

## II

**HÉMATOME, PÉRICHONDRITE, ABCÈS CHAUD  
DE LA CLOISON NASALE**

PAR LE D<sup>r</sup> MAURICE BOULAY  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Sans être spéciale à l'enfance, cette affection est sensiblement plus fréquente dans le jeune âge: il y a à cette prédilection une raison très simple, c'est que les traumatismes du nez et en particulier ceux qui résultent de chutes sur la face en sont la cause la plus ordinaire.

Si l'on s'en rapporte aux descriptions tout à fait sommaires qu'on en trouve dans la plupart des ouvrages spéciaux traitant des affections du nez, elle semble très rare; et de fait, on n'en rencontre qu'un très petit nombre de cas dans la littérature médicale; chaque travail sur ce sujet en mentionne seulement quelques exemples, d'ordinaire assez graves. Mais cette rareté n'est sans doute qu'apparente, les cas bénins échappant le plus souvent à l'examen du médecin; car, dans les consultations spéciales d'hôpitaux d'enfants, il nous a été donné d'en recueillir un assez grand nombre d'observations.

L'affection a été décrite sous des noms divers: *hématome*, *périchondrite idiopathique* (périchondrite séreuse de Jurasz), *abcès chaud* (phlegmon aigu, érysipèle phlegmoneux). Notons toutefois que ces dénominations ne sont pas tout à fait synonymes: l'hématome, par exemple, bien que suppurant souvent, n'est pas un stade obligatoire de l'abcès; il peut se résorber. De même il n'est pas démontré que tout abcès soit précédé d'un hématome.

La description simultanée de l'hématome, de la périchondrite et de l'abcès se justifie cependant; car, si ces trois variétés de lésions peuvent se constituer et évoluer isolément, 1° on les voit le plus souvent passer de l'une à l'autre par la transformation d'un hématome en abcès, par le passage d'une périchondrite séreuse à la suppuration;

2° Elles ont une symptomatologie très analogue, qui les rend parfois fort difficiles à différencier en clinique: ce sont des tumeurs liquides de la cloison.

**Étiologie. Pathogénie.** — Tantôt, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, l'affection a une origine très nette: elle est provoquée par un traumatisme; tantôt sa cause reste obscure ou inconnue et son développement passe pour spontané.

**A. Hématomes et abcès traumatiques.** — Ce sont ceux que nous avons surtout en vue dans cet article. Ils résultent soit d'une chute, soit d'un coup sur le nez. Ce sont principalement les chutes qui interviennent, qu'il s'agisse d'enfants commençant à marcher et tombant de leur propre hauteur,

ou bien d'enfants plus âgés précipités à terre en courant ou tombant sur le sol du haut d'une chaise ou d'une table. Les coups de poing, de bâton, de pierre, de tête portés par un camarade sont moins souvent incriminés.

L'âge de prédilection est difficile à déterminer, en raison du petit nombre de cas publiés; d'après notre statistique personnelle qui porte sur 15 cas, c'est surtout de 2 à 8 ans que s'observe l'affection.

Contrairement à toute attente, la violence du traumatisme ne semble pas être un facteur étiologique important: cette violence est en effet très variable. Parfois le traumatisme est insignifiant et laisse si peu de traces extérieures que les parents l'ignorent ou que l'enfant en a perdu le souvenir quand il se présente au médecin.

Bien plus que l'intensité du choc, son point d'application et sa direction ont une influence déterminante; il s'agit en effet presque exclusivement de chutes ou de coups sur le dos du nez; les chocs latéraux produisent volontiers une fracture de la branche montante du maxillaire, mais non de la cloison, à qui l'élasticité de son cartilage permet d'éviter les effets de cette variété de traumatisme.

Si les hématomes sont relativement rares, étant donnée la fréquence des chutes et des coups sur la face, cela tient précisément: 1° à ce que tous les traumatismes du nez ne sont pas également aptes à les déterminer: un choc de face est nécessaire (*raison étiologique*); 2° à ce que tous les nez ne sont pas également aptes à donner prise aux traumatismes du septum (*raison anatomique*): en effet la lame perpendiculaire de l'ethmoïde n'a pas la même forme chez tous les individus; son bord antérieur, qui s'articule avec les os propres du nez, est très court et presque vertical chez les uns, plus long et incliné en avant chez les autres; or, plus il s'étend en avant, plus le cartilage quadrangulaire sous-jacent est soustrait aux atteintes des traumatismes, et nous allons voir précisément que l'hématome siège toujours au niveau de ce cartilage.

**B. Hématomes et abcès spontanés.** — Quelques auteurs (Mackenzie, Péan) admettent l'existence d'hématomes spontanés, analogues à l'othématome; nous n'en avons jamais observé. Avant d'affirmer la spontanéité de la lésion, il est nécessaire de rechercher avec soin l'influence possible d'un traumatisme; celle-ci n'est pas toujours évidente d'emblée. En effet, les troubles auxquels donne lieu l'affection ne se prononcent souvent qu'un certain nombre de jours après le traumatisme; c'est ce qui se passe quand il ne se produit pas immédiatement un volumineux hématome. Il arrive encore qu'au début toute l'attention est absorbée par les effets extérieurs du traumatisme (contusions, plaies de la face) et ce n'est qu'après la disparition de ces lésions qu'on s'inquiète de la gêne respiratoire, l'épanchement sous-muqueux étant souvent la lésion qui persiste la dernière comme trace du traumatisme. Dans ces diverses circonstances l'origine de l'hématome peut échapper au médecin; pour nous, bon nombre d'hématomes prétendus idiopathiques ont en réalité une étiologie traumatique<sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup> M. BOULAY. Des causes d'obstruction nasale chez les enfants. *Revue des mal. de l'enf.*, mars 1896. — COLONNA-WALEWSKI. Des abcès de la cloison des fosses nasales. *Thèse de Paris*, 1897.

Mais ce qui nous semble vrai de l'hématome, ne l'est pas de l'abcès. En dehors de toute étiologie traumatique, on observe en effet des périchondrites qui, sans avoir passé par la phase d'hématome, se présentent d'emblée sous l'aspect d'abcès. Ces périchondrites suppurées résultent presque toujours d'une infection locale ou de voisinage : rhinite érysipélateuse (Herzfeld), varioleuse, typhoïdique, grippale.

Un de nos jeunes malades avait été pris, au cours de la grippe, d'une périchondrite suppurée bilatérale de la cloison qui, en l'absence de tout traitement, détermina une large perforation de celle-ci avec affaissement et déformation marquée du nez extérieur.

Comme causes plus rares, il faut signaler les opérations sur la cloison<sup>1</sup> avec infection consécutive de la plaie et les abcès dentaires<sup>2</sup>, en particulier ceux qui siègent au niveau des incisives ou des canines : le canal naso-palatin sert peut-être dans ces cas de voie de propagation à la périostite alvéolo-dentaire.

Nous ne parlons pas ici des périchondrites spécifiques, tuberculeuses ou syphilitiques, qui constituent de véritables abcès froids ou des gommages de la cloison et se distinguent par leur marche des abcès aigus dont il est question dans ce chapitre.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions siègent exclusivement sur la portion cartilagineuse de la cloison, par conséquent en bas et en avant, au niveau du cartilage quadrangulaire : c'est en effet la région où la fibromuqueuse adhère le moins aux plans sous-jacents et où elle se décolle le plus aisément ; son adhérence dans la portion osseuse du septum est beaucoup plus intime. L'épanchement se fait entre le cartilage et le périchondre doublant la muqueuse, exactement comme dans l'othématome. On aurait cependant vu, par exception, il est vrai, des collections purulentes entre les deux lames cartilagineuses de la cloison (Heymann).

La muqueuse et le périchondre sont infiltrés et très épaissis. Le cartilage, mis à nu par le décollement de la membrane de revêtement, présente soit des fissures d'origine traumatique, soit des altérations inflammatoires ou nécrotiques. La nécrose peut se faire très rapidement ; quelques heures suffisent parfois à son apparition : elle est due à la fois à l'anémie du cartilage, privé de ses vaisseaux nourriciers, et à la compression exercée par le liquide épanché. Cette mortification est presque constante en cas de suppuration et de bilatéralité des lésions. La perte de substance qui en résulte peut être très limitée ou, au contraire, assez étendue pour qu'il se constitue ensuite une perforation définitive.

Son siège de prédilection est le point le plus mince du septum, celui qui correspond au vestibule. Tantôt la perforation est précoce et se fait presque dès le début des accidents, tantôt elle est tardive et n'apparaît qu'après plusieurs semaines.

(<sup>1</sup>) LEDERMANN. Eine ungeuöhnliche Folge einer intran. Operat. *Centralbl. f. Laryngol.*, 1894, p. 490.

(<sup>2</sup>) KILLIAN. Périchondrite et périostite aiguës de la cloison nasale d'origine dentaire. *Munch. med. Wochenschr.*, 1900, p. 155. — RICCI. Ascesso acuto d. setto nasale di natura dentaria. *Bollet. d. mal. dell' orecchio, etc.*, mars 1905, p. 55.

L'épanchement est sanguin, séreux ou purulent. L'hématome n'a qu'une faible tendance à la résorption : Ball rapporte cependant un cas net de disparition spontanée chez un enfant de 7 ans<sup>1</sup>. Le pouvoir d'absorption de la muqueuse décollée est en effet minime, malgré la vascularisation de celle-ci ; d'ailleurs le dépôt rapide de la fibrine sur les parois de l'abcès est un obstacle à la résorption.

Exceptionnellement, l'épanchement s'enkyste à l'état de liquide trouble, séreux ou séro-sanguinolent<sup>2</sup> : il s'agit alors soit d'un épanchement séreux d'emblée (Ward), soit d'une tumeur sanguine ancienne ayant subi un commencement de résorption.

Ordinairement l'hématome s'infecte secondairement et suppure : c'est là la cause la plus habituelle des abcès chauds de la cloison. Aussi doit-on, en présence d'un abcès du septum, songer à l'existence antérieure probable d'un hématome traumatique et interroger le malade à ce point de vue.

La quantité de liquide épanché est souvent moins abondante que ne le ferait supposer le volume de la tumeur : celui-ci est dû en effet autant à l'énorme infiltration de la muqueuse et du périchondre qu'à l'épanchement sous-jacent.

**Symptomatologie.** — Nous prendrons pour type de notre description l'hématome traumatique, le plus commun.

L'hématome peut se manifester d'emblée par des symptômes bruyants, obstruction nasale, béance buccale, sensation pénible de gêne respiratoire : c'est ce qui arrive lorsqu'il se produit d'emblée un épanchement très abondant ; le fait est rare. Le plus souvent le début est insidieux et les signes d'obstruction nasale ne se manifestent que progressivement et tardivement. Cinq, dix, quinze jours après une chute ou un coup sur le nez, accompagné ou non d'épistaxis, apparaissent des signes d'imperméabilité nasale : béance buccale, voix nasonnée, ronflement nocturne. Les parents examinant le nez de l'enfant aperçoivent une grosse tumeur rouge à l'entrée de l'une des narines ou des deux et se précipitent chez le médecin.

Celui-ci constate sans l'aide de spéculum et à la simple lumière du jour, en relevant la pointe du nez avec le pouce, la présence dans l'une des narines ou le plus souvent dans les deux, d'une tuméfaction d'un rouge foncé, arrondie, lisse, obstruant toute ou presque toute la narine. La tumeur est souvent un peu plus volumineuse d'un côté que de l'autre. En l'explorant avec un stylet, on constate qu'elle est implantée sur la cloison par une large base, qu'elle n'est pas mobile, mais qu'elle est dépressible, sans toutefois être nettement fluctuante ; elle est peu ou pas douloureuse à la pression.

Lorsqu'elle existe, cette disposition bilatérale et symétrique est pathognomonique : l'aspect des lésions suffit à lui seul à faire faire le diagnostic d'hématome, à distance. Mais, de plus, la bilatéralité des lésions permet de s'assurer de la présence d'un épanchement liquide et de la communication

(<sup>1</sup>) J. B. BALL. Hématome du septum. *Brit. Med. Journ.*, 25 janvier 1890, p. 178.

(<sup>2</sup>) JURASZ. Seröse Perichondritis d. Nasenscheidewand. *D. med. Wochenschr.*, n° 50, 1884. — LACARRET. Hématome de la cloison. *Soc. franç. de laryngol.*, avril 1894. — STRAZZA. Un cas rare de tumeur de la cloison. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1888, p. 666. — WARD. Kyste séreux de la cloison du nez. *The Therapeutic Gazette*, septembre 1901.

des deux foyers par l'un des deux moyens suivants : 1° placer un index sur chaque tumeur et presser alternativement sur l'une et sur l'autre, de façon à percevoir la fluctuation ; ce procédé est d'ailleurs infidèle, la quantité de liquide épanché étant d'ordinaire minime ; 2° presser sur l'une des tumeurs et constater que sa réduction s'accompagne d'une augmentation de volume correspondante de l'autre. Dans l'un ou l'autre cas, il devient évident qu'on a affaire à une tumeur en bissac. La démonstration est encore plus facile à faire lorsque l'une des deux tumeurs est ouverte : car un stylet introduit dans l'ouverture peut alors être poussé au travers du cartilage de la cloison plus ou moins détruit jusque sous la muqueuse du côté opposé qu'il soulève.

En cas d'unilatéralité de la tuméfaction ces deux signes ne peuvent être recherchés, mais alors une ponction exploratrice peut à la rigueur démontrer la présence de liquide : sang ou sérosité sanguinolente, dans le foyer. Dans les cas où la tumeur n'est pas assez volumineuse pour empêcher l'introduction d'un spéculum, on constate qu'elle occupe la partie antéro-inférieure de la cloison, à l'exclusion des parties postéro-supérieures qui restent libres.

Il n'existe en général aucune déformation extérieure, du moins à cette période de début, à moins que le traumatisme causal n'ait produit quelque fracture ou luxation concomitante ; il n'y a donc ni tuméfaction ni rougeur du dos du nez ; mais il peut exister une ecchymose ou une plaie des téguments, traces non encore disparues du traumatisme initial.

L'évolution de l'hématome, abandonné à lui-même, est variable. Il peut guérir spontanément ou suppurer.

La guérison spontanée se fait par une régression lente, pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois ; elle aboutit à la restitution *ad integrum* de la cloison ; parfois cependant il reste, comme vestige de l'affection, un léger épaissement du septum attribuable à un certain degré de péri-chondrite ; on ne constate d'épaississement notable qu'en cas de fracture concomitante. Cette heureuse terminaison serait exceptionnelle pour certains auteurs ; tel n'est pas notre avis, car bien des cas ne sont pas traités et guérissent sans encombre.

La suppuration est cependant plus fréquente que la résorption. Elle peut être précoce et se manifester dès le troisième ou le quatrième jour, mais elle peut aussi se faire tardivement et n'apparaître qu'au bout de deux ou trois semaines. Elle se fait d'ordinaire sans douleur notable et sans fièvre, à l'insu du patient ; c'est seulement par exception que le passage à la purulence est signalé par des symptômes généraux, de la fièvre, de la céphalalgie, des douleurs locales, de la rougeur du dos du nez ; dans ce cas, l'hématome suppuré se comporte comme un véritable abcès chaud, son ouverture s'accompagne d'une chute brusque de la température et de la cessation immédiate de tous ces troubles.

L'ouverture spontanée se fait généralement d'un seul côté : elle s'accompagne d'un affaissement rapide des deux tumeurs ; les deux foyers se vident en effet par l'ouverture unique, une communication entre eux n'ayant pas tardé à s'établir à travers le cartilage de la cloison partiellement nécrosé.

L'enfant éprouve un soulagement immédiat, la respiration nasale se rétablissant en partie ; mais il commence à moucher du muco-pus et continue à en moucher pendant huit, quinze jours et plus.

Dans les cas heureux, la muqueuse et le péri-chondre se réappliquent sur la cloison et il ne reste aucune trace de l'affection, la perte de substance cartilagineuse ayant été minime et se trouvant ainsi masquée ou même s'étant réparée. D'autres fois, la perte de substance ayant été plus considérable, il reste une perforation définitive de la cloison, qu'aucun signe extérieur ne trahit.

Mais il est des cas moins heureux où la perte de substance et la rétraction cicatricielle consécutive sont assez prononcées pour amener soit un affaissement du nez, dont l'arête présente une encoche en coup de hache à l'union des os propres et du cartilage quadrangulaire, soit un élargissement des ailes du nez. Ces déformations sont d'ailleurs exceptionnelles : elles s'observent surtout à la suite des péri-chondrites infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, érysipèle). Pour qu'elles se produisent, il faut qu'il y ait non seulement perforation, mais destruction complète du cartilage de la cloison ; tandis, en effet, qu'en cas de perforation, il existe encore en avant et en haut une bande de tissu cartilagineux soutenant le dos du nez, en cas d'affaissement de celui-ci, cette bande elle-même fait défaut si bien que le long du dos du nez les tissus sont mous et n'offrent plus aucune résistance à la pression du doigt. L'hypothèse de Gouguenheim, supposant que l'affaissement résulte d'une luxation du cartilage de la cloison sur le vomer, ne nous semble pas justifiée par les faits<sup>1</sup>.

**Diagnostic.** — L'aspect des lésions, l'étiologie traumatique qui existe presque toujours, sont pour ainsi dire pathognomoniques. C'est, en dehors du vulgaire coryza, l'une des rares causes d'obstruction nasale aiguë chez l'enfant.

L'erreur est cependant possible, à un examen superficiel, avec un *polype muqueux* descendant jusqu'à l'entrée de la narine : mais le polype est une masse demi-transparente, blanchâtre ou rosée plutôt que franchement rouge, mobile, se déplaçant sous le stylet, non adhérente à la cloison ; les symptômes d'obstruction nasale qui l'accompagnent ont précédé son apparition à l'extérieur ; enfin c'est une affection rare chez l'enfant.

Les gommes occupent un siège plus élevé ; les abcès froids ont une évolution plus lente et s'accompagnent de lésions osseuses (nécrose du vomer ou de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde).

Les déformations consécutives peuvent permettre un diagnostic rétrospectif : il faut se garder de les confondre avec celles de la syphilis héréditaire avec lesquelles elles présentent quelquefois de grandes analogies.

**Pronostic.** — En général, il est plus favorable que celui de l'othématome avec lequel le rhinhématome a été comparé. En effet, la guérison spontanée ou après intervention, à la phase d'hématome ou de péri-chondrite non suppurée, est plus fréquente qu'on ne l'admet en général. Des réserves doivent

<sup>(1)</sup> GOUGUENHEIM. Abcès chauds de la cloison nasale et déformation concomitante. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1890, p. 604.

cependant être faites sur la possibilité de déformations extérieures après suppuration, gangrène du cartilage et rétraction cicatricielle, lorsqu'un traitement précoce n'est pas intervenu.

**Traitement.** — Immédiatement après l'accident on doit :

1° Essayer de modérer l'épanchement de sang et de prévenir l'écllosion de phénomènes inflammatoires, en appliquant des compresses glacées sur le dos du nez;

2° Tenter de prévenir l'infection du foyer, à la faveur de quelque excoaration de la muqueuse, en assurant l'antisepsie nasale; à cet effet prescrire :

a) A l'enfant lui-même, s'il est suffisamment grand, de renifler cinq fois par jour, par chaque narine, gros comme une noisette de :

Vaseline . . . . .	25 grammes
Acide borique . . . . .	5 —
Derinatol . . . . .	0 <sup>er</sup> ,25

b) Aux parents, si l'enfant est trop jeune pour savoir renifler une pommade, de verser cinq fois par jour dans chaque narine 8 à 10 gouttes de :

Huile d'amandes douces stérilisée . . . . .	20 grammes
Résorcine . . . . .	0 <sup>er</sup> ,40
Menthol . . . . .	0 <sup>er</sup> ,10

Si au bout de 48 heures, une collection sanguine, séreuse ou purulente, est nettement constituée, il faut, sans s'attarder à ce traitement, évacuer le foyer dans le double but de rétablir la respiration nasale et de prévenir la nécrose du cartilage par compression, une intervention hâtive étant seule efficace à ce point de vue.

Une ouverture unilatérale est d'ordinaire suffisante, les deux foyers communiquant le plus souvent. Une cocaïnisation préalable est utile. L'ouverture peut se faire soit au bistouri, soit au galvano-cautère. Ce dernier est préférable, la plaie qu'il détermine ayant moins de tendance à se refermer hâtivement. L'ouverture sera faite dans un point déclive; l'instrument sera introduit d'emblée profondément, car la muqueuse est très infiltrée et, lorsqu'on se sert du bistouri, un sang abondant provenant des vaisseaux incisés masque immédiatement le champ opératoire, si bien qu'il est difficile de s'y reprendre à deux fois.

Il est souvent impossible de dire quel était le contenu du foyer, car il se mélange au sang qui s'écoule des lèvres de la plaie; parfois une goutte de pus sur l'instrument retiré de l'incision est le seul indice de la nature du contenu. Des pressions exercées sur le côté opposé de la cloison permettent de vider le foyer symétrique. S'il n'existait pas de communication entre les deux poches, on ouvrirait la seconde par l'autre narine.

Les lèvres de la plaie ont une grande tendance à se rapprocher et à se souder précocement; pour prévenir une fermeture trop hâtive et faciliter le drainage, il est bon d'introduire dans le foyer une fine mèche de gaze au dermatol qu'on change chaque jour jusqu'à ce que la muqueuse se soit

affaissée et recollée à la cloison. Herck a proposé de remplacer cette mèche par un petit faisceau de crins de Florence<sup>1</sup>.

Parfois il est difficile de faire pénétrer la mèche dans l'incision et plus encore de l'y maintenir : il se produit alors des phénomènes de rétention et la guérison est retardée. Pour prévenir l'occlusion intempestive de la plaie, on a proposé d'exciser avec des ciseaux sur chaque lèvre de la plaie un lambeau de muqueuse doublée de périchondre pour obtenir une ouverture elliptique.

Quelques auteurs (Schäffer, Küttner) recommandent de curetter le foyer, comme on le fait dans l'othématome. Ce curettage ne nous paraît utile que si une exploration préalable avec le stylet a fait constater l'existence d'une nécrose cartilagineuse. La curette trouve également son emploi lorsque, l'affection ayant été abandonnée à elle-même et une ouverture s'étant faite spontanément, des fongosités encombrant l'orifice fistuleux.

On a essayé dans quelques cas, mais sans grand succès, de remédier à l'affaissement consécutif du nez par une autoplastie<sup>2</sup>.

<sup>(1)</sup> HERCK. Note sur le traitement des abcès de la cloison. *Arch. intern. de laryngol.*, 1894, n° 4.

<sup>(2)</sup> J. ROE. Corrections de la difformité résultant des abcès de la cloison. *Assoc. laryng. américaine, XIV<sup>e</sup> Congrès annuel. Ann. des mal. de l'oreille*, 1892, p. 837.