

nasale qu'ils déterminent, prennent place d'autres formes où celle-ci est nulle ou peu marquée, et où dominent les troubles sécrétoires. Certains individus, des vieillards surtout, se plaignent d'un écoulement séreux (*goutte au nez*) qui les oblige à un usage constant du mouchoir. D'autres mouchent beaucoup, mais les sécrétions, au lieu d'être fluides, sont nettement muqueuses, opaques, et leur abondance amène une imperméabilité relative qui oblige également le malade à les expulser périodiquement sous peine d'avoir le nez bouché. Enfin, d'autres présentent des troubles sécrétoires spéciaux essentiellement caractérisés par la fétidité de la sécrétion nasale. Ces derniers forment un groupe nettement délimité, l'affection dont ils souffrent est distincte de toutes les autres variétés de rhinite chronique, et nous lui consacrerons une étude spéciale.

RHINITE ATROPHIANTE FÉTIDE — OZÈNE

Définition. — La signification du mot *ozène*, dont l'emploi remonte aux premiers âges de la médecine, n'a cessé de varier jusqu'à nos jours, parce qu'elle a été appliquée tantôt au symptôme « mauvaise odeur du nez », considéré en lui-même et indépendamment de l'affection dont il est une conséquence; tantôt, au contraire, réservée à la punaisie dépendant d'une affection déterminée des fosses nasales; tantôt enfin utilisée comme dénomination d'une affection nasale spéciale comptant la punaisie parmi ses symptômes constants.

Aujourd'hui, on doit réserver cette dénomination à la mauvaise odeur *spéciale*, à la fois douceâtre et piquante, pénétrante et nauséuse, se rapprochant de celle de la punaisie écrasée, de celle des sueurs fétides des extrémités inférieures et de celle de certains fromages avariés, ne variant guère que par les différences d'intensité qu'elle présente, et résultant d'une altération des sécrétions nasales spéciale à une variété de rhinite chronique à évolution constante, aboutissant à l'atrophie de la muqueuse nasale. Ainsi comprise, la dénomination *ozène* devient inséparable de celle de sa cause, et elle peut à la rigueur servir à désigner celle-ci: mais comme, d'une part, elle n'implique pas la réalisation de l'atrophie, et que, d'autre part, cette dernière ne suppose pas nécessairement la punaisie, on ne doit pas considérer le mot *ozène* comme synonyme de rhinite *atrophique*, ou même *atrophianse*, sans épithète; et les seuls termes pouvant être employés indifféremment l'un pour l'autre sont ceux d'*ozène*, ou de *rhinite atrophianse fétide* (1).

Symptômes. — Les individus atteints d'ozène sentent plus ou moins mauvais; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'odeur qu'ils exhalent est toujours à peu de chose près la même. Il suffit de l'avoir sentie un certain nombre de fois pour ne plus la confondre avec celle qui peut résulter des diverses lésions ulcéreuses des fosses nasales, des amas caséux accumulés autour d'un corps étranger, des suppurations fétides des sinus maxillaires et autres. L'odeur est d'ordinaire plus forte le matin que dans la journée, et en général elle est d'autant plus marquée que l'accumulation des sécrétions fétides dans les fosses nasales est plus considérable, de même qu'elle diminue lorsque le malade a réussi à se débarrasser de ces sécrétions, pour reparaitre et s'accroître progres-

(1) Consultez la monographie de M. E. DEUMIER, De la rhinite atrophique et de l'ozène, Thèse de Paris, 1889.

sivement au fur et à mesure qu'elles se reforment de nouveau. Toutefois l'intensité de l'odeur est bien loin d'affecter un rapport constant avec la quantité des sécrétions accumulées, non plus, quoi qu'on en ait dit, qu'avec la durée du séjour de ces sécrétions dans les fosses nasales et l'augmentation de leur consistance qui en résulte. Et cela est vrai, non seulement en ce qui concerne des individus différents, mais encore chez le même individu; bon nombre de sujets secrètent des matières plus odorantes à certains moments qu'à d'autres, et c'est ainsi que beaucoup de jeunes filles et de jeunes femmes sentent plus mauvais au moment de l'époque cataméniale que pendant le reste du mois, sans que forcément la quantité des sécrétions augmente pendant cette période, et sans même que celles-ci subissent alors de modifications passagères de leur consistance, de leur adhérence, et parfois de leur couleur.

L'apparence des sécrétions, examinées dans le mouchoir quand le malade vient de les expulser, est variable. Dans les cas anciens et graves, elle est presque toujours à peu près la même. Tantôt il s'agit d'un amas de mucus épais, visqueux, en forme de bouchon plus ou moins cylindrique ou tronconique, plus consistant ou tout à fait sec vers l'une de ses extrémités ou vers la plus volumineuse des deux s'il affecte la forme d'un cône. La coloration de ce bouchon est blanchâtre ou jaune grisâtre; souvent jaune verdâtre. Son volume est variable: il peut varier entre ceux d'un crayon au plus et celui d'un cigare de moyenne dimension; sa longueur étant de 2 à 4 centimètres. Parfois il est presque sec dans la plus grande partie de son étendue, et d'une coloration vert sombre, ou brunâtre, foncée. Tantôt le malade expulse des amas de croûtes verdâtres de forme irrégulière, plus ou moins volumineux; quelquefois assez gros pour avoir eu peine à traverser la narine. Ces amas irréguliers proviennent des parties supérieures des fosses nasales sur lesquelles ils étaient moulés et dont ils reproduisent la forme, tandis que les bouchons arrondis siégeaient sur le tiers ou les deux tiers postérieurs du plancher de ses cavités. Ces concrétions consistantes volumineuses, de couleur foncée, à odeur infecte, qu'elles soient en forme de bouchons ou d'amas irréguliers, séjournent toujours longtemps dans les fosses nasales avant d'être expulsées; les malades restent souvent plusieurs jours sans pouvoir moucher autre chose que quelques fragments de petit volume, avant de s'en débarrasser.

Dans les cas graves récents, le mucus ou mieux le muco-pus est rendu sous forme d'amas gluants visqueux, gris jaunâtre ou verdâtre que le malade expulse plusieurs fois par jour en abondance variable, souvent très notable.

Lorsque l'affection est légère, les sécrétions, concrètes ou simplement visqueuses, sont moins abondantes, et souvent elles ne présentent rien autre chose de particulier que leur opacité et leur odeur.

L'examen rhinoscopique donne des résultats différents lorsque la maladie est à sa période d'état, à sa période d'accroissement, ou à son début. Bien souvent, on ne peut observer les malades que lorsque l'affection est déjà ancienne et date de plusieurs années; et l'aspect de l'intérieur des fosses nasales est alors tout à fait caractéristique. Ce qui frappe immédiatement l'attention, c'est le petit volume des cornets, et par suite, à moins qu'il n'existe d'étroitesse congénitale des fosses nasales, l'accroissement du calibre de celles-ci. Les cornets inférieurs paraissent rudimentaires; ils sont diminués dans toutes leurs dimensions, et cette diminution de volume ne porte pas seulement sur les parties molles, mais encore sur l'os lui-même. Les cornets moyens sont, aussi eux, plus

minces et plus petits; et cette minceur est surtout apparente à l'examen de leur bord antérieur vertical. Cette atrophie des saillies normales de la paroi externe permet, s'il n'y a pas de déviation marquée de la cloison, de voir celle-ci dans toute son étendue et souvent presque jusqu'en haut; la paroi antérieure du sinus sphénoïdal est accessible à la vue; de même, le plancher est découvert dans toute sa longueur, le regard pénètre dans le pharynx nasal, et les bourrelets des trompes d'Eustache sont quelquefois visibles.

La muqueuse est sèche, le plus souvent pâle, ridée ou granuleuse, parfois rouge sombre, toujours dépolie. Mais dans les parties postérieures et supérieures des fosses nasales, elle est recouverte de sécrétions qui la dérobent à la vue. Ces sécrétions occupent la partie postérieure du plancher et de la cloison, la fente olfactive, le bord antérieur du cornet moyen, le méat moyen et la partie postérieure et supérieure du cornet inférieur. Ces parties sont tapissées par des croûtes verdâtres ou brunâtres, adhérentes, moulées sur les saillies de la paroi intra-nasale, ou par des amas de muco-pus jaune verdâtre et visqueux, et des tractus traversant la fosse nasale d'une paroi à l'autre. Lorsqu'elles sont sèches et adhérentes et qu'on les enlève, la muqueuse où elles siègent apparaît de couleur rouge sombre, dépolie, parfois saignante. Lorsqu'on examine la partie postérieure des fosses nasales et le pharynx nasal à l'aide du miroir rhinoscopique, on voit ces sécrétions saillir entre les extrémités amincies de cornets. Les croûtes dépassent souvent aussi en haut les orifices postérieurs des fosses nasales, et s'étendent sur la voûte du pharynx sous forme de prolongements ou de plaques d'un jaune verdâtre. La muqueuse du pharynx nasal est également recouverte par places de ces croûtes; elle est à peine visible ou ne l'est plus du tout, les fossettes de Rosenmüller sont profondes, les bourrelets des trompes paraissent saillants et les orifices tubaires largement ouverts.

Dans les cas moins sévères ou plus récents, deux variétés différentes d'aspect peuvent se présenter. Tantôt, et nous n'insisterons pas sur cette variété, l'atrophie est de même généralisée, mais elle est moins marquée; les sécrétions sont moins abondantes, moins concrètes, de couleur moins foncée, mais le nez et le pharynx nasal sont, comme dans les cas précédents, malades dans toute leur étendue. Tantôt la maladie est circonscrite, une seule fosse nasale est atteinte, ainsi qu'une partie du pharynx nasal, ou même les lésions n'atteignent que le cornet inférieur et son voisinage, d'un seul côté. L'atrophie est limitée, et les sécrétions fétides ne siègent que sur les parties atrophiées, le reste des fosses nasales présente son aspect normal.

Enfin, dans d'autres cas, la muqueuse nasale et naso-pharyngienne, au lieu d'être atrophiée, est au contraire tuméfiée, mollasse, rougeâtre, dépolie. Les sécrétions ne sont pas sèches, elles sont simplement visqueuses, de couleur jaune verdâtre, elles abondent surtout au niveau des deux tiers postérieurs du plancher des fosses nasales; on en trouve en arrière et dans le pharynx. Elles sont fétides, en tout cas, et présentent l'odeur ozéneuse.

Le plus souvent, sinon toujours, même dans ces derniers cas, la paroi postérieure du pharynx buccal est sèche, vernissée, luisante; pâle dans les cas anciens et quand l'affection est généralisée, plus fréquemment rouge dans le cas contraire. Dans le cas d'atrophie marquée de la muqueuse nasale et pharyngée, le voile du palais lui-même semble touché; il paraît aminci, et la luette est de dimensions plus petites que d'ordinaire. Le larynx lui-même

peut participer au processus, on peut voir des croûtes verdâtres fétides sur les cordes vocales, dans la région sous-glottique et jusque dans la trachée⁽¹⁾. Les cordes vocales sont grises ou rosées, elles ont perdu leur aspect nacré et brillant, leur partie antérieure est un peu épaissie, et il semblerait qu'au voisinage de l'angle antérieur elles soient comme soudées sur une étendue de quelques millimètres. J'ai déjà parlé, à propos du catarrhe chronique naso-pharyngien, de ces pharyngites et laryngites sèches liées à l'ozène, et des caractères qu'elles présentent en pareil cas, aussi bien que lorsqu'elles sont indépendantes de leurs lésions nasales primitives.

En dehors de la punaisie, qui peut être assez intense pour rendre la vie insupportable au malade et en faire un objet de dégoût pour son entourage, les symptômes de l'ozène sont assez variables. Le plus constant est l'anosmie, qui se montre rapidement et devient bientôt absolue. Cependant quelques malades conservent un peu d'odorat. Mais il est curieux que, même en pareil cas, ils ne sentent pas eux-mêmes l'odeur qu'ils répandent, et n'en ont conscience que par les avertissements qu'on leur donne. L'absence d'odorat nuit à l'exercice de la gustation; et, surtout lorsque la présence de croûtes dans le pharynx nasal et les efforts que fait le malade pour s'en débarrasser amènent des efforts de vomissements le matin, il en résulte un certain degré de dégoût des aliments, d'anorexie, et l'on peut même voir des troubles gastriques plus ou moins accusés. Assez souvent, bien que les fosses nasales soient perméables et même perméables à l'excès, ce qui détermine de la sécheresse naso-gutturale, les malades se plaignent d'une sensation de gêne et d'obstruction, due à la présence des sécrétions et des croûtes, et d'autant plus pénibles que les efforts qu'ils font pour se moucher sont le plus souvent infructueux. Les épistaxis, ainsi que je l'ai dit, ne sont pas rares. La céphalalgie frontale obtuse est presque permanente, l'inaptitude au travail intellectuel, la tendance au vertige, sont des symptômes assez fréquents dans les cas intenses et anciens. J'en dirai autant des cauchemars. La tristesse, la préoccupation, l'hypocondrie sont très souvent la conséquence de l'ozène. Les enfants souffrent de l'abandon où leurs petits camarades les laissent; les jeunes filles ont encore mieux conscience de la répulsion qu'elles inspirent; les jeunes femmes se désespèrent de se voir délaissées par leurs maris. Moldenhauer a vu une jeune fille se donner la mort après avoir inutilement tenté de se débarrasser de sa maladie par divers traitements prolongés qui s'étaient montrés inefficaces.

L'aspect extérieur des malades est très variable. Quelques-uns présentent l'apparence du tempérament lymphatique: nez gros et court, lèvre supérieure épaisse, rougeurs des pommettes et du nez, acné punctata, tendance aux engorgements ganglionnaires. Chez eux, les sécrétions nasales sont généralement abondantes et moins sèches, et l'atrophie des muqueuses longue à s'affirmer. Beaucoup d'autres ont les fosses nasales naturellement larges, les maxillaires supérieurs écartés l'un de l'autre, les pommettes un peu saillantes, les os du nez présentent la forme dite « nez en selle anglaise »⁽²⁾. Mais un grand nombre d'autres ozéneux ne présentent à aucun degré cette forme du nez; ils peuvent même avoir de l'étroitesse congénitale des fosses nasales; ce qui frappe chez eux, c'est l'extrême petitesse du nez externe, qui est mince, effilé, et réduit

(1) Consultez le travail de M. Luc, De l'ozène trachéal, *Archives de laryngologie*, 1889.

(2) Voyez le mémoire de M. Potiquet, De la forme du nez dans l'ozène vrai; *Congrès international d'otologie de Paris*, 1889.

dans toutes ses dimensions. Ce sont le plus souvent des individus pâles, chétifs, anémiques.

Comme symptômes inconstants de l'ozène, ou mieux comme complications éventuelles de cette affection, on doit noter en première ligne les conjonctivites et les kératites et les inflammations chroniques des voies lacrymales. Ce sont des accidents très fréquents chez les ozéneux, sur lesquels M. A. Trousseau a très judicieusement appelé l'attention il y a quelques années.

Les troubles auriculaires sont assez rares, malgré la fréquence des lésions du pharynx nasal. On peut cependant voir survenir du catarrhe tubaire, de l'otite catarrhale chronique sèche; parfois, accidentellement, des otites aiguës suppurées.

Les suppurations des sinus sont assez rares. On a noté cependant, dans quelques cas, des sinusites purulentes, ethmoïdales surtout. Je suis tenté de croire que dans un assez grand nombre de cas les cellules ethmoïdales participent dans une certaine mesure à l'affection, mais que, d'autre part, les sinus maxillaires sont le plus souvent indemnes. Les sécrétions des sinus frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux peuvent d'ailleurs être fétides sans que forcément elles se dessèchent sur place, et c'est vraisemblablement cette absence de rétention qui rend les suppurations de ces régions exceptionnelles.

Anatomie pathologique. — Nos connaissances sur l'anatomie pathologique de l'ozène sont encore peu avancées. Les autopsies ont été assez rares jusqu'ici; et Zuckerkandl⁽¹⁾, l'auteur qui en a pratiqué le plus grand nombre, n'a vraisemblablement guère fait de recherches que sur des sujets qu'il n'avait pas observés pendant la vie. Toutes les autopsies ont confirmé les résultats que donne l'examen rhinoscopique sur le vivant, et l'opinion universellement admise aujourd'hui, et émise déjà par Cazenave (de Bordeaux) et Trousseau il y a longtemps, que dans l'ozène simple il n'existe pas d'ulcérations de la muqueuse. On a trouvé celle-ci atrophiée à un degré variable, tantôt dans toute l'étendue des fosses nasales et même dans les sinus; tantôt dans une seule fosse nasale ou seulement au niveau d'un ou des deux cornets inférieurs, région où l'atrophie est d'ailleurs toujours prédominante. Dans les cas avancés, l'atrophie du cornet inférieur ne portait pas seulement sur la muqueuse, mais encore sur l'os lui-même, parfois réduit à une lamelle mince et très étroite. La petitesse des cellules ethmoïdales a été notée par Zuckerkandl chez des malades ayant des cornets inférieurs très atrophiés. Hartmann a vu, dans une de ses autopsies, un sinus sphénoïdal de très petite dimension. Zuckerkandl a trouvé dans cette cavité du muco-pus assez épais; M. Chatellier⁽²⁾ y a trouvé une véritable collection purulente, mais vraisemblablement récente, car ce pus n'était pas fétide, et d'ailleurs le malade avait succombé à une péricardite suppurée.

Les lésions histologiques ont été étudiées par E. Frankel, Krause, Gottstein, Chatellier, Habermann, Zuckerkandl⁽³⁾. Elles ont porté sur des cas où l'atrophie était plus ou moins avancée. Les résultats ont été, à peu de chose près, concordants, et les différences constatées paraissent tenir au degré plus ou moins marqué du processus. L'épithélium de revêtement est toujours altéré, il n'offre plus les caractères de l'épithélium vibratile, mais bien ceux d'un épithélium plat,

⁽¹⁾ ZUCKERKANDL, ouvrage cité, t. I, p. 87 et suivantes; — t. II, p. 126, 1892.

⁽²⁾ CHATELLIER, C. R. de la Société française de laryngologie, 1887.

⁽³⁾ Voyez ZUCKERKANDL, loc. cit., t. II (Indications bibliogr.).

pavimenteux, parfois réduit à une seule couche. La couche sous-épithéliale est irrégulièrement infiltrée de nombreuses cellules rondes. Au-dessous de cette couche, on trouve des cellules de tissu conjonctif, allongées, augmentant de nombre à mesure qu'on s'avance vers les parties profondes; et parfois on constate une dégénérescence fibreuse complète, en certains points, ou presque partout. Krause a signalé la présence de granulations graisseuses isolées dans le chorion muqueux, mais cette lésion n'a pas été retrouvée. Les glandes sont parfois détruites sur une grande étendue de la muqueuse, plus souvent elles manquent seulement sur certaines places, ou bien leur nombre est diminué partout. Mais elles sont presque constamment altérées; leur épithélium est trouble, ou à l'état de dégénérescence graisseuse; les parois des acini sont infiltrées de cellules rondes. Les vaisseaux sont également malades; la couche vasculaire érectile profonde est à peine marquée ou fait tout à fait défaut, les vaisseaux superficiels et autres sont en abondance variable, mais leurs parois sont infiltrées et épaissies. Chatellier n'a pas trouvé d'altérations histologiques de l'os; tandis que Krause, Habermann et Zuckerkandl ont constaté des lésions d'ostéite avec nombreuses lacunes de Howship. Ces différentes lésions dominent au niveau du cornet inférieur, mais elles se retrouvent aussi au cornet moyen et sur la cloison. Krause a également constaté l'atrophie fibreuse de la muqueuse naso-pharyngienne, avec disparition des follicules lymphatiques, si nombreux à ce niveau à l'état normal.

Étiologie et pathogénie. — L'ozène se voit surtout chez des adolescents et des jeunes sujets; et, d'après mon expérience et malgré les assertions contraires de certains auteurs, je le considère comme près de trois fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les deux tiers des malades que j'ai soignés étaient des filles, ou de jeunes femmes chez lesquelles l'affection avait débuté dans la seconde enfance. On peut voir la maladie chez de très jeunes sujets; je soigne depuis quatre ans une fillette qui n'avait que trente-deux mois quand je l'ai vue d'abord, et qui sentait mauvais depuis déjà plus d'une année. Elle a le nez tout petit, très large, la pituitaire très atrophiée, les cornets inférieurs rudimentaires. M. Moure et d'autres auteurs ont signalé un nombre assez important de cas chez des enfants de trois ou quatre ans. Cependant c'est entre sept et dix ans que l'affection paraît débiter de préférence, et chez beaucoup de filles, elle apparaît au moment de la formation sexuelle. Après quarante ou quarante-cinq ans, on n'a plus que rarement l'occasion d'observer la maladie; car à ce moment l'atrophie des glandes est ordinairement devenue très marquée, et les sécrétions ont diminué et perdu leur odeur en partie ou complètement. L'hérédité paraît jouer un rôle certain dans quelques cas; on voit quelquefois plusieurs enfants de la même famille atteints simultanément ou successivement; on peut voir la mère, ou le père, atteints en même temps qu'un ou plusieurs de leurs enfants. Mais il est infiniment plus fréquent de ne voir au contraire qu'un sujet atteint dans une famille dont tous les autres membres sont indemnes.

On a fait jouer à la scrofule un rôle étiologique évidemment très exagéré, et pour ma part je suis porté même à le contester formellement. La vérité est que chez les scrofuleux, et même chez les lymphatiques, l'affection présente certains caractères un peu spéciaux: abondance et fluidité plus grande des sécrétions, généralisation rapide des troubles sécrétoires, apparition fréquente des rétentions de la sécrétion devenue concrète avant que la muqueuse soit