

De l'ozène catarrhal / par F. Borel.

Contributors

Borel, F.
Doran, Alban H. G. 1849-1927
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Geneva] : [publisher not identified], [1882]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/pgmnchwg>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



De l'ozène catarrhal¹,

Par le D^r F. BOREL,

Chirurgien de l'hôpital de la Providence à Neuchâtel.

Messieurs, la jeune fille que je vous présente aujourd'hui, est atteinte d'une affection dont il est trop rarement question dans les cliniques et qui se présente cependant très souvent dans la pratique; je veux parler de ce mal repoussant connu sous le nom de punaisie ou d'ozène.

Sous la dénomination collective d'*ozène*, on a toujours confondu plusieurs affections du nez accompagnées de mauvaise odeur. Si vous présentiez cette malade à un grand nombre de médecins qui se sont occupés de la question et que vous leur demandiez de quoi elle est affectée, comment son mal s'est développé et ce qu'il y aurait à faire pour la guérir, vous entendriez les opinions les plus diverses; cela ne veut pas dire que toutes ces opinions ne soient justes et fondées sur des observations exactes. Ainsi Zaufal peut avoir raison en disant que l'ozène provient d'un développement trop petit des cornets nasaux et que par conséquent la cavité nasale est trop grande, ce qui entraîne, par la respiration, un dessèchement de la sécrétion muqueuse. Un autre peut être dans le vrai s'il prétend que tout ozène est, de nature, scrofuleux. Cependant il y a une forme particulière d'ozène qui ne dénote ni une forme défectueuse de l'intérieur du nez, ni une origine scrofuleuse ou autre, et je crois que ce sont là les cas de beaucoup les plus fréquents. Ceux d'entre vous, Messieurs, qui m'ont fait le plaisir de suivre les visites de l'hôpital pendant leurs vacances précédentes, se souviendront d'avoir vu plusieurs cas semblables à celui-ci.

La jeune fille, A. R., âgée de 19 ans, était en service à Paris lorsque son mal débuta; elle perdit sa place à cause de l'odeur horrible qu'elle exhalait par le nez; ni les douches, ni les cautérisations au nitrate d'argent, ni le régime tonique ou antiscrofuleux n'eurent d'effet. La pauvre jeune fille se vit obligée de chercher un soulagement dans notre hôpital.

Sous tous les rapports, son aspect général correspond à l'âge

¹ Leçons données à l'Hôpital de la Providence à quelques étudiants en médecine pendant leurs vacances.

qu'elle indique. L'examen physique de ses poumons, ainsi que l'anamnèse, excluent tout soupçon d'affection organique du système lymphatique; en un mot, nous pouvons exclure la tuberculose, la scrofulose et la syphilis. La malade, du reste, ne se plaint que de l'odeur horrible de son nez, dont elle ne se rend que très imparfaitement compte elle-même; c'est son entourage surtout qui en souffre; elle n'a jamais de fièvre.

Au toucher, le nez n'est pas sensible malgré son léger gonflement et la rougeur qui borde les narines; mais, si, au moyen d'un réflecteur et du spéculum, vous en regardez l'intérieur, vous voyez que les deux cavités sont remplies d'amas informes et infects que la malade expulse de temps en temps en se mouchant. L'examen microscopique de ces produits, comme vous pouvez vous en convaincre par la préparation que je vous sou mets, démontre qu'ils sont composés de cellules épithéliales dégénérées, de corpuscules de pus, de quelques corpuscules muqueux, de détritits et, naturellement, des obligés micrococci.

Éloignons ces amas du nez, ce qui, comme vous le voyez ici, est très facile au moyen d'une pince à pansements, et nous trouverons toute la muqueuse nasale colorée en rouge vif, légèrement sèche, parsemée d'un grand nombre de petits points jaunâtres qui vous rappellent les ulcères folliculaires d'autres régions du corps. En faisant tomber la lumière réfléchie le long du septum, vous voyez des arborescences bleuâtres, qui vous indiquent une dilatation vasculaire considérable; aussi le moindre attouchement de la muqueuse produit-il une hémorragie relativement abondante. La sonde cannelée, dont je me sers comme de stylet, ne rencontre nulle part rien d'anormal, si ce n'est cependant lorsqu'elle est poussée directement en haut, où elle révèle quelques rugosités semblables à celles que l'on perçoit en sondant en séquestre.

Si maintenant, nous lavons l'intérieur du nez d'une narine à l'autre avec de l'eau simple, sans aucun agent désinfectant, mais en ayant soin de tenir l'irrigateur très haut pour donner beaucoup de force au jet de manière à entraîner tous ces amas putrides, nous parviendrons aisément à faire disparaître toute odeur jusqu'à la visite de demain ou, au plus tard jusqu'à celle d'après-demain, mais en examinant alors notre malade, nous retrouverons tous les symptômes que nous avons aujourd'hui sous les yeux.

Quelquefois à ces derniers viennent s'en ajouter d'autres qui font défaut dans ce cas particulier, mais que vous vous souvenez d'avoir observés chez la malade qui a été opérée il y a quelques mois : je veux parler d'une douleur sourde, continuelle, ayant son siège entre les deux yeux, s'irradiant un peu aux arcs sourciliers et qui s'exaspère par la pression ou lorsque les malades se baissent pour coudre, écrire ou ramasser un objet à terre.

J'ai observé une fois du nystagmus d'un côté, qui, chose particulière, ne se produisait que du coucher du soleil au lendemain matin pour disparaître pendant le jour. Il n'est pas rare de trouver de la conjonctivite, du larmolement, mais qui disparaissent lorsque l'affection du nez est guérie.

Enfin, je dois mentionner comme symptôme de l'ozène, une psychose de caractère mélancolique avec légère stupeur sans hypochondrie et qui peut aller jusqu'au suicide; j'ai observé trois cas de ce genre dans lesquels les malades ont été parfaitement débarrassés de cette affection avec la guérison de l'ozène. Ce qui m'a particulièrement frappé dans cette forme de mélancolie, c'est que les malades ne faisaient absolument pas allusion à l'affection du nez, mais ils étaient tous atteints de forte céphalalgie¹.

L'*étiologie* de cette repoussante affection est, comme celle de tant d'autres, presque tout à fait inconnue; seulement, je crois que dans le plus grand nombre de cas et surtout dans ceux où il faut exclure les dispositions dyscrasiques, telles que syphilis, tuberculose et autres, nous pouvons l'attribuer tout simplement à une déplétion incomplète des cavités nasales de la part du malade.

Il n'est pas nécessaire qu'un catarrhe aigu du nez ait lieu pour servir de point de départ au mal qui nous occupe, dans ce cas, l'écoulement est si abondant que la déplétion se fait presque automatiquement; je connais des cas où certainement le coryza a été la cause première, mais le plus souvent c'est à une disposition particulière de la muqueuse, dont les vaisseaux sont trop développés et dont l'appareil glandulaire fonctionne plus qu'il n'est nécessaire pour une simple lubrification, qu'il faut attribuer les premières causes de l'ozène. S'il reste du mucus dans le nez, il subira nécessairement d'autres métamorphoses que par exemple dans le mouchoir; ainsi il ne séchera pas aussi vite,

¹ Voir *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aertzte*, 1880, n° 3.

la chaleur naturelle de la cavité, jointe aux produits de décomposition contenus dans l'air et que la respiration fait continuellement passer par le nez, sont des causes de décomposition rapide. Si le dessèchement des mucosités a lieu sur les bords des narines, les soins de propreté du malade éloigneront bien vite les croûtes, mais, si au contraire, celles-ci se sont formées là où il ne peut plus les atteindre, elles s'agrandiront par superposition de nouveaux produits de sécrétion et finiront par agir comme un corps étranger infectant.

Comme première conséquence de la présence de ce corps étranger, il faut noter la mortification des cellules épithéliales avec lesquelles il est en contact. La muqueuse dénudée subit en cet endroit une fluxion; il y a hyperémie et, si l'eschare n'est pas alors de suite enlevée, il s'en suivra une transsudation de corpuscules blancs; la suppuration s'établit comme pour l'expulsion d'un séquestre et de fait aussi l'expulsion a lieu; un jour le malade mouche un corps volumineux, souvent assez dur, qu'il apporte soigneusement conservé dans une boîte, pour le faire voir à son médecin, ne cachant pas son étonnement d'avoir eu ça dans le nez.

Une fois le corps étranger éloigné, la guérison de la plaie nasale se ferait rapidement, mais précisément la présence de ces eschares a été cause d'une sécrétion plus abondante et, partant, de la formation de nouvelles eschares, de sorte que, pendant que l'une est expulsée, d'autres s'accroissent.

Le septum reste plus longtemps indemne à cause de sa position verticale et de sa surface lisse peu favorable à la stagnation du mucus; par contre sa muqueuse participe de bonne heure au processus inflammatoire du voisinage; elle s'injecte, se desquame, mais les ulcères qui s'y forment conservent longtemps la forme folliculaire. C'est donc aux parois latérales du nez dans les cornets — comme vous le voyez sur notre malade — que le processus a surtout lieu. Si le septum reste longtemps indemne, il présente cependant plus rapidement des caractères de mortification; les troubles circulatoires dans le voisinage du cartilage médian sont rapidement suivis de chondrite et de perte de substance, et une ouverture, le plus généralement circulaire, fait communiquer les deux cavités nasales; il est rare que la chondrite se propage jusqu'à la pointe et aux ailes du nez; cela peut cependant arriver.

Le même processus de nécrotisation s'établit plus tard dans

les cornets et le labyrinthe. En dernier lieu, mais à une époque plus avancée, la nécrose gagne l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, ainsi que les os nasaux frontal, sphénoïde; l'inflammation s'étend aux méninges et entraîne la mort par méningite, ou bien une thrombose des veines faciales peut se propager par l'orbite dans l'intérieur du crâne; la mort survient dans ce cas longtemps avant la destruction totale du nez.

Heureusement les choses ne se présentent pas toujours sous un aspect aussi triste; souvent même, l'ozène, après avoir duré deux, trois, quatre ans et plus, se termine favorablement sans aucune intervention médicale; cela arrive lorsque le travail de nécrotisation s'arrête de lui-même sans cause apparente. Dans ce dernier cas, l'intérieur du nez ne présente plus qu'un tissu cicatriciel dépourvu de toute sécrétion; il va sans dire que les fonctions du nerf olfactif sont à jamais détruites.

Enfin, il existe des cas, mais ce sont les plus rares, dans lesquels l'ozène se maintient à un certain degré sans tendance à la guérison ou au développement ultérieur.

L'ozène se montre surtout chez des jeunes filles; il est plus rare chez les jeunes gens; enfin, il paraît disparaître complètement chez les adultes. Je crois avoir remarqué qu'il débute plutôt à gauche qu'à droite.

Nous avons dit au début, Messieurs, que nombre d'affections du nez avec de la mauvaise odeur avaient été dénommées ozène, sans tenir compte des diverses formes morbides accompagnées de ce symptôme. D'après ce que nous venons de dire sur la pathogénie du cas que nous avons devant nous, nous pouvons différencier cette forme et l'appeler *ozène catarrhal* parce que tout le processus repose sur une sécrétion trop abondante de la muqueuse nasale; du reste, cette dénomination a encore son bien-fondé dans un ensemble nosologique qui ne permet pas de confondre cette affection avec celles qui n'envahissent d'habitude le nez que dans leurs phases les plus ultimes.

Au début de l'ozène catarrhal, la formation d'eschares est le symptôme le plus saillant; dans aucune autre maladie, les eschares ne précèdent la formation d'ulcères, mais leur sont consécutives. Dans la *syphilis*, l'ostéite se montre d'emblée aussi bien aux os propres du nez qu'au septum ou à l'apophyse palatine; la perforation du septum se fait indifféremment à la partie osseuse ou cartilagineuse et il peut y avoir une mortification très étendue avant que la mauvaise odeur se fasse sentir; l'en-

sellement du nez, chose si rare dans l'ozène catarrhal, est presque une règle dans la syphilis; il se produit même avant toute autre manifestation morbide, avant la punaisie et les eschares.

La tendance à la cicatrisation des ulcères existant pendant que d'autres se forment, est une manifestation propre à la syphilis et à la *tuberculose locale (lupus)*; dans ces deux affections, les ulcères prennent de bonne heure le caractère serpigneux, tandis qu'ils ne le présentent jamais dans l'ozène catarrhal. Il est fort rare que le lupus débute par l'intérieur du nez, c'est la peau qu'il attaque d'abord de préférence et de là, il passe dans la cavité, tandis que dans notre cas, l'affection débute toujours par la muqueuse et ce n'est que dans les dernières périodes que l'ozène catarrhal envahit les téguments.

Pour faciliter le diagnostic différentiel, vous prendrez, Messieurs, encore en considération la prédisposition héréditaire. Je n'ai jamais remarqué de connexion entre l'hérédité et l'ozène catarrhal.

Nous ne parlerons pas du *carcinome du nez*, la confusion est impossible; elle pourrait être plus facile dans les cas de *morve chronique*, mais la morve chronique est si rare chez l'homme qu'il ne faudrait y penser qu'à bout d'arguments.

Il arrive quelquefois que des *corps étrangers des fosses nasales*, où ils ont été oubliés, produisent identiquement les mêmes symptômes que ceux de la maladie qui nous occupe; c'est, à mon avis, la seule erreur de diagnostic possible; du reste, comme vous le verrez tout à l'heure, cela n'aurait pas une grande importance pour le traitement.

La *thérapeutique* de l'ozène catarrhal est, à mon avis, fort simple, il faut opérer le plus tôt et le plus radicalement possible. Croyez-moi, Messieurs, tous les moyens que vous emploierez resteront sans effet, parce qu'ils sont tous impuissants à changer l'état de la muqueuse nasale; même les astringents les plus puissants restent sans effet; il n'y aurait que le meilleur que nous connaissons, le fer rouge, qui pourrait être utile, mais comment introduire le fer rouge dans les circonvolutions des cornets?

L'opération consiste à enlever cette muqueuse trop vascularisée et à la remplacer par un tissu cicatriciel qui ne produira aucune sécrétion. Il a été proposé bien des méthodes pour atteindre ce but. J'en ai essayé plusieurs, mais qui ne m'ont guère satisfait. N'oubliez pas, Messieurs, que nous avons dit que

l'ozène catarrhal se présentait surtout chez des jeunes filles, c'est-à-dire chez des personnes chez lesquelles il faut éviter avec soin des cicatrices et des déformations de la face; c'est un devoir que le médecin ne doit jamais perdre de vue que celui de préserver ses malades de tout ce qui pourrait contribuer à les rendre tristes ou à leur faire supposer qu'ils sont un objet de dégoût pour les autres. Ainsi nous rejetterons d'emblée, à moins d'indication majeure, toute opération d'ozène qui se ferait en ouvrant le nez depuis l'extérieur.

Le D^r Rouge, de Lausanne, a indiqué une méthode qui consiste à ouvrir le nez dans la commissure labio-gencivale et à opérer par là l'ozène. Cette méthode est excessivement sanglante et ne me paraît pas avoir les avantages que lui attribue M. Rouge. Je l'ai essayée sur le cadavre et sur le vivant et je n'ai pas trouvé qu'elle facilitât d'une façon appréciable le curage des cavités nasales; de plus elle expose à des rétractions cicatricielles qu'il faudrait pouvoir éviter.

Les ozènes que j'ai traités ces derniers temps, je les ai toujours opérés avec un succès complet en laissant les tégu-ments tout à fait intacts, et c'est ce que nous allons faire chez cette jeune fille. Si vous voulez bien, Messieurs, me suivre à la salle d'opération, nous allons procéder de suite à la chose.

Comme vous le voyez ici, la malade profondément chloroformée, est couchée dans la position de Rose, c'est-à-dire la tête repliée en arrière, à angle droit avec le dos, le corps étant étendu à plat sur la table d'opération que nous avons inclinée légèrement en bas du côté de la tête. Si vous êtes seul, que vous n'ayez pas de très bons assistants, je vous conseille de ne pas chloroformer vos malades aussi profondément que je le fais, à cause du sang qui, malgré la position, peut toujours couler dans l'intérieur de la trachée et que le malade ne pourrait pas expectorer; mais, avec ces petites éponges tenues dans des porte-éponges, nous pouvons aujourd'hui étancher la cavité du pharynx pendant toute la durée de l'opération.

Avec cette rugine mince, mais longue que je n'ai point fait faire exprès et dont vous trouverez des reproductions chez tous les fabricants d'instruments, je pénètre dans les narines et j'enlève tout ce qui offre de la résistance à la rugine. Sentez vous-mêmes, Messieurs, vous verrez qu'il n'est nullement difficile de distinguer les parties malades qui sont molles et rugueuses des

parties saines sur lesquelles l'instrument glisse presque comme sur du marbre.

L'hémorragie, comme vous le voyez, est décidément très abondante ; pour quiconque n'en a pas l'habitude, elle prend même un caractère inquiétant, mais il ne peut pas vous effrayer : nous allons pincer les narines de notre malade, et au bout de deux ou trois minutes, nous trouvons les cavités remplies de caillots que nous pouvons éloigner avec les pinces à pansement. Ceci fait, il nous reste encore à ruginer la muqueuse du septum, ce qui est assez facile en pressant le bord de la curette contre elle et en l'attirant vivement vers soi.

Nous devons maintenant passer à un second temps de l'opération, c'est celui de la cautérisation de tout ce qui vient d'être ruginé. Vous voyez ici cette petite boule de thermocautère placée sur un long col et que j'ai fait construire dans ce but. La cautérisation semblerait superflue après ce qui vient d'avoir lieu ; cependant je la fais pour mortifier encore quelques parties qui auraient pu échapper à la rugine. Il ne faut pas craindre d'aller très profond avec le fer rouge, de toucher, par exemple, l'ethmoïde, pourvu que cela se passe excessivement vite, de manière que le thermocautère n'ait pas le temps de perforer la lame criblée de part en part.

Nous allons réveiller notre malade, irriguer à fond le nez et mettre quelques tampons d'huile phéniquée dans son intérieur. Quelques compresses froides adoucissent beaucoup la cuisson consécutive à l'opération.

Demain et les quelques jours suivants, vous serez désagréablement surpris en voyant la tuméfaction de la partie opérée, mais ayez patience encore une huitaine, et vous verrez qu'on ne remarquera absolument rien de désagréable à l'aspect de notre malade. Dans une quinzaine de jours, si tout va comme dans les cas précédents, A. R. quittera le service radicalement guérie et sans conserver de traces apparentes de sa maladie.

Le côté défectueux de mon opération, si elle a été bien faite, c'est que généralement elle fait disparaître l'odorat pour toujours ; de plus, en elle-même, elle n'a absolument rien d'esthétique ; il serait difficile, en la faisant, d'opérer pour la galerie.

