

la même taille et du même âge; par contre, le pharynx nasal gagne dans le sens antéro-postérieur ce que perd la cloison.

2° *Lésions histologiques.* — La muqueuse présente des lésions dont les unes sont banales, les autres assez spéciales. La couche épithéliale est rarement intacte; l'épithélium cylindrique vibratile est changé en un épithélium cubique et, par places, en un épithélium pavimenteux stratifié dont les couches superficielles offrent tous les caractères des cellules cornées: cette métaplasie a été mise en évidence par Volkmann et par Schuchardt¹. La couche sous-épithéliale est infiltrée de cellules rondes ou fusiformes dont le plus grand nombre sont en voie de dégénérescence granuleuse et grasseuse; à un stade plus avancé, cette infiltration cède la place à une néoformation de fibres conjonctives. Au-dessous se trouve une couche de tissu conjonctif dense complètement organisé. Les artères sont le siège d'une endartérite oblitérante; leur calibre est rétréci et leur tunique adventice épaissie. Les veines présentent des lésions analogues. Les glandes de Bowman sont petites, ratatinées, atrophiées, l'épithélium glandulaire est le siège d'une dégénérescence grasseuse plus ou moins accusée. Selon Habermann², les lésions débuteraient par les glandes, pour gagner ensuite la muqueuse. Il s'agit là en somme d'une sclérose diffuse. On peut retrouver ces altérations avec les mêmes caractères dans la muqueuse des sinus: les parois de ceux-ci sont alors recouvertes d'une couche de mucus ou de muco-pus jaune ou verdâtre. La fréquence de la participation anatomique des sinus est très différemment appréciée par les divers auteurs. La mince lamelle osseuse qui représente le reste du cornet inférieur offre de nombreuses lacunes de Howship avec des ostéoplastes.

3° *Bactériologie.* — L'examen bactériologique des sécrétions ozéneuses y révèle la présence d'un certain nombre d'espèces microbiennes dont les unes sont banales, dont les autres ont été considérées comme spécifiques.

Lœwenberg³ le premier, dont les recherches remontent à 1880, découvre dans le mucus nasal des punais un microbe spécial, constant et, selon lui, caractéristique: c'est un coeco-bacille encapsulé, ne prenant pas le Gram et très analogue, sinon identique, au pneumo-bacille de Friedländer. Ce microbe fut retrouvé successivement par Klamann⁴, par Thost⁵, par Marano⁶, par Abel⁷, qui le nomma *Bacillus mucosus ozænae*, enfin par Paulsen⁸ qui lui donna l'épithète de *muciparus*. Ce microbe n'existe qu'à la surface de la muqueuse et jamais dans sa profondeur, si l'on s'en rapporte aux recherches de Strazza⁹; on l'a rencontré à la surface de la conjonctive et dans le canal lacrymal d'ozéneux. Les divers auteurs, qui ont recherché le

(¹) SCHUCHARDT. Ueb. d. anatom. Grundlagen d. Ozæna. *D. med. Wochenschr.*, 1889, n° 19.

(²) HABERMANN. Zur pathol. Anat. d. Ozæna simpl. *Zeitsch. f. Heilk.*, 1886, Bd VII.

(³) LÖWENBERG. Congrès méd. internat. de Londres, 1881. — Le Microbe de l'ozène. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1894.

(⁴) KLAMANN. Kapselcoccen b. Ozæna. *Allgem. medic. Centralzeitung*, 10 août 1885.

(⁵) THOST. Pneumococcen i. d. Nase. *D. med. Wochenschr.*, 1886, n° 10.

(⁶) SALVATORE MARANO. Sulla natura dell' ozæna. *Arch. ital. di laringol.*, janvier 1890.

(⁷) ABEL. Bakteriol. Studien über Ozæna simpl. *Centr. f. Bakteriol.*, 1895, Bd XIII, p. 161-175.

(⁸) PAULSEN. Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus b. atrophierenden Rhinitiden. *Mitth. f. d. Ver. Schleswig-Holsteinisch. Ärzte. N. E. Jahrg.* 2, 1895, n° 17.

(⁹) STRAZZA. Sull' etiolog. dell' ozæna. *Arch. ital. di laring.*, janvier 1894.

microbe de Lœwenberg dans les sécrétions ozéneuses, l'y ont constamment trouvé, mais tous ne sont pas d'accord sur son rôle pathogène. C'est ainsi que Hajek¹ a rencontré, à côté du coeco-bacille, dans 7 cas d'ozène sur 10 étudiés par lui, un bacille court liquéfiant la gélatine et lui communiquant une odeur semblable à celle de l'ozène: selon l'auteur, c'est ce *Bacillus foetidus ozænae* qui serait la cause de la puanteur des sécrétions ozéneuses. Belfanti et della Vedova², de leur côté, pratiquant l'examen bactériologique de 65 cas d'ozène, ont rencontré d'une façon constante, non seulement le microbe de Lœwenberg, mais encore un bacille particulier dont les caractères correspondent presque de tous points à ceux du bacille de Löffler. Doit-on identifier ce microbe avec le bacille diphtérique, avec le bacille pseudo-diphtérique ou encore avec celui du xérosis conjonctival? Si la question n'est pas résolue, il semble tout au moins que ce soit un bacille de la même famille que ceux-ci. Ce nouveau microbe a été trouvé non seulement dans les sécrétions nasales; mais aussi dans l'intérieur même de la muqueuse; toutefois, il ne communique pas à ses milieux de culture l'odeur nauséabonde de l'ozène³. Plus récemment Pérez a décrit à son tour un nouveau micro-organisme, le *coccobacillus foetidus ozænae*, qu'il considère comme l'agent spécifique de l'ozène: il a pu reproduire expérimentalement l'atrophie des cornets chez les lapins à la suite de l'inoculation intra-veineuse du microbe.

Étiologie. — L'âge est la condition prédisposante la mieux établie de l'ozène: c'est le plus souvent de 8 à 15 ans que débute l'affection, quelquefois plus tôt, exceptionnellement plus tard. Il est des ozènes très précoces: j'observe en ce moment deux enfants, l'un de 5 ans, l'autre de 4, qui présentent les signes les plus nets d'une rhinite atrophique fétide extrêmement accusée. Les filles sont un peu plus fréquemment atteintes que les garçons; mais la différence en leur faveur me semble moins marquée que ne le soutiennent la plupart des auteurs. Dans les familles nombreuses, les aînés sont le plus souvent épargnés; l'ozène frappe de préférence le dernier ou les derniers des enfants. L'affection est certainement plus commune dans la classe pauvre. L'hérédité est un facteur étiologique important; l'ozène est héréditaire au premier chef; aussi n'est-il pas rare qu'on l'observe simultanément chez plusieurs enfants de la même famille; il paraît se transmettre avec une facilité plus particulière des mères à leur descendance féminine. Par contre, l'affection ne semble pas contagieuse, ou du moins aucun fait positif n'autorise à croire qu'elle le soit. Les tentatives de Strübing⁴ pour la transmettre par inoculation ne sont pas suffisamment démonstratives. Pérez⁵, ayant rencontré très souvent son coccobacille chez le chien, a émis l'hypothèse, non justifiée jusqu'ici, de l'origine canine de l'affection.

(¹) HAJEK. Die Bakter. b. d. acuten u. chronischen Coryza, sowie bei der Ozæna. *Berliner klin. Wochenschr.*, 15 août 1888.

(²) BELFANTI e DELLA VEDOVA. Sull' eziologia dell' Ozæna e sulla sua curabilità colla sieroterapia. *Arch. ital. di otologia*, etc., avril 1896, p. 189.

(³) PES et GRADENIGO. Notes bactériologiques sur l'ozène. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., août 1896, p. 159.

(⁴) STRÜBING. Ueb. Ozæna. *Münch. med. Wochenschr.*, 1895, p. 901.

(⁵) F. PÉREZ. Recherches bactériologiques sur l'ozène. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1899 et avril 1901.

On attribuait jadis à l'état général de l'enfant, à sa constitution, à son tempérament, une importance capitale dans le développement de l'ozène : la syphilis héréditaire, le lymphatisme et surtout la scrofule étaient incriminés. En réalité, la constitution générale du sujet semble jouer ici un rôle très secondaire. S'il est vrai que l'ozène puisse se développer chez des enfants strumeux, on ne saurait cependant en faire une manifestation scrofuleuse, à moins de consentir à faire une pétition de principe en déclarant scrofuleux tout enfant qui a de l'ozène (A. Martin). C'est moins dans une modification de l'état général que dans un état local qu'il faut, semble-t-il, chercher les causes prédisposantes de l'ozène; les coryzas subaigus et chroniques des enfants préparent le terrain à l'évolution ultérieure de la rhinite atrophique.

Pathogénie. — Les théories pathogéniques de l'ozène ont pour but d'expliquer, les unes la fétidité, les autres l'atrophie, les troisièmes l'hyper-sécrétion.

A. — *Théories pathogéniques de la fétidité.* — En ce qui concerne la fétidité, un premier point est établi, c'est qu'elle est liée intimement aux sécrétions. Un nez ozéneux libre de toute sécrétion n'exhale plus de mauvaise odeur. La fétidité passe, avec les croûtes, du nez dans le mouchoir qui en reste imprégné jusqu'à un lessivage soigneux. Second point : les premières sécrétions qui réapparaissent à la surface de la muqueuse, après un lavage complet des fosses nasales, sont inodores; vient-on à les porter dans une chambre humide à 55°, elles prennent après quelques heures l'odeur caractéristique. Or, si l'on fait la même expérience avec le mucus fourni par une pituitaire normale ou atteinte de catarrhe simple, on ne voit pas se développer d'odeur. Pour expliquer le développement de la fétidité des sécrétions ozéneuses, des hypothèses multiples ont été émises. B. Fränkel¹ suppose l'existence d'un ferment spécial; Krause² invoque la formation d'acides gras sous l'influence de la décomposition des granulations grasses qu'il a décrites dans les éléments cellulaires de la muqueuse; pour E. Fränkel³, on doit incriminer l'absence ou l'altération du liquide sécrété normalement par les glandes de Bowman, car, selon lui, ce liquide aurait, à l'état physiologique, la propriété d'annihiler l'action des bactéries de la putréfaction. Selon Lœwenberg la fétidité exige, pour se produire, l'intervention de deux facteurs : il faut, d'une part, la présence d'un agent microbien particulier qui n'est autre que son *cocco-bacille*; d'autre part une sécrétion spéciale, celle de la rhinite atrophique, dont la composition chimique différerait de celle de la sécrétion normale. Hajek soutient que le *Bacillus foetidus ozœnæ*, découvert par lui, est capable à lui seul de provoquer la décomposition fétide des sécrétions. Pour Schuchardt, le rôle principal dans la genèse de la fétidité revient à la métamorphose de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux corné, sans qu'il soit besoin de l'intervention d'aucun microbe; il se passe-

(¹) B. FRÄNKEL. *Die Krankh. d. Nasb.* Ziemmsens Handb. IV, 1879.

(²) KRAUSE. *Zwei Sectionsbefunde v. reiner Ozœna.* *Virch. Arch.*, 1881. LXXXV, p. 525.

(³) E. FRÄNKEL. *Pathol. anat. Untersuchungen üb. Ozœna.* *Virch. Arch.* Bd LXXV, 1879 et Bd LXXXVII, 1882.

rait dans le nez ce qui se passe dans les autres points de l'organisme où la substance cornée se décompose : l'odeur produite est plus ou moins repoussante (sueurs plantaires, smegma préputial, cholestéatome, endométrite avec épidermisation de l'épithélium) : l'envahissement des fosses nasales par les microbes est secondaire.

B. — *Théories pathogéniques de l'atrophie.* — Des théories presque aussi nombreuses ont été émises pour expliquer l'atrophie. On peut les ranger en quatre groupes : 1° Pour Zaufal et pour Hartmann¹, la petitesse des cornets osseux inférieurs est congénitale; les lésions de la muqueuse sont secondaires; la fétidité résulte de la stagnation et de la décomposition sur place des mucosités que l'air expiré ne peut plus chasser d'un conduit trop large. Bien que cette théorie ait été légèrement modifiée en y substituant l'hypothèse plus vraisemblable d'un arrêt de développement post-embryonnaire, qui expliquerait l'apparition de l'ozène à un âge à peu près fixe, elle n'est pas entièrement satisfaisante, car elle ne rend pas compte de la rétrocession, de l'atrophie véritable des tissus (os, muqueuse, tissu adénoïde), ni de la participation assez fréquente du larynx et de la trachée. 2° Walb² a attribué l'atrophie à la pression exercée par les croûtes; Berliner³, à celle qu'exerce le cornet moyen sur la cloison. Nous ne nous attarderons pas à réfuter ces théories. 3° La plupart des auteurs considèrent l'atrophie comme le résultat d'un processus inflammatoire aboutissant à la néoformation de fibres conjonctives qui enserrant et compriment les vaisseaux nutritifs de la muqueuse et du périoste; il s'agirait, en d'autres termes, d'une sclérose diffuse atrophiant la muqueuse et amenant par une dystrophie ischémique secondaire la résorption du tissu osseux. 4° L'hypothèse d'une trophonévrose a été également émise, mais sans preuve précise à l'appui. M. Delacour⁴ a cependant fait remarquer que les ozéneux présentent, en dehors des lésions nasales, toute une série de troubles trophiques permettant, selon lui, de rattacher l'affection à une cause générale. C'est ainsi qu'il signale chez les ozéneux la fréquence des anomalies suivantes : ogivité de la voûte palatine; malformations maxillaires; implantation vicieuse des dents; carie dentaire; bifidité des cheveux à leur extrémité libre; dépigmentation partielle des ongles sous forme de stries blanches; rétraction en crochet des doigts auriculaires; dimensions excessives en étendue ou en profondeur de l'excavation physiologique de la papille; staphylome postérieur; double épicanthus; parésie pupillaire; insuffisance de convergence des globes oculaires; asthénie des cordes vocales; urines peu riches en urée et en acide phosphorique et d'une toxicité inférieure à la normale, etc. Ce sont là autant de signes d'une nutrition défectueuse, dont les effets, déjà sensibles pendant la vie intra-utérine, se sont perpétués après la naissance.

C. — *Théories pathogéniques de l'hyper-sécrétion.* — On admet en général que l'hyper-sécrétion ozéneuse résulte d'une inflammation catar-

(¹) ZAUFAL. *Ertzl. Correspondenzbl. f. Böhmen*, 1874. Bd III, n° 25. — HARTMANN. *Beitrag zu der Lehre v. der Ozœna*, *D. med. Wochenschr.*, 1878, n° 15.

(²) WALB. *Erfahrungen auf d. Gebiete d. Nasen- und Rachenkrankh.* Bonn., 1888.

(³) BERLINER. *Ueber Ozœna u. ihre Behandl. u. Prophylaxis.* *D. med. Wochenschrift*, 1889.

(⁴) J. DELACOUR. *De l'état général dans l'ozène vrai.* *Acad. de méd.*, séance du 25 mai 1905.

rhale chronique de la muqueuse. Pour Zaufal cependant, il n'y aurait pas hypersécrétion à proprement parler : si les sécrétions paraissent plus abondantes qu'à l'état normal, c'est qu'elles s'accumulent dans les fosses nasales, au lieu d'être balayées au fur et à mesure de leur production. Il est cependant surprenant qu'elles soient aussi abondantes, étant donnée l'atrophie de la muqueuse et des glandes. Aussi Michel¹ supposait-il que la sécrétion ozéneuse était fournie en grande partie par les cavités diverticulaires du nez, surtout par les cellules ethmoïdales et les sinus sphénoïdaux. Grünwald² accepte cette opinion et fait jouer de plus un certain rôle au sinus maxillaire et à l'amygdale pharyngée dans la production des sécrétions ozéneuses : si l'on adoptait cette conception, il faudrait démembrer l'ozène et en faire, comme jadis, un symptôme pouvant s'observer au cours de diverses affections nasales, et non plus une entité morbide. Mais ces idées ne paraissent pas devoir recevoir confirmation : les lésions sinusiennes trouvées à l'autopsie de quelques ozéneux sont distinctes de celles qu'on observe dans les sinusites vulgaires.

De toutes les théories pathogéniques de l'ozène, la *théorie parasitaire* est celle qui, dans l'état actuel de la science, satisfait le mieux l'esprit. L'ozène serait une maladie infectieuse des voies aériennes supérieures, pouvant se développer d'emblée sur une muqueuse saine, mais trouvant un terrain particulièrement favorable dans des fosses nasales atteintes d'un catarrhe antérieur, hypertrophique ou non; l'atrophie serait due à l'action des produits toxiques sécrétés par l'agent pathogène; la fétidité serait le résultat d'une infection mixte, de l'envahissement des sécrétions par les microbes de la putréfaction; les lésions peuvent envahir non seulement le pharynx, le larynx et la trachée, mais encore les cavités diverticulaires du nez (sinus) et du pharynx (trompes d'Eustache et caisse).

Diagnostic. — Il est aisé, étant donnée la netteté des caractères anatomiques et cliniques de l'affection. Un enfant qui, depuis longtemps, mouche abondamment et sent mauvais du nez, ne peut guère être atteint, s'il n'est ozéneux, que de rhinite simple, de syphilis nasale ou de corps étrangers du nez; l'empyème des sinus est exceptionnel à cet âge. Dans la *rhinite chronique*, les sécrétions sont rarement croûteuses; leur odeur est fade, mais non pas nauséabonde; les cornets sont normaux ou hypertrophiés. La difficulté commence quand il s'agit de pronostiquer l'avenir de cette rhinite : est-elle un début d'ozène, un ozène à la phase préatrophique, ou tout au moins un ozène ne pourra-t-il se greffer sur ce terrain? Nous n'avons aucun moyen actuellement pour trancher la question : peut-être l'examen bactériologique nous le fournira-t-il, quand l'agent pathogène de l'affection sera exactement connu. A la *syphilis héréditaire* du nez appartiennent les ulcérations et les destructions osseuses des fosses nasales, en particulier de la cloison : c'est là un caractère absolument distinctif et qui doit faire rejeter le diagnostic d'ozène vrai. Les *corps étrangers* se traduisent par une pyor-

(¹) MICHEL. *Die Krankh. d. Nase u. d. Rachens*. Berlin, 1886.

(²) GRÜNWALD. *Die Lehre v. d. Nasenerweiterungen*. Munich, 1895.

rhée fétide qui se distingue de l'ozène par son unilatéralité : un simple examen rhinoscopique confirme le diagnostic.

Pronostic. — La rhinite atrophique est une infirmité que l'enfant conservera pendant le reste de son existence; mais si nous sommes impuissants à le guérir, nous pouvons au moins lui donner le moyen de la masquer.

Traitement. — L'expérience apprend que les divers traitements *généraux* proposés contre l'ozène et destinés à remédier à la constitution du sujet ne modifient en rien l'affection nasale. Si ces médications peuvent avoir un bon effet sur les troubles généraux qui accompagnent l'ozène, c'est une profonde illusion que de compter sur eux pour améliorer l'état du nez. Le traitement *local* sera seul efficace.

A. — *Traitement prophylactique* — Il consiste : 1° à traiter les rhinites de l'enfance, si souvent négligées; rhinite impétigineuse, rhinite diphtérique, rhinite de la rougeole, rhinite chronique simple, etc., peuvent servir d'amorce au développement d'une rhinite atrophique : les enfants morveux deviennent souvent ozéneux;

2° à éviter le contact intime et prolongé entre les ozéneux et les personnes saines, car si la contagiosité de l'affection n'est pas encore démontrée, il se peut qu'elle le soit un jour, les cas d'ozène familial s'expliquant aussi bien par la contagion que par l'hérédité. Ce sera, en tout cas, une bonne mesure hygiénique que de désinfecter les mouchoirs contaminés par les sécrétions ozéneuses et de défendre le séjour dans le même lit ou la même chambre d'un enfant ozéneux avec ses frères ou sœurs indemnes.

B. — *Traitement palliatif.* — Il a pour but d'enlever les sécrétions, source de la fétidité, et de prévenir leur reproduction. Toutes les méthodes proposées dans ce but agissent mécaniquement. Les principales sont les irrigations, l'aspiration de pommades, l'insufflation de poudres et l'introduction de tampons selon la méthode de Gottstein.

L'ozène est une des rares affections nasales où les irrigations trouvent une indication. La solution employée importe peu (chlorure de sodium à 1/100^e, phénosalyl à 1/1000^e, thymol à 1/10 000^e, résorcine à 1/400^e, etc.), puisque ces liquides n'agissent que mécaniquement. Il faut seulement que les irrigations soient abondantes (1 ou 2 litres) et fréquentes (2 à 4 par jour). Comme les enfants les supportent souvent assez mal, comme elles peuvent amener le développement de complications auriculaires, lorsqu'elles ne sont pas correctement administrées, il est préférable de recourir à la méthode suivante, qui donne d'ordinaire d'excellents résultats. Après avoir débarrassé les fosses nasales des croûtes qui les encombrent à l'aide d'un stylet et d'une pince, ou au besoin à l'aide d'une irrigation nasale administrée par le médecin lui-même, selon des principes que nous ne pouvons exposer ici, on renvoie le malade chez lui avec la prescription suivante :

Vaseline.	60 grammes.
Acide borique.	15 —

dont il introduira 5 fois par jour gros comme une noisette dans chaque narine. A cet effet, il fait pénétrer, dans l'une des narines d'abord, avec

l'extrémité de l'index, la quantité de pommade voulue, puis il bouche l'autre narine et renifle la vaseline en renversant un peu la tête en arrière. La pommade fond rapidement, se répand sur les parois des fosses nasales et, si l'enfant maintient la tête relevée, ne tarde pas à pénétrer dans la gorge. Il procède immédiatement après et de la même façon pour la fosse nasale opposée. Il est important de recommander au malade d'employer une grande quantité de pommade : il n'en mettra jamais trop. Au moment où le médicament pénètre dans le nez, l'enfant ressent un picotement d'ordinaire léger, parfois assez intense, mais passager, qui peut provoquer un larmoiement réflexe. En même temps il se produit dans le nez une sécrétion abondante de liquide séreux qui détache les croûtes et délaie les mucosités préexistantes. Au bout de 5 à 10 minutes environ, et pas avant, autant que possible, l'enfant se mouche et expulse tout le contenu des fosses nasales : pommade, mucus et concrétions; il se produit ainsi une sorte de lavage de dedans en dehors. Lorsqu'un peu de pommade pénètre accidentellement dans la gorge, l'enfant apprend très vite à la cracher aussitôt. Le malade est revu après 8 jours de ce traitement : on s'assure que celui-ci a été fait régulièrement et selon les préceptes indiqués. Si les croûtes ne se sont pas reproduites, on fera continuer l'usage de la même pommade dont on diminuera peu à peu la dose. Si les fosses nasales sont de nouveau envahies par les croûtes, on enlève ces dernières et l'on prescrit une pommade plus chargée en acide borique. En été, alors que la vaseline est semi-fluide, on peut élever la dose d'acide borique à 50 et même 40 grammes pour 60 grammes de vaseline. L'insufflation de poudres solubles (acide borique grossièrement pulvérisé, acéto-tartrate d'alumine, etc.) peut à la rigueur suppléer la vaseline boriquée; elle a le désavantage d'être parfois pénible et même douloureuse. L'emploi de poudres insolubles est formellement contre-indiqué; car elles forment avec les sécrétions un magma qui favorise la formation de croûtes.

Si les croûtes se reproduisent, si la fétidité persiste malgré ce traitement, il faut recourir à la méthode de Gottstein. Celle-ci consiste à introduire dans la fosse nasale et à appliquer sur les points où les croûtes se reproduisent avec le plus de persistance, le plus souvent dans le méat et sur le cornet moyen, un tampon de coton hydrophile sec ou imbibé d'huile de vaseline mentholée ou camphrée. Ce tampon doit présenter une longueur de 3 à 4 centimètres, sur 1 ou 2 centimètres de hauteur et un demi-centimètre d'épaisseur. On le laisse en place de 2 à 12 heures; il tombe ordinairement de lui-même ou bien est expulsé dans l'action de se moucher ou d'éternuer. Les croûtes contre lesquelles il a été appliqué y adhèrent ou sont éliminées immédiatement après lui. On peut apprendre aux parents et parfois aux enfants, s'ils sont déjà grands, à placer eux-mêmes le tampon à l'aide d'une aiguille à tricoter servant de stylet : il suffit de leur recommander de le porter en haut et en dehors vers l'angle externe de l'œil. Le tampon agit en provoquant une sécrétion réflexe, qui, se produisant à la surface de la muqueuse, au-dessous des croûtes, les décolle et les entraîne.

Avec ces deux moyens, vaseline boriquée et tampon, employés isolément

ou combinés, on obtient tout ce qu'on peut obtenir dans l'ozène; on donne au malade le moyen de masquer son infirmité, en supprimant à la fois les concrétions nasales et la fétidité; mais il faut prévenir l'enfant et les parents que cette pseudo-guérison ne se maintiendra qu'à une condition : c'est que le traitement soit continué presque indéfiniment.

C. — *Traitement curatif.* — Il existe un certain nombre de méthodes ayant la prétention, malheureusement non justifiée, de guérir l'ozène. Les badigeonnages de la muqueuse nasale avec des solutions modificatrices sont l'un des moyens les plus anciennement expérimentés. Ces badigeonnages peuvent être faits tous les jours ou tous les 2 jours avec des solutions diverses : glycérine iodée à 1/10; nitrate d'argent à 1/50; chlorure de zinc à 1/60; naphtol sulfuriciné à 1/40; vaseline naphtolée à 1/10. Aux badigeonnages quelques auteurs substituent de simples pulvérisations que le malade peut faire lui-même. Le massage vibratoire¹, pratiqué avec de petits tampons imbibés de liquides modificateurs, améliore le plus souvent l'ozène, mais au prix d'un traitement quotidien suivi pendant plusieurs mois : l'amélioration ne survit pas à la cessation du traitement. L'électrolyse cuprique de la pituitaire a donné des résultats encourageants entre les mains de Cheval² et de Bayer³; mais elle n'est pas exempte de dangers. On fait intervenir, pour expliquer son action, les décompositions chimiques auxquelles elle donne lieu, les troubles profonds qu'elle provoque dans la nutrition des tissus, enfin le pouvoir microbicide du courant électrique et de l'oxychlorure de cuivre qui se forme au niveau du pôle positif. La méthode proposée plus récemment encore par Belfanti et della Vedova part d'un tout autre principe. Le microbe qu'ils considèrent comme l'agent pathogène de l'ozène étant de la même famille que le bacille de Löffler, ils ont pensé que le sérum antidiphthérique pourrait avoir une action antagoniste sur lui. Des essais sur des cobayes ayant confirmé cette supposition, ils ont appliqué la sérumthérapie antidiphthérique au traitement de l'ozène; si l'on en croit les inventeurs de la méthode, ce traitement fait merveille. Mais le peu d'enthousiasme, les réserves mêmes des expérimentateurs qui en ont fait l'essai montrent que les conclusions de Belfanti et de della Vedova ont été un peu hâtives⁴.

Parmi les méthodes proposées le plus récemment il faut signaler la photothérapie⁵, l'ostéoclasie des cornets dans l'espoir de susciter une régénération osseuse⁶, les injections sous-muqueuses de paraffine pour remédier à la trop grande largeur des fosses nasales et à la stase des sécrétions.

(¹) BRAUN. *Massage bezw. Vibrat. d. Schleimhaut d. Nase.* Congrès de Berlin, 1890. — GARNAUT. *Le Massage vibratoire des muqueuses.* Paris, 1894.

(²) CHEVAL. *Soc. des laryngol. et otolog. belges*, juin 1895.

(³) BAYER. L'ozène. Sa genèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle. *Revue internat. d'électrothérapie*, juin et juillet 1896.

(⁴) ARSLAN e CATERINA. Sulla sieroterapia nell' Ozena. *Arch. ital. di otolog.*, 1896, fasc. 5. — CRADENIGO. Sur la sérothérapie dans l'ozène. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., août 1896.

(⁵) DIONISIO. *Giorn. d. reale acad. di medic. di Torino*, janvier 1902, n° 1, p. 44.

(⁶) CHOLEWA et CORDES. Zur Ozenafrage. *Arch. f. Laryngol.*, vol. VIII, 1898, p. 18.