

et n'insuffler la poudre que d'un seul côté. Si la réaction n'est pas vive, on pratique, au bout de deux ou trois jours, une insufflation du côté opposé. Plus tard, on peut augmenter la dose de nitrate d'argent. Une dizaine de séances peut suffire à restituer à la muqueuse sa coloration et sa tonicité.

Dans le même but, Bresgen recommande les insufflations de *sozoiodolate de soude* pur; on peut aussi toucher la muqueuse avec un stilet garni d'ouate imbibée d'une *solution de nitrate d'argent* (0,5 pour 100 — 1,50 pour 100) ou de la solution suivante préconisée par Rethi :

Iode pur	40 à 20 centigrammes.
Iodure de potassium	2 grammes.
Glycérine	20 —
Vaseline	} aa 1 centigramme.
Saccharine	

L'*huile de foie de morue* chez les enfants lymphatiques, l'*arsenic*, l'*iode*, les *alcalins* chez les arthritiques, seront des adjuvants utiles du traitement local. On recommande de plus aux arthritiques l'*hydrothérapie*, le *massage*, l'*exercice*.

RHINITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE

La rhinite chronique hypertrophique, caractérisée anatomiquement par un gonflement inflammatoire de la muqueuse, et fonctionnellement par l'augmentation des sécrétions nasales, reconnaît comme cause générale prédisposante la scrofule et comme causes locales les déviations de la cloison, les végétations adénoïdes, l'action prolongée des poussières irritantes, etc.

Elle se reconnaît aisément à l'obstruction nasale, à la perte de l'odorat, de l'ouïe, à l'enchifrènement et au nasonnement, enfin à l'écoulement abondant qui se produit par les fosses nasales. Il est à remarquer que l'obstruction n'est pas permanente; elle disparaît à différentes reprises pour se produire à nouveau. La laryngite, l'otite moyenne, sont des complications assez fréquentes de la rhinite hypertrophique.

Les pommades, les poudres mentholées, les pulvérisations à la cocaïne, ne donnent qu'un soulagement éphémère. On peut cependant faire priser une pincée de la poudre suivante :

Aristol	40 grammes.
Menthol	0 gr. 50

et introduire dans les narines matin et soir gros comme un pois de la pommade :

Camphre	1 gramme.
Teinture de benjoin	0 gr. 50
Vaseline	25 grammes.

On peut débarrasser de temps à autre les fosses nasales de leurs sécrétions par des *irrigations* répétées plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède, additionnée de deux cuillerées à café par litre de :

Bicarbonate de soude	} aa 100 grammes.
Biborate de soude	

Le seul traitement efficace consiste à diminuer l'hypertrophie par la cautérisation.

On a proposé de modifier l'état de la muqueuse à l'aide des caustiques chimiques : acide chromique, chlorure de zinc; mais c'est habituellement au *galvano-cautère* que l'on a recours; s'il existe une hypertrophie partielle faisant tumeur, on l'enlève avec le serre-nœud galvano-caustique.

Une cure à *Salies-de-Béarn* complète le traitement.

RHINITE ATROPHIQUE

La rhinite atrophique doit être distinguée de l'ozène par l'absence fréquente de fétidité et la nature des lésions qui sont d'origine vasculaire (rhinite scléreuse), tandis que dans l'ozène l'atrophie résulte d'une cirrhose épithéliale.

Cette variété de rhinite peut être localisée et dans ce cas elle résulte soit de la compression, soit d'une inflammation avec lésions des vaisseaux.

Généralisée, elle peut être une lésion sénile ou bien le stigmate d'un ozène guéri, ou bien encore reconnaître la syphilis pour cause.

Elle se caractérise par des sécrétions purulentes, épaisses, se concrétant en croûtes adhérentes. Le pharynx inférieur est atteint simultanément ainsi que le larynx dans un tiers des cas; les voies lacrymales, la trompe d'Eustache sont fréquemment intéressées.

Les fosses nasales présentent un élargissement anormal, l'examen révèle l'atrophie des cornets, la présence des croûtes, etc.

La guérison est à peu près impossible à obtenir. On conseille les *lavages avec l'eau salée*; chez les ozénaux guéris, on fait des insufflations de la poudre suivante :

Iodol	} aa parties égales.
Tamin	
Acide borique	

(P. TISSIER.)

OZÈNE

L'ozène a été considéré pendant longtemps comme une complication des rhinites scrofuleuses, syphilitiques, etc.; on admet aujourd'hui qu'il s'agit d'une affection spéciale, d'origine microbique, dont l'agent causal est d'ailleurs encore indéterminé, bien que l'on ait fait de nombreuses tentatives pour l'isoler. Abel décrit un « bacillus mucosus ozena »; Löwenberg, de son côté, a cru avoir trouvé l'agent spécifique de l'ozène; plus récemment Belfanti et Serafino ont trouvé constamment chez les malades atteints d'ozène un bacille qui se rencontre non seulement dans les sécrétions et les croûtes, mais encore dans l'épaisseur de la muqueuse. Les caractères qu'ils ont assignés à ce microbe le rapprochent tellement du bacille de la diphtérie que l'on peut le considérer, sinon comme identique à ce dernier, du moins comme étant d'une espèce voisine. En prenant cette hypothèse comme point de départ, Belfanti et Gradenigo ont été conduits à expérimenter l'action du sérum antidiphtérique dans les cas d'ozène.