

et je ferai remarquer en passant que la syphilis nasale peut donner lieu parfois à une atrophie simple de ce genre. Elle peut aussi se produire dans d'autres conditions, encore très peu connues, consécutivement à des hémorragies interstitielles plus ou moins abondantes, par un processus spécial étudié par Zuckerkandl, qui lui a donné le nom de *xanthose*<sup>1</sup>. Je ne fais que signaler ici ces variétés d'atrophie sans m'astreindre à les étudier en détail ; et simplement pour bien faire remarquer que l'atrophie de la muqueuse du nez n'est pas la cause nécessaire de l'ozène, et que celui-ci est fonction d'une *rhinite atrophiante spéciale*.

Nous ignorons encore absolument si le microbe ou les microbes sous la dépendance desquels se trouve la fétidité spéciale à l'ozène sont ceux qui commandent le processus inflammatoire. Celui-ci, suivant toute vraisemblance, est dû à des micro-organismes, et on ne pourrait comprendre que ceux-ci ne jouassent pas nécessairement un rôle actif pendant toutes les premières périodes catarrhales de la maladie. Mais la fétidité est-elle due à leur action intraglandulaire, ou n'apparaît-elle qu'à la surface de la muqueuse, sous l'influence d'autres micro-organismes, saprophytes, qui trouvent dans la composition chimique anormale du mucus altéré un milieu susceptible de fermenter consécutivement ? C'est ce que nous ne savons pas encore. La première opinion paraît, *a priori*, plus probable, car la réunion presque constante de la même odeur, des mêmes troubles sécrétoires, du même processus atrophique, éveille en nous, jusqu'à un certain point, l'idée de la spécificité de l'affection, surtout quand nous voyons à peu près constamment l'inflammation chronique banale de la pituitaire, quand la fétidité des sécrétions fait défaut, aboutir à une hypertrophie bientôt suivie, non pas d'atrophie, mais au contraire d'une dégénérescence spéciale, se rapprochant beaucoup d'un processus néoplasique, la transformation myxomateuse. La notion de spécificité deviendrait même probable, si la contagiosité de l'affection était démontrée. Mais, s'il n'est pas possible de la nier résolument avec preuves à l'appui (car les résultats, négatifs jusqu'ici, de l'inoculation aux animaux tentée par Hajek, Marano et d'autres n'en donnent pas le droit absolu), il n'existe non plus aucune preuve convaincante de sa possibilité. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, si elle existe, elle est très faible, et qu'elle exige, pour s'exercer, des conditions spéciales dont nous entrevoyons quelques-unes (syphilis, variole, rougeole, etc.), mais qu'il nous est jusqu'ici impossible de déterminer.

**Marche et pronostic.** — L'ozène a une marche lente et progressive, essentiellement chronique. Il débute insensiblement dans la majorité des cas, sauf lorsqu'il est consécutif à une rhinite spécifique ; et, une fois qu'il s'est installé, sa ténacité est extrême. J'ai déjà signalé les différences que sa marche et son évolution peuvent présenter suivant qu'il se montre généralisé et diffus à son début, ou au contraire unilatéral et localisé ; suivant qu'il attaque une muqueuse déjà malade, ou saine en apparence ; suivant qu'il se montre de bonne heure ou tardivement ; qu'il atteint un scrofuleux ou un individu indemne de cette diathèse. Son pronostic varie un peu suivant les cas. Il est d'autant moins sévère, toutes choses égales d'ailleurs, que l'atrophie concomitante est moins marquée ou plus circonscrite. Cette proportion n'est plus vraie à la période

(<sup>1</sup>) ZUCKERKANDL, ouvrage cité, t. II, 1892, p. 50 et suivantes.

terminale de la maladie, car, à ce moment, l'exagération même de l'atrophie et la disparition à peu près complète des glandes qui en résulte, amènent la disparition, ou du moins la diminution très marquée de la fétidité, qui constitue le plus important et le plus odieux de la maladie. Mais cette disparition spontanée de la fétidité est, dans la majorité des cas, très tardive ; elle peut se faire attendre dix ans, quinze ans, vingt et même trente ans ou plus. Le pronostic de l'ozène abandonné à lui-même est donc, en définitive, déplorable.

**Diagnostic.** — Il n'offre aucune difficulté dans les cas typiques : l'odeur caractéristique suffirait souvent à permettre de l'établir ; l'examen rhinoscopique fait constater des signes le plus souvent caractéristiques. Les difficultés n'apparaissent que dans les cas où l'atrophie manque encore partout, les sécrétions conservant en même temps la consistance du muco-pus épais. Le siège de ces sécrétions sur les deux tiers postérieurs du plancher, l'état du naso-pharynx, la rougeur sombre de la muqueuse, l'odeur nettement ozéneuse du malade, son habitus scrofuleux, permettent à un observateur expérimenté de reconnaître un ozène récent, ou du moins non encore parvenu à la période d'atrophie ; mais il importe, avant de s'arrêter à ce diagnostic, de s'assurer par une exploration minutieuse, surtout en cas d'unilatéralité, qu'il n'existe pas de suppuration des sinus, et particulièrement des sinus maxillaires. Lorsque le pus vient de ceux-ci, ou des sinus frontaux, ou encore des cellules ethmoïdales antérieures, il s'écoule par le méat moyen à l'entrée duquel on peut voir souvent sa trace ; de plus, il s'écoule sur la face supérieure du cornet inférieur, et de là le plus souvent dans le pharynx en laissant fréquemment une trainée sur le voile.

En cas de suppuration du sinus maxillaire, l'écoulement purulent est le plus ordinairement intermittent ; c'est en particulier le matin, au lever, qu'il est le plus considérable. Le pus, bien que pouvant renfermer des grumeaux caséux, est plus fluide et moins visqueux que le muco-pus de l'ozène. Enfin l'odeur est différente ; fade et douceâtre, rappelant celle de plâtre humide, comme dans la dilatation bronchique, dans les cas encore récents ; elle devient piquante et analogue à celle du poisson gâté, ou des vieilles conserves de harengs, dans les cas anciens. Cette dernière odeur est même caractéristique des vieux empyèmes de l'antra d'Highmore. Le malade se plaint de cette odeur et du goût fétide du pus qui coule dans sa gorge, alors que l'ozéneux ne se sent pas. La névralgie sus-orbitaire ou sous-orbitaire est très commune dans les cas d'empyème de l'antra. Enfin l'anamnèse, la coexistence si fréquente de lésions dentaires (caries anciennes des grosses molaires supérieures), donneront des renseignements complémentaires précieux. Lorsque à la constatation de ces signes s'ajoute celle de l'opacité du maxillaire correspondant révélée par l'examen de la translucidité de la face éclairée de dedans en dehors par une petite lampe électrique introduite dans la bouche et allumée ensuite, celle-ci étant fermée et le malade placé dans une chambre obscure, le diagnostic devient absolument certain (<sup>1</sup>). Pour que ce signe soit net et probant, il faut que la paupière inférieure du côté sain apparaisse vivement éclairée, sous forme d'un croissant rouge feu, tandis que, de l'autre côté, la paupière correspondante reste obscure. C'est donc sous l'œil qu'il faut rechercher les différences d'éclairage et non au niveau des pommettes ; car celles-ci peuvent paraître presque aussi claires l'une que l'autre,

(<sup>1</sup>) HERYNG, *Annales des maladies de l'oreille*, 1890. — VOHSEN, *Congrès international de Berlin*, 1890. — RUAULT, *Revue de laryngologie*, 1891, page 409.

alors qu'une paupière seule se montre éclairée. J'ai depuis longtemps déjà appelé l'attention sur la valeur de ce signe dont l'importance a été indiquée par Wohsen. Il n'est même pas douteux pour moi que l'obscurité de la paupière coïncidant avec une translucidité plus ou moins nette des parties de la joue répondant aux deux tiers inférieurs de la cavité de l'antre, soit un signe de suppuration du sinus maxillaire de valeur très supérieure à l'obscurité totale de la joue et de la paupière, égale de haut en bas. Celle-ci peut dépendre d'une asymétrie des maxillaires ou de leurs cavités, ou de l'épaisseur insolite de la paroi inférieure de l'os, et se rencontrer en l'absence de tout signe de probabilité d'une affection du sinus; on l'observe souvent d'un seul ou des deux côtés, chez les adultes et surtout chez les vieillards, et l'on ne doit pas en tenir grand compte.

Le diagnostic des suppurations des cellules ethmoïdales antérieures et de celles des sinus frontaux est beaucoup plus délicat; mais la difficulté consiste surtout à les différencier de celles de l'autre d'Highmore, et non à les distinguer d'un ozène. Nous ne nous arrêtons pas ici sur ce sujet, dont l'étude est à peine ébauchée. D'ailleurs, en pareil cas, le pus s'écoule également par le méat moyen, et la présence de ce liquide, en quantité variable dans le sinus maxillaire, est à peu près constante.

Quant aux suppurations des sinus sphénoïdaux et des cellules ethmoïdales postérieures, ce sont des faits avec lesquels on n'a que rarement à compter. La rhinoscopie postérieure permet parfois de voir une nappe de pus, unilatérale, partant des régions supérieures des fosses nasales et recouvrant les trois cornets, ainsi que j'en ai rapporté un exemple (1). Les malades se plaignent de céphalalgie, de sensations vertigineuses, d'un goût fétide dans la bouche; mais il est rare que l'odeur soit marquée; et le pus, s'il est souvent mouché par le malade, est chassé de leur orifice postérieur et séjourne rarement dans les régions visibles à l'aide du spéculum.

D'ailleurs, toutes ces lésions des sinus sont très rares chez les jeunes sujets; et c'est presque uniquement chez des enfants ou tout au plus des adolescents lymphatiques que s'observe la forme d'ozène que j'ai signalée comme susceptible d'être confondue avec elles. On devra encore, surtout en cas d'accidents unilatéraux, penser chez les enfants aux corps étrangers, et aux rhinolithes chez les adultes.

Dans tous les cas, on devra se rendre un compte exact de toutes les régions accessibles à la vue, et pour cela procéder à un lavage prolongé, à un nettoyage complet des fosses nasales, avant de terminer l'examen. Il est indispensable de s'assurer que la syphilis n'est pas en cause, qu'il n'existe pas de séquestres encore adhérents, ou, ce qui pourrait être méconnu plus facilement, libres dans les cavités nasales. On doit toujours s'enquérir de la possibilité d'une syphilis acquise, et penser à la syphilis héréditaire; non seulement à la forme précoce, mais encore à la forme tardive, dont les ostéites nécrosiques intra-nasales sont une des manifestations les plus fréquentes. J'ai observé plusieurs cas de ce genre, et, parmi eux, deux se rapportant à des jeunes filles chez lesquelles on pouvait constater, en même temps que l'atrophie généralisée de la muqueuse nasale, l'état rudimentaire des cornets inférieurs, et la rétention de sécrétions concrètes extrêmement fétides, la coexistence de polypes muqueux typiques

(1) Sur un cas d'empyème du sinus sphénoïdal; *Archives de laryngologie*, 1890.

pédiculés naissant, au-dessus du cornet moyen, des régions supérieures de l'ethmoïde évidemment malade. Des faits identiques ont d'ailleurs été signalés par divers auteurs, Zuckerkandl entre autres.

Je n'insiste pas ici sur le diagnostic du rhinosclérome, qu'il est tout à fait exceptionnel d'observer en France; ni sur la tuberculose nasale, ou la morve, qui ne ressemblent en rien à l'ozène. Mais je signalerai la possibilité de la confusion de l'ozène avec la lèpre, si la nature des lésions cutanées et autres de cette dernière maladie venait à échapper à l'examen. La rhinite lépreuse détermine en effet, à un moment donné, une atrophie généralisée de la pituitaire et des cornets, avec accumulation de croûtes identiques à celles de l'ozène. J'ai signalé un fait de ce genre en 1888 (1). M. Wagnier (2) en a publié un second l'année suivante, et d'autres auteurs ont fait aussi des constatations analogues. Toutefois il y a lieu de remarquer que, dans la rhinite atrophique lépreuse, la fétidité est peu marquée d'ordinaire et peut même faire défaut.

**Traitement.** — La multiplicité des traitements préconisés contre la rhinite atrophique fétide (3) est la meilleure preuve à invoquer à l'appui de l'extrême ténacité de la maladie et de sa résistance à tous les moyens thérapeutiques qu'on lui a jusqu'ici opposés. Je ne crois pas cependant qu'il soit exact de dire que l'ozène est incurable. L'observation clinique montre que, même sans traitement, il s'arrête parfois dans son évolution; et cela, quel qu'ait été son mode de début, l'âge où le malade a été atteint, et le temps pendant lequel il a suivi une marche progressive ou stationnaire. Je n'entends pas parler ici des cas, assez nombreux comme je l'ai dit plus haut, où l'odeur seule disparaît spontanément ou du moins diminue dans des proportions équivalant presque à sa disparition; alors que la diminution des sécrétions est moins évidente, et que les croûtes continuent à se former et à adhérer aux parois atrophiées. Je parle de ceux où non seulement l'odeur cesse mais où, de plus, les sécrétions se modifient favorablement, reprennent plus ou moins complètement leur fluidité et cessent de se concréter en forme de croûtes adhérentes, en même temps que la muqueuse perd sa sécheresse et son aspect pâle et ridé, redevient rosée et humide, et semble se vasculariser plus ou moins notablement. Elle conserve évidemment ses altérations de structure définitives, elle reste fibreuse et amincie; mais les glandes qui n'étaient que malades semblent reprendre leurs fonctions, et il paraît vraisemblable que les lésions de l'épithélium et l'infiltration cellulaire de la couche superficielle se modifient favorablement. Ces faits de guérison, relative si l'on veut, mais équivalant à la guérison absolue pour le malade, sont indéniables; plus fréquents chez les jeunes sujets, ils se voient cependant chez les adultes, et je ne pense pas qu'aucun spécialiste ayant une pratique quelque peu longue et étendue, n'ait eu l'occasion d'en observer quelques-uns, s'il y a prêté une attention suffisamment soutenue. Si ces phénomènes peuvent survenir spontanément, il n'y a aucune raison pour admettre qu'un traitement convenable et suffisamment prolongé ne puisse faciliter l'apparition des processus de ce genre et ne soit capable, sinon de guérir la maladie, du moins de l'aider à guérir dans les cas favorables.

(1) Examen du larynx et du nez d'un lépreux; *Archives de laryngologie*, 1888.

(2) WAGNIER, *Annales de dermatologie*, 1889.

(3) Consultez le travail de M. LACOURRET, *Thèse de Bordeaux*, 1888. Voyez aussi : RUAULT, *Archives de laryngologie*, 1887, 1888 et 1889; et DEUMIER, thèse citée.

En tout cas, si la probabilité d'une guérison radicale est dans la très grande majorité des cas extrêmement faible, et n'est accrue que dans de bien petites proportions par l'intervention thérapeutique, celle-ci parvient cependant à palier et à diminuer considérablement, sinon à faire disparaître, le symptôme capital de la maladie : la fétidité. Or, au point de vue des rapports sociaux et de la carrière du malade, c'est là un résultat énorme, et qu'il faut poursuivre avec persévérance, sans jamais se laisser aller au découragement.

Le plus sûr moyen d'y parvenir est de soumettre le malade aux irrigations nasales antiseptiques répétées, qu'il fait matin et soir au moins, et trois ou quatre fois par jour s'il le faut, en faisant passer à chaque reprise, dans les fosses nasales, à l'aide d'un siphon de Weber ou d'une seringue anglaise, trois quarts de litre ou un litre d'une solution tiède. Le liquide de choix, à mon avis, est l'eau boricuée saturée, additionnée de 10 à 25 centigrammes de naphthol par litre. Si l'irrigation est bien faite, elle amène l'expulsion des sécrétions accumulées dans le nez, et le résultat de son action désinfectante est de suspendre pendant un temps variable la réapparition de la mauvaise odeur. Mais les irrigations, même répétées, ne suffisent pas à amener une amélioration réelle, c'est-à-dire à diminuer la sécrétion et sa tendance à se dessécher, à la modifier en lui faisant perdre plus ou moins notablement sa mauvaise odeur, à donner à la muqueuse malade un meilleur aspect. Pour parvenir à ce résultat, il faut faire suivre les lavages, aussitôt que le nez est débarrassé des dernières gouttes du liquide employé et est redevenu sec, d'applications médicamenteuses appropriées. J'ai, depuis plusieurs années déjà, insisté sur les avantages des applications des corps gras imputrescibles et inoxydables (vaseline et pétroléine) sur la muqueuse nasale des ozéneux. Ces applications empêchent le dessèchement de la muqueuse et de ses sécrétions, et modifient très favorablement l'une et les autres. Je conseille donc, dans l'intervalle des lavages (qu'on doit surtout considérer comme un moyen de nettoyage mécanique), de faire dans les fosses nasales des pulvérisations d'huile de vaseline<sup>(1)</sup>, répétées le plus souvent possible; et, une fois par jour ou tous les deux ou trois jours suivant les cas, de faire faire dans la journée ou le matin un badigeonnage de la muqueuse nasale avec un pinceau plat spécial ou avec un porte-ouate garni, largement imbibé de naphthol sulfuriciné à 10 pour 100, employé pur.

Grâce à ces moyens, s'ils sont régulièrement et convenablement mis en œuvre, on obtient dans un nombre important de cas des résultats très satisfaisants. Mais pour qu'ils aient chance d'être durables, il faut continuer le traitement pendant deux ans au moins, parfois trois et même quatre années. A cette condition seulement on peut espérer des améliorations lentement progressives, et des guérisons relatives, capables de se maintenir malgré l'abandon graduel des pansements et des lavages. Encore ces cas constituent-ils une très grande minorité; il est presque toujours nécessaire que le malade continue, pendant très longtemps, à soumettre son nez à une toilette matinale presque journalière.

(1) Je me suis bien trouvé de l'addition, à l'huile de vaseline pure, d'une faible proportion d'essence de géranium (huile de vaseline, 50 grammes; essence de géranium rosat, VI à X gouttes). Les pulvérisations sont faites avec un petit pulvérisateur Richardson à boule de caoutchouc, de forme spéciale, dont M. Galante a construit sur mes indications un modèle tout à fait convenable.

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES DU LARYNX

#### CHAPITRE PREMIER

#### TROUBLES CIRCULATOIRES

##### I

##### ANÉMIE

L'anémie du larynx coïncide le plus souvent avec celles du pharynx et de la cavité buccale. On l'observe chez des sujets anémiés, soit par des hémorragies répétées, soit par une maladie aiguë antécédente, etc.; ainsi que chez les chlorotiques et les leucémiques. Le mal de Bright, et les diverses autres maladies chroniques cachectisantes (telles que le cancer, la tuberculose, le paludisme, etc.) comptent aussi parmi ses causes les plus fréquentes. De toutes celles-ci, c'est peut-être la tuberculose pulmonaire qu'on a le plus souvent l'occasion d'incriminer.

A l'examen laryngoscopique, on constate que l'épiglotte, les ligaments ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et la région aryténoïdienne ont perdu leurs couleurs rosées et sont uniformément pâles. Parfois leur teinte tranche à peine sur celle des cordes vocales par un aspect un peu plus jaunâtre. Souvent cette pâleur se constate aussi sur les parois sous-glottiques du larynx. En même temps, la muqueuse laryngée paraît plus mince qu'à l'état normal (Mandl), et les cordes vocales ont parfois un aspect transparent particulier (Schrötter). La muqueuse anémiée est quelquefois, particulièrement au niveau de l'épiglotte, striée d'arborisations vasculaires. Lorsque l'anémie est secondaire et symptomatique d'une anémie générale chez un individu antérieurement sujet aux hyperémies laryngées ou présentant des traces de catarrhe chronique, ces striations vasculaires sont souvent plus nombreuses, et la muqueuse pâle est terne et dépolie.

Les symptômes sont nuls ou légers. Dans certains cas, la motilité des muscles phonateurs est amoindrie, et la voix est faible ou voilée. Les troubles de la sensibilité (picotements, sensations d'irritation mal définies, douleurs légères même, etc.) ne sont pas rares.

Le diagnostic laryngoscopique n'offre aucune difficulté. Il suffit d'un peu d'attention pour ne pas confondre l'anémie des bandes ventriculaires, lorsqu'elle semble plus marquée d'un côté ou en avant, avec des érosions ou des ulcérations; ou bien encore pour ne pas prendre la trace blanchâtre d'une ancienne ulcération cicatrisée pour une anémie circonscrite simple.