

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'OZÈNE

PAR

MARCEL LERMOYEZ

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Considérations générales.

1° Symptômes. — Considéré autrefois comme un symptôme commun à plusieurs affections, scrofule, syphilis, tuberculose, l'ozène occupe aujourd'hui une place spéciale dans les cadres nosologiques. Son seul signe qui attire l'attention est, le plus souvent, la fétidité extrême qui se dégage des fosses nasales. Les malades ne sont généralement pas incommodés par la mauvaise odeur qu'ils exhalent, l'anosmie étant chez eux complète; tout au plus se plaignent-ils de la peine qu'ils ont à débarrasser leur nez des croûtes qui l'encombrent. Quelques-uns présentent des phénomènes généraux d'intoxication sur lesquels nous aurons à revenir plus loin.

En examinant le nez, on trouve que cet organe a un aspect aplati, ensellé. Les orifices antérieurs des narines, au lieu d'être situés horizontalement, sont comme projetés en avant dans un plan qui se rapproche de la verticale. Ce qui frappe tout d'abord l'attention, même sans l'introduction du spéculum nasal, c'est la spaciosité extrême des fosses nasales, que l'on trouve larges, béantes. Elles sont tapissées de croûtes

jaune-verdâtre, parfois d'un vert sombre, quelquefois teintées de sang. A l'aide du spéculum, on voit que le cornet inférieur est atrophié dans toute son étendue; sa muqueuse, d'une coloration lie de vin, a un aspect grenu et mamelonné; elle saigne au moindre contact. Le cornet moyen, par contraste, semble hypertrophié. C'est surtout à son niveau que stagnent les croûtes.

2° Étiologie. — Quelle est la nature de l'ozène? Ici tout est encore mystérieux. Pour Zaufal, l'affection serait due à un arrêt de développement du cornet inférieur. Dans la première enfance, cet état ne donne lieu à aucun trouble; mais à l'époque de la puberté, lorsque la face acquiert tout son développement, les cavités nasales deviennent trop grandes. Il en résulte que les sécrétions glandulaires, sans cesse battues par l'air, se dessèchent avec rapidité. Comme, d'autre part, les fosses nasales sont trop larges, ces sécrétions ne peuvent être expulsées; elles fermentent sur place et irritent la muqueuse. Celle-ci réagit à son tour, la nature des excréta se trouve modifiée, et de ce cercle vicieux naît l'ozène.

On a fait à cette théorie de sérieuses objections. Il y a toute une catégorie de rhinites atrophiques sans ozène, c'est-à-dire sans production de mauvaise odeur, qu'elle n'explique pas. Gottstein pense que l'affection est soumise à la loi de pathologie générale qui régit tous les organes atteints de sclérose. Pour lui, dans un premier stade, on aurait de la congestion et de l'hypertrophie; plus tard, surviendrait la sclérose. Cette assertion est bien difficile à soutenir pour cette simple raison que, lorsque les malades viennent se soumettre à l'examen médical, les lésions sont déjà notablement avancées. A vrai dire, toutes les théories édifiées sur ce sujet, — et elles sont nombreuses, — ne suffisent pas à expliquer le symptôme dominant, la mauvaise odeur. Celle-ci n'est en aucun point comparable à celle que produisent les microbes pyogènes ou les micro-organismes de la putréfaction. Elle est tellement spéciale qu'il y avait lieu de songer à un germe particulier à cette maladie. Lœwenberg, qui s'est attaché à l'étude de ce point de

la question, a isolé un diplocoque assez analogue au Friedlander, qui paraît bien être la cause de la punaisie. On le retrouve dans les fosses nasales de tous les ozéneux ; ses cultures présentent l'odeur caractéristique de l'ozène.

Mais est-il la cause du processus atrophique ? Se surajoute-t-il à l'atrophie du cornet inférieur ? C'est ce que les travaux remarquables de l'auteur que nous venons de citer n'ont pas encore pu établir d'une façon irréfutable.

II

Traitement.

Si nous avons insisté sur ces théories pathogéniques, c'est que chacune d'elles a fait naître un mode de traitement spécial. Suivant les idées qu'ils adoptent, certains rhinologistes usent de la médication locale *stimulante*. D'autres portent dans le nez force *antiseptiques*. En réalité, personne n'est arrivé à trouver encore un traitement spécifique, et la médication reste, jusqu'à nouvel ordre, purement symptomatique. Tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que la fétidité étant fonction des *croûtes* qui encombrant les fosses nasales, on peut, en en débarrassant celles-ci, supprimer la manifestation la plus gênante de la maladie ; mais, dans l'état actuel de la science, on ne guérit pas l'ozène.

Cette conclusion n'est guère encourageante pour le médecin. Heureusement elle suffit au malade, qui demande avant tout à être délivré de la mauvaise odeur qu'il exhale. Comment y parvenir ? C'est ce que nous allons voir maintenant. Dans un traité essentiellement pratique comme celui-ci, nous ne nous attarderons pas à discuter l'opportunité de telle ou telle méthode. Nous nous contenterons d'exposer simplement comment le praticien devra s'y prendre pour nettoyer le nez des croûtes fétides qui l'encombrant.

A. — ENLÈVEMENT DES CROÛTES

Quand on a un peu l'habitude de la rhinologie, on peut, avec des pinces nasales, aller détacher les croûtes sous le contrôle de la vue. Mais cette pratique n'est pas toujours commode ; la muqueuse saigne facilement, nous l'avons dit, et si l'on n'a pas une certaine sûreté de main, le champ opératoire risque d'être promptement masqué par le sang. Un moyen bien plus simple est le suivant (Gottstein). On enroule autour d'un stylet de l'ouate hydrophile, de façon à former un tampon cylindrique de la longueur et de la grosseur du petit doigt. Ce tampon est introduit dans le nez obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Au-dessous de ce premier tampon, on en place un second, puis un troisième, si cela est possible, de façon que la cavité nasale soit complètement remplie. On répète la même manœuvre de l'autre côté. On laisse le tout en place de dix minutes à un quart d'heure. Sous l'influence de l'excitation produite par les tampons, il se produit une sécrétion de mucus qui décolle les croûtes, dont la plus grande partie est enlevée en même temps que les tampons auxquels elles adhèrent. Ce qui est resté va pouvoir être expulsé par la seconde manœuvre qui est le lavage du nez.

B. — LAVAGE DU NEZ

1° Le *lavage du nez* devra être fait pour la première fois par le médecin. On peut employer à cet effet, soit le siphon de Weber, soit la seringue anglaise. Ce dernier instrument est préférable, car son jet est plus fort, et, de plus, on risque moins avec lui d'envoyer dans les trompes d'Eustache des matières essentiellement septiques. La solution la meilleure à employer dans les premiers temps est une solution alcaline de *bicarbonate de soude*, soit, par exemple : bicarbonate de soude en poudre, 1 cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau. On

peut user également du *chlorure de sodium* (2 cuillerées à café de sel blanc fin de table pour 1 litre d'eau). On a préconisé enfin une solution d'*acide salicylique*.

Il faut bien se souvenir qu'il ne suffit pas de prescrire le lavage du nez sans autre indication. C'est là une manœuvre relativement délicate qui, mal exécutée, peut engendrer l'otite. Afin d'éviter tout accident, voici les recommandations qu'il faudra donner par écrit aux malades.

2° *Manière de laver le nez avec la seringue anglaise.* — Remplir un vase avec un litre d'eau bouillie, refroidie à 30°, et y ajouter le médicament prescrit.

S'asseoir devant une table sur laquelle est posée une cuvette destinée à recevoir l'eau qui aura servi au lavage du nez. Placer à sa gauche le vase contenant le liquide médicamenteux, y faire plonger l'extrémité de l'appareil qui est munie d'une boule de plomb; puis, tandis que la main droite, prenant l'embout qui termine l'autre extrémité, incline celle-ci dans la direction de la cuvette, presser plusieurs fois de la main gauche sur la poire pour chasser tout l'air de l'instrument, et ne s'arrêter que quand le liquide commence à couler.

Introduire alors l'embout, toujours tenu de la main droite, dans la narine droite, en l'enfonçant au plus d'un centimètre, et le placer de telle sorte que le jet liquide se dirige horizontalement vers l'oreille et non pas verticalement vers l'œil. Puis presser à petits coups la poire de la main gauche; le liquide pénètre dans le nez et retombe dans la cuvette, entraînant les mucosités. Pendant ce temps, il faut légèrement pencher la tête au-dessus de la cuvette et respirer tranquillement, la bouche ouverte, en prenant grand soin de ne pas avaler, de ne pas tousser et de ne pas parler. Si ces précautions sont bien observées, le liquide doit ressortir par la même narine, sans passer dans l'autre fosse nasale ni tomber dans la gorge.

De temps en temps, interrompre le lavage en cessant de presser la poire.

Puis faire de la même façon le lavage par la narine gauche. Quand le lavage est terminé, débarrasser le nez du liquide qui y reste en soufflant plusieurs fois, mais ne pas se moucher avant un quart d'heure et ne pas sortir avant une demi-heure. S'il survenait, au cours de la douche, une douleur d'oreille indiquant que l'eau a pénétré dans celle-ci, interrompre le lavage et avaler plusieurs fois de suite un peu de salive en tenant la bouche fermée et en pinçant le nez avec les doigts.

Quand le nez est bien nettoyé, il n'y a plus aucune mauvaise odeur. Si l'on perçoit encore la moindre fétidité, c'est qu'il reste quelques croûtes. Il faudra recommencer le lavage, ou aller chercher avec la pince les parcelles qui n'auront pu être expulsées par l'injection.

C. — APPLICATIONS LOCALES

Après le lavage, le malade introduira dans chaque narine gros comme une noisette de la pommade suivante :

℥ Menthol.	0 ^{gr} ,20.
Acide borique.	2 grammes.
Vaseline blanche.	30 —
F. s. a. pommade.	

L'action de la pommade est des plus efficaces. Elle forme comme un vernis sur la muqueuse et empêche par suite la formation de nouvelles croûtes. Comme complément, le malade devra, dans la journée, faire dans les fosses nasales deux à trois insufflations de la poudre suivante :

℥ Acéto-tartrate d'alumine	14 grammes.
Acide borique.	16 —
M. s. a.	

Ces *insufflations* peuvent être faites par le malade lui-même au moyen d'un tube en caoutchouc. On peut se servir

encore de l'insufflateur de Kabierske. La poudre d'acéto-tartrate d'alumine empêche le retour de la fétidité; elle se dissout assez rapidement et ne risque pas de former un magma favorisant la reproduction des croûtes. Dans la clientèle pauvre, elle a l'inconvénient d'être d'un prix un peu élevé. On la remplacera dans ce cas par des insufflations de poudre d'acide borique cristallisé pur.

Voilà, au point de vue local, à quoi peut se réduire le traitement de l'ozène. Nous ne citons que pour mémoire le *massage vibratoire* préconisé à l'étranger par Laker et Braun, et en France par Garnault. La question du massage vibratoire est encore à l'étude; elle exige, de plus, une habileté de main spéciale. Ce serait sortir de notre cadre que de nous y arrêter.

D. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Mais on n'a pas impunément des matières septiques en abondance dans les fosses nasales. La pituitaire a un pouvoir d'absorption considérable; d'autre part, il arrive fatalement qu'une partie des croûtes pénètre dans l'estomac, d'où une série de troubles gastro-intestinaux que nous devons mentionner. C'est ainsi que les ozéneux sont fréquemment atteints de dyspepsie. Ils présentent des alternatives de diarrhée et de constipation. Le retentissement de l'ozène sur l'état général est enfin des plus manifestes; les téguments ont ordinairement une teinte jaune pâle. Les malades, par le fait de l'absorption lente des toxines accumulées au niveau des fosses nasales, sont plus que d'autres exposés aux intoxications. En résumé, on peut dire à ce point de vue que l'ozène n'est pas seulement une maladie locale, mais bien une véritable maladie générale, par suite de l'auto-intoxication dont elle est la cause. Il résulte de ces considérations qu'à côté de l'état local on devra s'attacher avec une scrupuleuse attention au traitement de l'état général. Les *toniques*, le *fer*,

l'arsenic, etc., seront utilement employés. En outre, on devra surveiller de très près les fonctions digestives et pratiquer dans la mesure du possible *l'antisepsie intestinale*. Les *eaux sulfureuses*, suivies d'un séjour au bord de la *mer*, donneront d'excellents résultats.

Nous n'avons pas à traiter ici des complications de l'ozène, otites, sinusites, etc. Nous devons cependant dire un mot de la pénétration et de la stagnation des croûtes au niveau du larynx et de la trachée (ozène laryngo-trachéal). Dans ce cas, il faudra supprimer la cause si l'on veut supprimer l'effet. Cela revient à dire que l'on commencera par nettoyer le nez. Puis, du côté du larynx, on usera de pulvérisations répétées de solutions chaudes de *bicarbonate de soude*. Ceci fait, les croûtes étant ramollies, on ira porter au niveau du larynx un pinceau imbibé d'huile d'amande douce stérilisée. On a préconisé également les injections intra-trachéales d'*huile mentholée*. Celles-ci pourront être pratiquées quand le simple badigeonnage n'aura pas suffi à produire l'effet désiré.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS

PAR

MARCEL LERMOYEZ

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Considérations générales.

Pour répondre à sa destination, qui en fait avant tout un organe de caléfaction ayant pour but de réchauffer l'air inspiré, les cavités nasales sont doublées d'une muqueuse très richement vascularisée, dans l'épaisseur de laquelle s'étendent des nappes de tissu érectile. La multiplicité de ces vaisseaux explique l'abondance des hémorragies nasales; et leur fréquence ressort de ce fait que l'épithélium mince qui les recouvre les protège mal contre les injures multiples auxquelles les expose la situation proéminente du nez. De plus, par les vaisseaux ethmoïdaux, la circulation nasale se met en rapport intime avec celle de l'encéphale; et la facilité même avec laquelle se font les épistaxis est une sauvegarde pour le cerveau, le nez jouant vis-à-vis de lui le rôle d'un trop-plein, quand un afflux de sang trop considérable menace de troubler ses fonctions. C'est surtout à la cloison qu'est dévolu ce rôle protecteur: à sa partie antérieure, une riche anastomose s'établit entre les extrémités de l'artère sphéno-palatine et la terminaison de la palatine ascendante, et ce carrefour artériel est peut-être de

toute l'économie le point qui saigne le plus facilement, le grattage avec l'ongle y aidant, au point de mériter d'être dénommé le « territoire de l'épistaxis ». Mais en regard de ces épistaxis salutaires, combien se placent de formes d'hémorragies nasales graves, parfois mortelles.

Toutes les épistaxis sont réductibles en deux types: les *épistaxis médicales*, les *épistaxis chirurgicales* ou traumatiques.

Les premières peuvent être spontanées; le cas est rare; le plus souvent elles sont symptomatiques (lésions locales ou générales). On a signalé enfin des épistaxis supplémentaires (épistaxis catéméniales).

Les épistaxis traumatiques surviennent à la suite de chutes, de coups; elles sont encore provoquées par les interventions chirurgicales. Enfin, elles peuvent résulter de petites érosions provenant du grattage, avec l'ongle, du cartilage de la cloison.

II

Traitement.

1° *Recherche du siège de l'hémorragie.* — En présence de l'accident qui nous occupe, et quelle qu'en soit la cause, la première chose à faire est de se rendre compte d'où vient le sang. Cela n'est pas toujours facile; on y arrivera cependant en obturant le nez avec un petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de *cocaïne* au 1/20. Dans les cas simples, ce moyen peut suffire à arrêter pour quelques instants l'écoulement sanguin. On introduit alors avec les plus grandes précautions le spéculum de Duplay; on retire le tampon, et l'on a sous les yeux le siège de la lésion, qui se présente en son lieu d'élection, à la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, sous forme d'une érosion recouverte ou non d'une croûte, ou parfois sous l'aspect d'un simple bouquet vasculaire. Souvent encore, cette lésion peut être vue sans spéculum, seulement en relevant avec le pouce le lobule du nez.

2° *Hémostase*. — Reste alors à faire l'hémostase. Bien des moyens ont été préconisés dans ce but. Signalons la solution d'*antipyrine* dans l'eau à parties égales. On confectionne des petits bourdonnets d'ouate que l'on trempe dans la solution indiquée et que l'on place, sous le contrôle de la vue, au niveau de la même lésion. On peut encore faire usage de la *gaze iodoformée*. Celle-ci est introduite dans les fosses nasales sous forme de minces languettes, que l'on tasse de bas en haut, par étages superposés. Le *perchlorure de fer* peut être également employé, mais ce n'est point là un médicament de choix; il peut occasionner des ulcérations. En outre, on ne peut laisser les tampons longtemps en place; au moment de leur ablation, les caillots se détachent en même temps que le tampon desséché, et l'hémorragie recommence.

L'hémostatique le plus actif, et que l'on ne saurait trop recommander ici, est l'*eau oxygénée* à douze volumes; la vasoconstriction qu'elle produit est instantanée et cet effet est des plus durables. Il suffit de tamponner momentanément l'entrée de la fosse nasale avec un tampon d'ouate imbibé de ce liquide: une mousse abondante se dégage; le malade n'éprouve aucune douleur, et très rapidement l'hémostase a lieu.

3° *Moyens de prévenir le retour de l'hémorragie*. — Mais là ne doit pas se borner le traitement. L'épistaxis arrêtée, il faut en prévenir le retour. En effet, lorsque les tampons sont enlevés, on voit généralement, à l'endroit d'où s'échappait le sang, un petit caillot desséché qui pourra être balayé au moindre effort. Dans ce cas, les accidents se reproduiront avec la plus grande facilité. Pour en éviter le retour, on commencera par ramollir le caillot avec un peu d'*huile* ou un peu de *vaseline mentholée*. Quand il aura été détaché, on devra cautériser la surface de la lésion. Pour cela, on emploiera, soit une petite perle de *nitrate d'argent*, soit une pointe de *galvano-cautère* portée au rouge sombre.

4° *Tamponnement des fosses nasales*. — Dans les épistaxis traumatiques ou dans les cas graves, les procédés qui viennent d'être indiqués peuvent être insuffisants. Il faudra recourir au

tamponnement méthodique des fosses nasales avec la gaze iodoformée. Voici comment on procédera: on commence par préparer des languettes de *gaze iodoformée* en tissu un peu compact. Ces languettes doivent être longues de 0^m,08 à 0^m,10 sur 0^m,01 de large. Ceci fait, avec une pince fine et sous le contrôle de la vue, on porte une première lanière dans les fosses nasales aussi haut et aussi loin que possible. Au-dessous de la première, on en place une seconde, puis une troisième, jusqu'à ce que le tamponnement soit complet.

Combien de temps doit-on les laisser en place? — Si toutes les manœuvres ont été exécutées bien aseptiquement, si la température ne monte pas, il n'y a pas d'inconvénient à laisser séjourner le pansement douze à quinze heures dans les fosses nasales. Toutefois une grande surveillance est nécessaire. On a signalé des cas d'otite, de sinusite purulente qu'il faudra savoir prévenir à temps. On surveillera donc le malade avec la plus grande attention, et au moindre indice de fétidité, à la moindre élévation de température, on devra procéder à l'enlèvement du pansement. Si la gaze s'est desséchée, elle ne devra pas être extraite de force. On la ramollira d'abord en versant, par l'orifice antérieur des narines, au moyen d'une petite cuiller, quelques gouttes d'une solution antiseptique tiède, *phénosalyl* à 1 p. 100. par exemple. Ces soins minutieux sont indispensables si l'on ne veut pas voir recommencer les accidents.

Dans les cas graves, lorsque le sang s'écoule à la fois par l'orifice antérieur des narines et par les choanes, il ne faut pas hésiter à recourir au *tamponnement postérieur*. La sonde de Belloc doit ici être rejetée; c'est un instrument trop brutal, et une simple sonde urétrale en caoutchouc mou suffit. On l'introduit dans la narine; puis on va la chercher dans le pharynx, par où elle a pénétré, et on l'amène à soi au moyen de pinces nasales un peu longues. Au préalable, on a préparé des tampons de *gaze iodoformée* ou *salolée* autour desquels est enroulé un fil de lin solide à quatre chefs. On attache à la sonde deux des fils; ceux-ci sont ramenés par l'orifice antérieur

des narines, les autres restant dans la bouche pour quand on voudra pratiquer l'extraction du tampon.

Lorsque l'orifice postérieur est obturé, il ne reste plus qu'à pratiquer le *tamponnement antérieur*, manœuvre qui s'exécute comme nous l'avons dit plus haut. On introduit le tampon de gaze iodoformée entre les deux chefs du fil qui sortent de la narine, et on noue ceux-ci au devant de lui, de manière à fixer ainsi solidement l'un à l'autre le tampon antérieur et le tampon postérieur.

Dans ces cas, le malade devra être tenu au lit; on ne lui permettra que des *boissons froides* ou *glacées*; pas d'aliments solides; pas de mouvement, pas de bruit autour de lui. Pour aider à l'hémostase, on se trouvera bien également de l'emploi d'une potion à l'*ergotine*. On préviendra également l'entourage du malade de la possibilité de vomissements, produits par l'accumulation dans l'estomac du sang dégluti.

5° *Traitement général*. — Ajoutons que les épistaxis graves laissent les malades profondément anémiés et affaiblis; c'est dire que le traitement général *tonique* consécutif ne devra jamais être oublié. Enfin, il ne suffit pas d'avoir porté remède aux accidents immédiats, il faut encore en rechercher la cause pour en prévenir le retour. En d'autres termes, après s'être occupé de l'état local, il faudra instituer un traitement approprié à l'état général et aux conditions pathologiques dans lesquelles se trouve le malade.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DU RHUME DES FOINS

PAR

MARCEL LERMOYER

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Considérations générales.

Trois conditions pathogéniques doivent se trouver réunies pour donner naissance au rhume des foins.

Deux font effet de causes prédisposantes : l'une est le terrain neuro-arthritique, préparé pour l'évolution des actes réflexes qui constituent ce syndrome; l'autre, l'hyperesthésie de la pituitaire, point de départ nécessaire de ces accidents : hyperesthésie qui peut être essentielle ou résulter de lésions nasales diverses, polypes muqueux, déviations de la cloison, rhinite hypertrophique, etc.

Mais, pour que s'exercent activement ces deux moments étiologiques, il est nécessaire qu'ils soient sollicités par une troisième cause, déterminante celle-là, qui est l'irritation de la pituitaire par le contact de poussières ou l'impression d'odeurs déterminées, mais variables selon chaque malade. Et suivant que cette dernière cause se montre en tout temps ou seulement à certaines périodes de l'année, au moment de la floraison des graminées, les accidents qu'elle provoque seront périodiques ou non. Dans le premier cas, on a affaire au vrai