

Pronostic. — La mort est la terminaison habituelle de cette maladie, soit qu'on l'abandonne à elle-même, soit qu'on l'opère : mais il est des exceptions à cette règle.

Traitement. — Lorsque la tumeur paraît tendre à la guérison ou qu'elle est stationnaire, on se contente de la protéger par un moule en gutta-percha.

Mais, pour peu qu'elle fasse des progrès, il faut agir, surtout si la tumeur menace de s'ulcérer et de se rompre. La compression n'est pas sans inconvénients et n'est que palliative. L'incision, le séton, l'électrolyse sont abandonnés. La ponction aspiratrice n'a donné que de rares succès ; trois méthodes restent en présence.

L'injection iodo-glycérinée qui convient dans les cas où la communication avec le canal rachidien étant étroite peut être facilement interrompue. Elle a donné de nombreux succès.

La ligature, simple, élastique, linéaire, a donné des accidents mortels par compression de la moelle et par sphacèle du spina bifida. Aussi est-on plutôt tenté aujourd'hui de recourir, sous le couvert de l'antisepsie, à l'excision au bistouri suivie de suture. Elle a donné un certain nombre de bons résultats et a même permis de décoller la moelle et de la réduire dans le canal rachidien.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'APPAREIL OLFACTIF.

L'appareil olfactif se compose : 1° du nez, appareil destiné à recueillir les émanations odoriférantes ; 2° des fosses nasales, cavités anfractueuses divisées, dans leur moitié antérieure, par une cloison, tandis que leur moitié postérieure forme une cavité désignée sous le nom d'arrière-cavité des fosses nasales ; elle se continue avec le pharynx, dont elle se trouve complètement séparée pendant la déglutition par le voile du palais qui devient horizontal ; c'est dans cette arrière-cavité des fosses nasales que viennent s'ouvrir les trompes d'Eustache ; la muqueuse des fosses nasales se continue directement avec celle des trompes, c'est ce qui explique comment les catarrhes des fosses nasales se propagent si fréquemment dans les trompes, et gagnent ainsi l'oreille moyenne ; 3° de cavités accessoires creusées dans le squelette du crâne et des os de la face, ce sont les sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires.

Nous allons examiner successivement les maladies de ces diverses régions dont la connaissance et la thérapeutique ont fait dernièrement de grands progrès.

Examen des fosses nasales.

Trois méthodes d'investigation doivent être mises en usage dans l'examen du nez et des fosses nasales, ce sont : 1° l'expiration brusque par le nez, la bouche étant fermée ; 2° l'exploration d'avant en arrière, à l'aide du *speculum nasi* ; 3° l'exploration d'arrière en avant ou rhinoscopie.

1° *Expiration brusque par le nez.* — Si vous voulez vous assurer de la perméabilité des fosses nasales, après avoir fait fermer la bouche au malade, dites-lui de faire une forte expiration par le nez, puis faites faire successivement des expirations par chacune des narines, en ayant soin de comprimer l'autre, de façon à intercepter le passage de l'air à travers elle. S'il existe un obstacle tel qu'un polype, suivant

le degré d'obstruction, l'air ne passera pas, passera à peine, ou bien si l'obstacle est mobile, il en résultera un bruit particulier désigné sous le nom de *bruit de drapeau*. Ce mode d'exploration est fort utile dans les cas de polype des fosses nasales.

2° *Exploration à l'aide du speculum nasi*. — Duplay qui, en France, a vulgarisé la connaissance des maladies du nez et des oreilles, et qui leur a fait faire de grands progrès, a imaginé un *speculum*

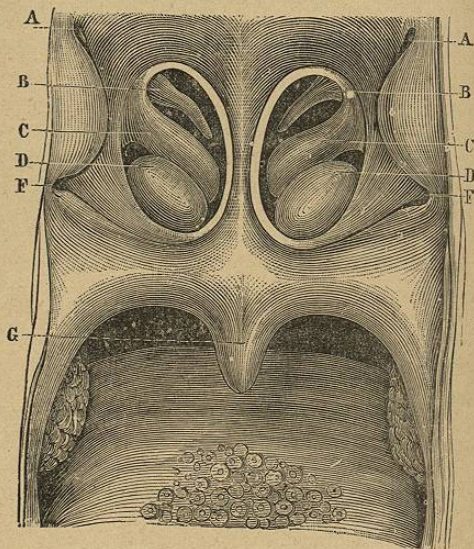


Fig. 119. — Image fournie par l'examen rhinoscopique de l'arrière-cavité des fosses nasales (1). — A. Fossette de Rosenmüller, dépression formée par la réunion de plusieurs des parois de l'arrière-cavité des fosses nasales. — B. Cornets supérieurs. — C. Cornets moyens. — D. Cornets inférieurs. — F. Ouverture de la trompe d'Eustache. — G. Face supérieure de la luette. — Au-dessus on remarque la face supérieure de la langue et sur les côtés les amygdales.

nasi composé de deux valves, dont l'une, qui doit s'appliquer à la cloison, est légèrement aplatie et fixe, tandis que l'autre, destinée à dilater la narine, est mobile et s'écarte à l'aide d'une pression exer-

1. Le miroir du rhinoscope n'est pas assez large pour donner à la fois tous les détails de cette figure, on les obtient par des examens successifs, c'est-à-dire en inclinant le miroir en divers sens.

cée sur une petite pédale. L'examen peut être fait à la lumière naturelle, mais il est plus complet lorsqu'on a recours à la lumière artificielle et à un miroir réflecteur qui peut être celui de l'ophthalmoscope, ou un miroir spécial.

Rhinoscopie. — La rhinoscopie repose sur le même principe que la laryngoscopie, c'est-à-dire qu'un miroir étant placé dans l'arrière-gorge, sous un angle qui permet la réflexion des rayons lumineux vers les fosses nasales, l'image de ces parties formées sur le miroir devient visible pour l'observateur (Duplay).

Des miroirs de diverses formes ont été construits pour servir à l'examen rhinoscopique : celui de Duplay réunit, en une seule pièce, l'abaisse-langue, le miroir et le releveur de la luette.

Quoi qu'il en soit, l'examen rhinoscopique est plein de difficultés ; elles sont inhérentes à la susceptibilité du patient, à l'étroitesse de l'arrière-gorge, au peu de champ du miroir qui ne permet de voir qu'une partie des fosses nasales, etc.

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DU NEZ.

Les fractures des os du nez ayant déjà été étudiées, nous n'avons qu'à parler des *plaies* et des *contusions* de cette région. Les *plaies* n'offrent aucune particularité digne d'une mention spéciale ; toutefois, lorsqu'elles perforent la racine du nez, elles peuvent être l'occasion d'un *emphysème* qui gagne rapidement les paupières.

Les plaies par instruments tranchants peuvent diviser verticalement une des narines : il faut aussitôt rapprocher les lèvres de l'incision, car si elles se cicatrisent isolément, il en résulte une difformité pénible.

Le bout du nez ou même des parties plus étendues peuvent être complètement séparés par une morsure ou un instrument tranchant ; d'assez nombreux exemples prouvent la possibilité du recollement des parties séparées¹, pourvu que ces parties ne soient pas trop fortement contuses et que l'accident vienne de se produire : on a cependant obtenu de semblables réunions, même après une heure.

1. Béranger-Féraud a publié un mémoire sur la fréquence de ces recollements : son travail s'appuie sur 65 observations suivies de succès : dans 50 d'entre elles la partie divisée tenait encore par un mince pédicule, et dans 15 la séparation était complète.

Les parties seront maintenues en place avec du collodion, du taffetas gommé, et surtout par des points de suture.

Les *contusions* ne présentent rien de spécial.

II. — LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU NEZ.

L'ÉRYSIPELE de la face débute souvent par le nez, mais il n'y reste pas limité ; sous l'influence de ces *érysipèles périodiques*, auxquels certaines femmes sont sujettes, le nez peut prendre d'énormes proportions.

LE FURONCLE ne s'observe guère qu'au voisinage de l'orifice des narines ; on n'oubliera pas que la possibilité d'une phlébite de la veine ophthalmique et des sinus rend le pronostic des furoncles de la face plus sérieux que celui des furoncles développés dans d'autres régions ; hâtons-nous d'ajouter que cette complication est heureusement très exceptionnelle ; quoi qu'il en soit, on les incisera de bonne heure.

LES ULCÈRES DU NEZ sont fréquents : certains, désignés sous le nom de *lupus*, sont de nature tuberculeuse, constituent une des lésions cutanées les plus graves et les plus rebelles.

Les ulcères syphilitiques du nez sont assez rares ; mais par contre on sait combien il est fréquent d'observer des manifestations syphilitiques variées dans les fosses nasales, le voile du palais, etc. (ce sont des ulcérations, des gomes, des nécroses). Parfois, à la suite de la *nécrose du vomer*, le nez n'étant plus soutenu se déprime et se casse en quelque sorte au niveau de l'union de sa portion osseuse avec ses cartilages. Enfin, chez les enfants et les jeunes gens lymphatiques et scrofuleux, il est très commun d'observer le *gonflement des ailes du nez* et des ulcérations légères à leur niveau, elles sont sans importance, et cèdent bien mieux à un traitement général, capable d'améliorer la constitution, qu'à des applications locales.

LES TUMEURS qui peuvent se développer sur le nez doivent seulement être signalées, car leur description générale a été donnée ailleurs et leur siège n'imprime aucun caractère

spécial à leur physionomie : ce sont les *tumeurs verruqueuses* mais surtout les *kystes glandulaires* (on sait que le *demodex folliculorum* a une prédilection marquée pour le lobule et les ailes du nez), les *tumeurs érectiles*, le *cancer* et enfin l'*éléphantiasis*.

L'ÉLÉPHANTIASIS du nez, caractérisé par l'hypertrophie totale de la peau du nez et de ses glandes, mérite une description spéciale, car il est assez fréquent chez les sujets d'un certain âge, alors même que leur vie est sobre, mais surtout chez les gens qui se livrent à des excès alcooliques. Le nez s'épaissit, sa peau est rouge, violacée : à certains moments de la journée, surtout après les repas et par les temps froids, le nez se congestionne, il se gonfle, devient rouge vif, et en même temps les yeux brillent d'un éclat spécial. Cet ensemble donne à la physionomie le cachet enluminé sous lequel on représente les ivrognes.

Souvent à la surface du nez se dessinent des veines bleuâtres et variqueuses et des follicules, qui ont l'aspect de gros points noirâtres, dus à l'accumulation de matière sébacée. Peut-être l'éléphantiasis du nez peut-il être amélioré par des applications de teinture d'iode, un changement de régime, l'usage des alcalins, les révulsifs sur le tube digestif. Mais si la tumeur est très volumineuse, elle ne peut être guérie que par une intervention chirurgicale, il faut donc extirper la tumeur ; cette extirpation a donné de bons résultats chaque fois qu'elle a été pratiquée, et l'écoulement de sang a été facilement arrêté, en plaçant deux bouts de sonde dans les narines, et en exerçant une compression sur le nez.

L'ÉPITHÉLIOME s'observe quelquefois sur les ailes du nez, mais plus rarement que sur les lèvres et les paupières. Son siège ne modifie pas son traitement.

III. — VICÉS DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU NEZ.

Les vices de conformation ou les difformités du nez ont pu

dans quelques cas être heureusement réparés par une intervention chirurgicale, et l'on rapporte les beaux succès obtenus par Dieffenbach, Blandin, etc. On trouvera dans les traités de médecine opératoire la relation détaillée de ces opérations exceptionnelles.

La *rhinoplastie*, ou restauration du nez dans sa totalité ou en partie, a été plusieurs fois tentée avec succès, cependant

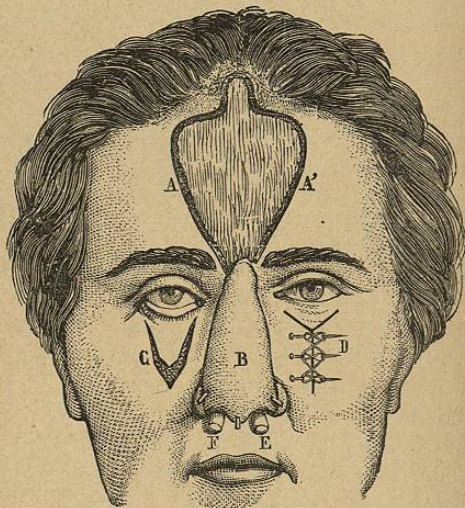


Fig. 420.

- A. A'. Tracé du lambeau frontal.
 B. Lambeau adapté aux bords du trou qui remplaçait le nez.
 E, F. Petits cylindres introduits dans les narines.
 Cette figure représente aussi les incisions nécessaires à la blépharoplastie par le procédé de Jones.
 C. Incisions pour la blépharoplastie.
 D. Partie inférieure de l'incision réunie par la suture entortillée.

elle a maintes fois échoué, et la perfection des appareils en caoutchouc vulcanisé va encore restreindre le nombre des cas à opérer; aussi, sans entrer dans d'autres détails, nous nous bornons à donner une figure qui représente la rhinoplastie suivant la méthode indienne.

CHAPITRE IV

MALADIES DES FOSSES NASALES

A. — Lésions traumatiques.

Le squelette des fosses nasales se trouve formé : en avant, par les os et les cartilages du nez ; en bas et en dehors, par les maxillaires supérieurs et les palatins ; en haut, par la base du crâne. Les fractures de ces diverses régions nous sont déjà connues, et la seule chose spéciale que l'on puisse signaler au sujet de leur traumatisme, ce sont les *bosses sanguines* (accumulation de sang au-dessous de la muqueuse), qui ont été parfois observées sur la cloison des fosses nasales, à la suite de coups portés sur le nez.

La bosse sanguine se présente sous l'aspect d'une tumeur assez diffuse, violacée, tendue, et qui n'est fluctuante que lorsque la quantité de liquide est notable. En général, ces bosses sanguines disparaissent d'elles-mêmes ; on peut aider leur résorption par l'application de compresses résolutive sur le nez, par des lotions et des injections nasales, pratiquées avec une solution émolliente.

Si la tumeur persistait, on pourrait la ponctionner avec le trocart d'un appareil aspirateur ¹.

CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS. — On a rencontré, dans les fosses nasales, des corps étrangers de toutes sortes, mais dont le volume ne dépassait guère un centimètre à un centimètre et demi.

¹ L'épistaxis étant un symptôme commun à la plupart des maladies des fosses nasales, son étude appartient à la pathologie générale.