujets jeunes, tandis que le cancer est l'apanage de la vieillesse.

L'excision est applicable à un certain nombre de tumeurs cancéreuses du nez, et l'on conçoit que le mode opératoire varie suivant le siège et l'étendue de la maladie. On comprend aussi comment, dans un grand nombre de cas, et surtout dans les cas où le cancer occupe les bords de l'ouverture nasale, il est impossible d'éviter une difformité. Il peut alors devenir nécessaire de pratiquer une opération autoplastique, et l'on sait qu'il vaut mieux la faire tout de suite qu'après la cicatrisation.

La cautérisation convient également dans un grand nombre de cas, et principalement lorsqu'il s'agit de tumeurs épithéliales ulcérées. On doit éviter autant que possible de faire ces cautérisations trop profondes dans la crainte de déterminer la nécrose des os et des cartilages, d'où résulterait une ouverture des cavités nasales, et par suite une difformité choquante. D'ailleurs la cautérisation, comme l'ablation avec l'instrument tranchant, expose aussi à des difformités qu'il est souvent impossible

d'éviter, mais que l'on pourra réparer plus tard, après cicatrisation, par l'un des procédés de rhinoplastie que nous décrirons.

§ II. — Lésions vitales et organiques des os du nez.

L'ostéite, la carie, la nécrose des os propres du nez, ne sont pas très-rare, soit à la suite de traumatismes, soit sous l'influence de la scrofule ou de la syphilis. Cette dernière cause paraît cependant de beaucoup la plus fréquente. Il est inutile de rappeler les symptômes propres à l'ostéite, à la carie et à la nécrose. Dans la région du nez, les signes locaux se manifestent rapidement par un gonflement œdémateux de l'organe avec rougeur et chaleur de la peau. En même temps on observe presque toujours quelques troubles du côté des cavités nasales : enchifrènement, hypersécrétion, épistaxis légères, fétidité de l'haleine. Lorsque la suppuration est produite, elle peut s'ouvrir une issue, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, soit des deux côtés à la fois. Mais le plus ordinairement les abcès s'ouvrent à l'intérieur, et les séquestres sortent par les narines. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion de l'ozène syphilitique.

Quelle que soit la cause déterminante de la maladie, lorsque les os du nez cariés ou nécrosés ont été éliminés, il reste une difformité plus ou moins considérable consistant en un aplatissement de la racine de l'organe semblable à celui que l'on observe à la suite de fractures comminutives.

Relativement au traitement, il consiste, d'une part, à combattre par les moyens appropriés la cause générale qui entretient la maladie, et, d'autre part, à faciliter l'écoulement du pus et l'expulsion des séquestres.

Les *exostoses* et l'*hyperostose* des os du nez, que l'on a quelquefois observées, ne méritent pas de description spéciale.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU NEZ.

Nous examinerons successivement dans cet article les vices de conformation et difformités que l'on observe : 1° sur le nez proprement dit, et 2° sur les narines.

§ I. — Vices de conformation et difformités du nez proprement dit.

Nous ne parlerons pas des vices de conformation, tels que l'excès de volume, l'aplatissement de la racine, la déviation de la pointe en haut, à droite ou à gauche, vices de conformation qui paraissent entièrement au-dessus des ressources de la chirurgie. Il en est de même d'un certain nombre de *difformités accidentelles*, comme celles qui surviennent à la suite de fractures avec enfoncement, de carie, de nécrose des os propres du nez, et qui doivent être considérées comme irrémédiables.