

VII

RHINITE ATROPHIQUE FÉTIDE

(OZÈNE)

PAR LE D^r MAURICE BOULAY

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

A l'époque, relativement encore récente, où les maladies des fosses nasales étaient à peu près totalement inconnues, on confondait sous le nom d'ozène toutes les affections nasales accompagnées de sécrétions fétides, et, comme on s'imaginait que ces sécrétions avaient pour origine des processus ulcéreux ou nécrotiques, on distinguait, selon la cause que l'on attribuait à ces lésions, un ozène syphilitique, un ozène tuberculeux, un ozène scrofuleux, etc. Les progrès de la rhinologie ont permis d'extraire du chaos des affections fétides des fosses nasales une variété spéciale d'ozène, indépendante de toute ulcération et bien plus fréquente que les formes ulcéreuses : en raison de ses symptômes et de ses lésions caractéristiques, cette affection mérite d'être considérée comme une entité morbide bien définie; c'est à elle qu'on réserve actuellement le nom d'ozène, ou encore d'ozène vrai, d'ozène essentiel¹.

Symptomatologie. — Les symptômes sont objectifs et subjectifs. Les premiers sont de beaucoup les plus importants comme éléments caractéristiques de l'affection.

Symptômes objectifs. — La fétidité de l'air expiré par le nez, jointe à l'augmentation des sécrétions nasales, constitue le premier signe révélateur de l'affection. Dans les cas légers et au début, la mauvaise odeur peut n'être perceptible qu'au voisinage immédiat de l'enfant; dans les cas graves, elle se perçoit même à distance. C'est une odeur spéciale, *sui generis*, pour laquelle il est difficile de trouver un terme de comparaison; en tout cas, elle ne rappelle guère celle de la punaise écrasée dont l'idée est éveillée par l'ancienne dénomination de punaisie; elle se rapproche plutôt de l'odeur des sueurs plantaires ou des cholestéatomes fétides; ces comparaisons n'en donnent d'ailleurs qu'une assez mauvaise idée; en tout cas, cette fétidité a quelque chose de tellement spécifique qu'un nez fin saurait la distinguer entre mille autres. Elle est fade et nauséabonde; il est des ozéneux que certaines personnes ne peuvent approcher sans éprouver des haut-le-cœur. L'intensité de l'odeur est d'ailleurs fort variable selon les malades : tandis que certains répandent une odeur si infecte que la vie en commun n'est plus possible avec eux et qu'ils se voient fermer écoles et ateliers, chez d'autres l'odeur est assez faible pour que leur infirmité passe inaperçue.

La quantité des sécrétions nasales est accrue; l'enfant mouche abon-

(¹) A. MARTIN. De l'ozène vrai. Thèse de Paris, 1881.

damment, salit deux ou trois mouchoirs par jour; les sécrétions qu'il rend sont épaisses, jaunes ou verdâtres; de temps en temps il cesse de moucher pendant quelques heures, un jour ou plus, puis expulse soudain, et parfois au prix de grands efforts, une croûte verdâtre, longue de 2 ou 3 centimètres, sèche sur l'une de ses faces, humide et parfois striée de sang sur l'autre, reproduisant la forme du méat ou du cornet dont elle vient de se détacher et exhalant la même odeur que l'air expiré.

La forme du nez extérieur n'est que peu ou pas modifiée. Dans quelques cas, le nez est aplati, élargi, comme épaté; il est petit dans son ensemble par rapport au reste du visage¹; il semble que les os propres du nez participent à l'atrophie qui frappe à un degré si marqué, comme nous le verrons, la paroi externe des fosses nasales. Toutefois, cette déformation ne présente rien de caractéristique: elle est des plus inconstantes et l'on voit chaque jour des enfants ou des adolescents ozéneux dont le nez extérieur est normalement développé.

L'examen des fosses nasales révèle au contraire des lésions pathognomoniques. Si l'on introduit un *speculum nasi* dans l'une des narines et si l'on y projette un faisceau lumineux, on est tout d'abord frappé de la largeur anormale de la fosse nasale au fond de laquelle on distingue d'emblée la paroi postérieure du pharynx. Les parois de la fosse nasale elle-même sont recouvertes sur une partie de leur étendue d'une sécrétion épaisse et de croûtes d'un jaune verdâtre. Ces dernières étant enlevées à la pince ou à l'aide d'une irrigation, on cherche en vain le relief habituellement formé par le cornet inférieur : celui-ci, plus ou moins atrophie, semble, au moins dans les cas graves, avoir presque complètement disparu; sa place n'est plus marquée que par un simple bourrelet. Le cornet moyen peut être intact; il paraît alors relativement énorme; mais souvent aussi il est atteint d'atrophie, bien qu'à un moindre degré : il est simplement aminci. Dans ces conditions, le méat moyen est aisé à explorer du regard : la région de l'hiatus semi-lunaire est directement visible; parfois on arrive à distinguer, à travers la fente olfactive élargie, la face antérieure du sphénoïde avec l'orifice de son sinus; au fond de la fosse nasale on aperçoit le bourrelet de la trompe d'Eustache et l'on peut, dans les cas favorables, étudier le jeu des muscles tubaires pendant la parole et la déglutition. La muqueuse est lisse, pâle ou rosée; elle ne présente aucune trace d'ulcération. Sa sensibilité est émoussée et le contact de la sonde n'y provoque d'ordinaire qu'une impression minime. Les lésions sont bilatérales, tout en étant souvent plus prononcées d'un côté.

Dans les cas récents, les lésions sont localisées aux fosses nasales; mais il n'est pas rare, il est presque habituel, qu'on les voie s'étendre, en quelque sorte par une marche extensive, vers le cavum et le pharynx buccal. La muqueuse du pharynx devient alors lisse, brillante, sèche (*pharyngite sèche spéciale*); le tissu adénoïde de la voûte et de tout l'anneau de Waldeyer s'atrophie, au point de disparaître parfois totalement; les amygdales pala-

(¹) POTIQUET. Sur la forme du nez dans l'ozène vrai. *Revue de laryngol.*, 1890, n° 1.

tines, diminuées de volume, deviennent à peine perceptibles derrière les piliers antérieurs. A la rhinoscopie postérieure, le rhino-pharynx paraît élargi, et les fossettes de Rosenmüller sont augmentées de profondeur; les bourrelets tubaires sont très saillants, les orifices des trompes béants; la voûte est recouverte d'une sécrétion jaune verdâtre ou de croûtes venues en partie des fosses nasales et situées à cheval sur le bord supérieur des choanes, recouvrant parfois les bourrelets tubaires et la face supérieure du voile. Le processus peut ne pas s'arrêter dans cette marche extensive et gagner le larynx et la trachée sur les parois desquels se forment des croûtes adhérentes, nées sur place, présentant le même aspect et la même fétidité que celles du nez, mais beaucoup moins abondantes (*ozène laryngo-trachéal*). Ces lésions ne doivent pas être décrites comme une complication de la maladie, mais comme une localisation spéciale de celle-ci, une extension du processus d'avant en arrière et de haut en bas. Elles doivent faire considérer l'ozène vrai non plus comme une affection du nez, mais comme une maladie des voies respiratoires supérieures.

Symptômes subjectifs. — Ils se réduisent à peu de chose, et la plupart des enfants supportent l'affection avec une complète indifférence. Cela s'explique aisément lorsqu'on sait que, d'une part, elle n'éveille aucune douleur et que, de l'autre, elle s'accompagne dès le début d'une diminution notable de l'odorat aboutissant tôt ou tard à l'anosmie. Il résulte de cet affaiblissement de l'odorat que, si l'enfant atteint d'ozène se plaint de certains troubles fonctionnels (obstruction nasale, sécheresse de la gorge, lourdeur de tête, etc.), ce n'est jamais de fétidité: s'il accuse ce symptôme, c'est qu'il lui a été révélé par ses parents qui ont remarqué que depuis quelque temps l'enfant sent mauvais du nez, par son patron, ses camarades d'atelier ou d'école qui en sont importunés. Les troubles du goût, en rapport avec la perte de l'odorat, sont peu remarqués des enfants. Il est moins rare qu'ils accusent des parosmies: les uns sont poursuivis par une odeur de bois brûlé, les autres trouvent à tous les objets qu'ils flairent une odeur insolite de cuir ou de vernis; c'est là une cacosmie subjective spéciale à quelques-uns et bien distincte de la cacosmie objective dont tous sont atteints à des degrés divers.

L'obstruction nasale, avec la gêne respiratoire qui en est la conséquence, est un phénomène assez fréquent; elle est intermittente et passagère; elle résulte de l'accumulation des sécrétions et des croûtes dans l'une des fosses nasales ou dans les deux; elle disparaît dès que celles-ci sont éliminées. Il peut arriver que la sensation d'obstruction soit purement subjective: la sécheresse de la muqueuse, la diminution de sa sensibilité, l'élargissement des fosses nasales, qui rend moins énergique le frottement de l'air contre ses parois, rendent compte de cette anomalie. C'est là une sensation en quelque sorte paradoxale et qu'on est étonné de rencontrer au cours d'une maladie dont la caractéristique anatomique est précisément l'augmentation de largeur des cavités nasales.

Malgré les efforts les plus réitérés et les plus violents pour se moucher, l'enfant n'arrive pas toujours à expulser la totalité des croûtes renfermées

dans son nez; de la partie profonde des fosses nasales, celles-ci passent parfois dans le pharynx; en tombant sur le voile, elles provoquent un mouvement de déglutition et souvent aussi un réflexe nauséux. Les croûtes qui séjournent dans le cavum et sur la paroi postérieure du pharynx déterminent souvent une sensation de gêne, un besoin constant de déglutition ou des efforts de toux. Un très grand nombre d'ozéneux se plaignent de sécheresse de la gorge et d'une fatigue rapide à parler. Les pesanteurs de tête, la céphalalgie font rarement défaut: la mémoire est souvent diminuée; l'impossibilité de fixer l'attention, l'inaptitude au travail, la paresse intellectuelle, qui se trouvent souvent réunies chez l'ozéneux, constituent le syndrome de l'aprosexie¹.

L'ozène est compatible avec un état général excellent. Parfois cependant, les enfants ozéneux sont chétifs, anémiques; leur teint est pâle, leur faciès maladif; ces troubles de l'état général étaient jadis considérés comme des causes prédisposant à l'ozène; il nous semble plutôt qu'il faille les considérer comme la conséquence et non comme la cause de la maladie; l'inspiration constante d'un air rendu fétide par son passage dans le nez, la déglutition de sécrétions décomposées et les troubles digestifs consécutifs en sont une explication suffisante.

Complications. — L'ozène peut provoquer le développement de complications dans les organes qui avoisinent immédiatement le nez ou retentir sur des organes éloignés.

¹ *Complications de voisinage.* — Fait singulier, les cavités diverticulaires du nez et du pharynx nasal, c'est-à-dire les sinus et les cavités de l'oreille moyenne, si souvent atteintes dans les diverses affections du nez et du naso-pharynx, sont relativement peu touchées dans l'ozène, du moins d'une façon cliniquement appréciable. Étant donné le grand nombre d'ozéneux qu'ont à soigner les oto-rhinologistes, il est surprenant de voir combien peu de ces malades se plaignent des oreilles: pour ma part du moins, c'est un fait qui m'a toujours frappé. Ce n'est pas à dire cependant que les oreilles soient toujours indemnes: on peut observer chez les ozéneux du catarrhe des trompes et des caisses, des suppurations de l'oreille moyenne avec ou sans complications mastoïdiennes et parfois, mais surtout, chez des malades déjà sortis de l'enfance, et à plus forte raison chez de vieux ozéneux, des bruits subjectifs intenses, obsédants, indépendants de tout affaiblissement de l'audition et rebelles à tout traitement; mais, je le répète, ces accidents ne s'observent que chez un petit nombre d'ozéneux. Lorsqu'un ou plusieurs sinus s'infectent secondairement, fait rare au moins chez les enfants, des polypes muqueux peuvent se développer dans les fosses nasales.

Les complications oculaires sont plus communes; elles ont été étudiées avec soin dans ces dernières années. Ce sont soit des accidents inflammatoires paraissant être le résultat d'une infection ascendante par les voies lacrymales, soit des troubles réflexes à distance. Le larmolement et la dacryocystite², la conjonctivite avec ou sans blépharite sont les complications

(¹) GUYE. Ueber Aprozexia. *D. med. Wochenschr.*, 1887, n° 45 et 1888, n° 40.

(²) RAMPOLDI. Ozène et maladies des yeux. *Ann. d'oculistique*, 1885.

oculaires le plus fréquemment observées; toutefois les kératites et les ulcères de la cornée¹ ne sont pas très rares; les ophtalmologistes ont d'ailleurs remarqué depuis longtemps la tendance des plaies cornéennes, accidentelles ou opératoires, à s'infecter chez les ozéneux². On a rapporté des cas d'iritis³, de névrite optique⁴, d'amblyopie, de paresse accommodative, etc., liés à l'ozène.

2° *Complications à distance.* — On peut observer chez les ozéneux, indépendamment de toute extension de l'affection au conduit laryngo-trachéal, des troubles de la voix qui s'expliquent soit par une simple fatigue des muscles du larynx, sous l'influence des efforts répétés de raclage guttural et d'expulsion, soit par l'inflammation secondaire, mais banale, de la muqueuse laryngée; ce catarrhe consécutif ne diffère pas de celui qu'on observe assez fréquemment dans les suppurations nasales et naso-pharyngées: il ne faut pas confondre cette *laryngite chronique* banale avec l'ozène laryngo-trachéal proprement dit, dont nous avons déjà dit un mot. La déglutition des sécrétions qui tombent du nez dans le rhino-pharynx provoque communément des *troubles digestifs* qu'un esprit non prévenu rapporte difficilement à leur véritable cause: ce sont tantôt des accidents de dyspepsie gastrique, tantôt des crises de diarrhée fétide, alternant souvent avec des périodes de constipation; ces crises se reproduisent avec une opiniâtreté qui déjoue tous les efforts thérapeutiques tant que leur origine reste méconnue.

Marche. — L'affection se développe lentement, insensiblement, sans réaction locale; aussi ses débuts passent-ils d'ordinaire inaperçus: l'enfant est amené au médecin quand la rhinite atrophique est déjà entièrement constituée. Le plus souvent, la mauvaise odeur exhalée par le petit malade a été le premier symptôme dont se soient aperçus les parents; d'autres fois, ceux-ci ont remarqué que depuis longtemps l'enfant est enchâffré et mouche d'une façon exagérée; la fétidité n'est apparue que depuis quelques semaines. Cette dernière remarque semblerait indiquer que l'ozène peut être précédé d'un stade non fétide, qui serait caractérisé anatomiquement, selon certains auteurs (B. Fränkel, Gottstein, Schäffer, Schech), par un catarrhe hypertrophique avec ou sans hypersécrétion. La rareté des cas où l'on peut saisir l'ozène à son début ne permet pas d'affirmer qu'il en soit toujours ainsi; je suis cependant porté à croire, d'après l'examen d'enfants que j'ai pu suivre pendant le cours de plusieurs années, que cette conception se réalise assez souvent; l'un d'eux, qui était porteur d'énormes queues de cornet, lesquelles repoussèrent après ablation, est aujourd'hui un ozéneux typique. Quoi qu'il en soit, rien n'autorise à considérer cette hypertrophie comme une période de l'affection, à laquelle on devrait réserver le nom de *stade préatrophique*: il suffit sans doute pour l'instant de considérer cette

(¹) ARADIE. *Soc. d'ophtalmologie de Paris*, nov. 1888. — TROUSSEAU. L'ozène et les ulcères infectieux de la cornée. *Arch. d'ophtalmol.*, mai-juin 1889. — VAN MILLINGEN. L'ozène et les ulcères infectieux de la cornée. *Arch. d'ophtalmol.*, nov.-déc. 1889.

(²) NIEDEN. Ueber d. Zusammenhang v. Augen u. Nasenaffect. *Arch. f. Augenheilk.*, 1886, p. 584.

(³) FAGE. Iritis d'origine ozéneuse. *Soc. fr. d'ophtalmol.*, mai 1895.

(⁴) SCLZER. De la Névrite optique consécutive à l'ozène. *Soc. fr. d'ophtalmol.*, 8 janv. 1895.

hypertrophie comme une condition favorable au développement ultérieur de l'ozène. L'atrophie peut se manifester rapidement et atteindre en quelques mois, en un ou deux ans, son plus haut degré dans le nez et le pharynx nasal. D'autres fois elle semble subir des temps d'arrêt ou tout au moins se produire avec une grande lenteur. Tantôt les lésions apparaissent simultanément dans le nez et le pharynx, tantôt le processus atrophique envahit les parties progressivement d'avant en arrière et de haut en bas: c'est ainsi qu'au fond d'un nez large à cornets rudimentaires on peut distinguer un paquet de végétations adénoïdes plus ou moins volumineuses, parfois même une queue de cornet encore respectée par l'atrophie¹; ultérieurement le larynx et la trachée pourront se prendre.

Durée. — Une fois constituées, les lésions de la rhinite atrophique persistent indéfiniment: il n'existe pas de phase de réparation; les cornets osseux atrophiques ne se régénèrent pas; seule la muqueuse en se tuméfiant peut donner momentanément l'illusion du retour *ad integrum* et de la guérison. Mais, si les lésions ne se réparent pas, les symptômes du moins peuvent s'amender. Tantôt ils s'atténuent passagèrement: l'odeur diminue d'intensité pendant quelques semaines ou quelques mois pour reparaitre ensuite avec une force nouvelle à l'occasion d'un rhume de cerveau, au moment de l'apparition précoce des règles chez les petites filles ou sans cause apparente. Tantôt cette atténuation est durable; toutefois c'est rarement dans l'enfance, mais plutôt à une époque éloignée du début de l'affection, c'est-à-dire à l'âge adulte et dans la vieillesse, que l'on constate cette amélioration persistante: la diminution des sécrétions, leur disparition même, coïncidant peut-être avec l'atrophie des glandes de la pituitaire, constituent une amélioration équivalant pour le malade à la guérison, puisque la fétidité, essentiellement liée aux sécrétions, a diminué parallèlement à ces dernières.

Anatomie pathologique. — 1° *Lésions macroscopiques*². — Elles sont surtout marquées sur les cornets inférieurs. Ceux-ci commencent par s'amincir et devenir plus souples; puis ils diminuent de volume dans leur ensemble; en même temps la muqueuse qui les recouvre se plisse, se ratatine; ultérieurement elle s'amincit, et devient lisse au point de rappeler plutôt l'aspect d'une séreuse que celui d'une muqueuse. Au plus haut degré d'atrophie, on ne trouve plus, au point de la paroi où était autrefois inséré le cornet osseux, qu'un repli de la muqueuse, simple bourrelet allongé, dans lequel est parfois encore inclus un liséré osseux, reste du cornet primitif.

Le processus atrophique n'épargne d'ailleurs pas complètement les autres régions des parois nasales: si, à l'exemple de Hopmann³, on mesure le diamètre antéro-postérieur de la cloison, de la pointe du nez au bord postérieur du vomer, on trouve une diminution de longueur, oscillant de 5 à 10 millimètres, par rapport aux mêmes dimensions prises sur un enfant sain de

(¹) COUÉTOUX. De la Rhinite atrophique relative. *Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, 1892, p. 608. — Des Phases de l'ozène. *Ibid.*, 1895, p. 419.

(²) ZUCKERKANDL. *Anatomie normale et pathologique des fosses nasales*. Paris, 1895.

(³) HOPMANN. Ein Beitrag z. ætiolog. Beurtheilung der Ozæna. *Arch. für Laryngologie*, 1895, vol. I, fasc. I.