

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

RHINOSCLÉROME (1)

Tel est le nom que Hebra et moi avons donné à une affection que nous avons décrite pour la première fois en 1870, et qui, depuis, a été souvent observée tant par nous que par d'autres auteurs ; en raison de sa tendance destructive, cette affection présente une grande importance pratique.

Comme le nom l'indique, l'affection atteint d'ordinaire le nez et les parties voisines, ainsi que la muqueuse attenante ; elle se présente sous

(1) Bien qu'elle ait encore généralement cours aujourd'hui, la dénomination de *Rhinosclérome* ne saurait être acceptée comme définitive par cette raison que nous avons produite — notes de la 1^{re} édit., 1881, T. II, p. 231, note 2 — que le « sclérome » n'étant pas exclusif à la région du nez, il était inadmissible de dire *rhinosclérome* du *pharynx*, de la *bouche*, du *larynx*, de la *trachée*, de l'*oreille*, etc., etc. Une dénomination nouvelle devra être créée aussitôt qu'un élément caractéristique histologiquement aura été unanimement adopté : par exemple, *gléosclérome* — *glée* bacillaire — si on ne trouve rien de mieux.

La bibliographie à peu près complète du rhinosclérome depuis son origine en 1870-1872 — J. HEBRA, Ueber ein eigenthüm. Neugebilde an der Nase. — Rhinosklerom, *Wien. med. Wochens.*, 1870, n° 1 et KAPOSI, *Virchow's spez. Pathol. u. Therap.*, 1872, III, 2, p. 288 — jusqu'à l'année 1889, incomplètement, est exposée dans le mémoire important de VITTORIO MIBELLI — Beitrage zur Histologie des Rhinoskleroms, Aus D^r UNNA dermatologischem Laborat. in Hamburg, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*; Band : 1889, n° 12.

On consultera, à sa suite, GIOVANNI MELLE, I bacilli di Rinoscleroma, relazione del prof. L. ARMAMNI alla R. Acad. med. chir. di Napoli, 1888. RYDIGIER, Ueb. Rhinoskl. Beitr. z. *Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 29 ; LAQUER, Ein fall v. Rhinoskl., *eod. loc.*, n° 28 ; WOLKOWITSCH, Das Rhinoskl., *Arch. f. klin. Chir. v. Langenbeck*, 1886, t. XXXVIII, n° 2 ; A. W. FINCH NOYES, Rhinoskl., *The brit. med. Journ. of dermat.*, 1890, vol. II, p. 106 (tous ces derniers travaux analysés dans les *Ann. de dermat.*, 3^e série, t. I, 1890) ; HALLOPEAU, *Traité de pathol. gén.*, 3^e édit., Paris, 1890 ; PALTAUF, Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, Janvier 1890 ; *Semaine médicale*, 1890, p. 31 ; A. LUTZ (du Brésil), Zur Kasuistik des Rhinoskleroms, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XI, 1890, p. 49 ; A. PAWLOWSKY, Kieff, Zur Lehre ü. d. Etiol. u. Pathol. d. Rhinoskl. m. besond. Berücksichtig. u. d. Phagocytose, u. d. Hyalinbildung, *Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.*, T. I, p. 601, 1890.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

forme de plaques, de bourrelets, de nodosités de la peau et de la muqueuse et surtout de la cloison des ailes du nez, ainsi que de la partie avoisinante de la lèvre supérieure (1). Ces productions sont planes ou forment un léger relief, nettement limitées, isolées ou confluentes, douloureuses à la pression, très dures, élastiques ; on peut avec le doigt glisser sous le bord libre des plaques, et les détacher en quelque sorte des parties sous-jacentes ; elles sont complètement infiltrées dans la peau, et ne peuvent par conséquent être déplacées qu'avec elle.

Leur surface présente la coloration normale de la peau, ou bien une couleur variant du rouge clair au rouge gris foncé ; elle est luisante, parcourue par quelques vaisseaux ; on n'y rencontre ni poil, ni follicule ; elle est recouverte, comme une chéloïde ou une cicatrice hypertrophique, d'une couche épidermique lisse ou finement rugueuse, fissurée par places. La peau avoisinante n'est le siège d'aucune manifestation anormale, telles que : inflammation, gonflement, œdème, etc.

L'affection débute d'ordinaire par une aile du nez ou par la cloison nasale. Il se manifeste tout d'abord, et sans aucun symptôme inflammatoire, un épaissement et une induration de la cloison, ou bien d'une ou des deux ailes du nez. Après quelques mois, les ailes du nez semblent élargies, de sorte que le contour de l'organe paraît aplati comme un nez camus. Au toucher, le nez semble moulé dans du plâtre, tellement il est roide et immobile ; et on n'arrive pas à en rapprocher les parois en les pressant entre les doigts. Par les progrès de cet épaissement, les parois se rapprochent, rétrécissent l'orifice des narines, et arrivent même à l'obstruer complètement. Pendant ce temps, l'induration gagne la lèvre supérieure ou le pourtour de l'ouverture buccale (cas de Billroth) qu'elle rétrécit considérablement ; puis elle gagne les gencives et les alvéoles dentaires, sans toutefois pénétrer jusque dans leur intérieur. Plus fréquemment encore, elle atteint, en arrière, les cornets, obstruant ainsi la cavité nasale et intéressant le voile du palais.

Une fois seulement, nous avons vu, à côté d'un gonflement du tem-

(1) Le nez, l'appareil nasal sont bien le lieu d'élection, le centre essentiel du rhinosclérome ; mais sans aucun caractère exclusif. D'après l'analyse de 85 cas publiés, WOLKOWITSCH, *loc. sup. cit.*, a relevé les chiffres suivants : la fosse nasale était affectée dans 81 cas (95 p. 100) ; le pharynx dans 57 (67 p. 100), le larynx dans 49 (environ 22.5 p. 100), la trachée dans 5 (environ 6 p. 100), la région externe du nez dans 74 (environ 90 p. 100), la lèvre supérieure dans 46 (54 p. 100), le prolongement alvéolaire du maxillaire supérieur dans 16 cas (environ 19 p. 100), le palais dans 27 (20 p. 100), la langue dans 4 (environ 4,7 p. 100), la lèvre inférieure dans 2 (environ 2,4 p. 100), le sac lacrymal dans 5 (environ 6 p. 100), enfin l'oreille dans 1 (environ 1.2 p. 100).

E. B. — A. D.

poral, se former une série de tumeurs dures sur la partie des joues qui recouvre le maxillaire supérieur, de sorte que le dos du nez était comme aplati et enfoncé dans les parties voisines.

Pick a vu une fois, à côté du rhinosclérome du nez une induration analogue de la peau, en forme de bourrelet, des deux côtés du conduit auditif. J'ai observé également une induration de ce genre d'un seul côté à la circonférence inférieure de l'orifice de l'oreille.

Pendant les années que dure cette affection, on n'observe jamais d'ulcération ni aucune autre manifestation indiquant une métamorphose régressive de la néoformation; tout au plus peut-on y trouver des excoriations superficielles, très rarement une diminution de consistance ou une fonte interstitielle (M. Zeissl). Si l'on en excise une partie, on est étonné de voir avec quelle facilité le bistouri pénètre dans une masse aussi rigide; dans ce cas, on n'observe jamais de suppuration, ni de destruction de la portion restante, mais la surface de la plaie se recouvre aussitôt d'une croûte mince et l'épiderme s'y reforme en peu de temps. Par contre, le néoplasme se régénère rapidement aux endroits où on en a enlevé une partie et même à ceux où il a été extirpé en totalité.

La lésion ne gagne que tardivement, d'ordinaire, la muqueuse de la cavité buccale, des gencives, du voile du palais. Les gencives sont épaissies, les dents s'ébranlent et tombent, et les alvéoles s'atrophient. Au contraire, sur le voile du palais, l'arrière-cavité des fosses nasales, les piliers du pharynx, elle peut apparaître de bonne heure, et même être primaire, avec ou sans manifestation sur la partie cutanée du nez.

Les piliers du voile du palais se présentent alors sous forme de brides luisantes, d'apparence cicatricielle, ayant encore au début la coloration des muqueuses, mais qui plus tard prennent un aspect blanchâtre, deviennent rigides, et arrivent à faire disparaître complètement, en se rétractant, le voile du palais, après avoir présenté les déformations bizarres et les adhérences à la paroi postérieure du pharynx, que l'on n'observe le plus souvent que dans la syphilis. A ces lésions s'ajoutent des érosions du voile du palais, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes, mais toujours superficielles, ressemblant tout à fait aux ulcérations syphilitiques, ne déterminant aucune douleur, ne présentant ni inflammation, ni infiltration et ne creusant pas en profondeur.

Je ne saurais dire encore aujourd'hui comment se font les perforations complètes du voile que l'on observe souvent.

Dans quelques cas, nous avons vu la lésion se propager à l'épiglotte, à la muqueuse du larynx, avec immobilisation et renversement de l'épiglotte et sténose glottique; dans un cas, elle s'accompagnait d'aphonie, de suffocations et d'attaques épileptiformes.

D'après une observation faite par Catti et par moi, la muqueuse laryngienne paraît aussi pouvoir devenir le siège primaire ou le seul siège du rhinosclérome, et, d'après O. Chiari, le processus s'étend parfois aussi à la trachée. Ces derniers rapports ont été étudiés à fond par Ganghofner, puis par O. Chiari et Riehl. D'après cela, il me semble également vraisemblable, qu'une partie (non toutes) des processus de sténose de la muqueuse laryngienne connus jusqu'à présent sous des noms différents appartiennent au rhinosclérome (chorditis vocalis inf. Gerhardt; inflammation chronique provoquant de la sténose, etc., Ganghofner, forme qui doit être rapportée à la blennorrhée chronique, Störk).

Quant aux symptômes subjectifs, à part la défiguration du visage, il faut signaler la douleur à la pression, la gêne respiratoire tenant à l'occlusion de la cavité nasale, et les troubles fonctionnels dus au rétrécissement de l'orifice buccal, de l'ouverture laryngée, ainsi que le danger final de l'asphyxie, qui a pu être empêchée chez certains de nos malades par la trachéotomie faite en temps opportun; toutefois cette asphyxie est survenue subitement chez un malade de ma clinique. La maladie, malgré une durée de plusieurs années, n'a aucune influence sur l'état général. L'occlusion du canal nasal donne lieu comme complication à de la dacryocystite.

Quant au diagnostic, il faut dire que le rhinosclérome était toujours autrefois, et est encore aujourd'hui en raison de son siège au nez, confondu avec les gommes syphilitiques. Les lésions de la muqueuse pharyngée et palatine ne peuvent que confirmer l'erreur de diagnostic.

Mais si l'on tient compte de la dureté considérable du tissu, que Hebra a comparée avec raison à celle de l'ivoire, de l'absence complète de ramollissement et d'ulcération, du siège tout particulier et du développement spécial de l'affection, de sa résistance à l'incision et de l'inefficacité des médications antisiphilitiques locales ou générales, on arrivera à se convaincre du caractère tout spécial de l'affection de de ses différences avec la syphilis.

Je comprends plus facilement que l'on puisse confondre certaines formes de rhinosclérome avec une chéloïde, un rhinophyma, un épithéliome nodulaire (infiltré); toutefois, seulement dans le cas de développement limité du rhinosclérome. Une fois que celui-ci prend l'extension que nous avons indiquée plus haut, ses caractères deviennent de plus en plus tranchés (1).

Comme lésion anatomique, j'avais considéré d'abord l'infiltration

(1) Il en est du diagnostic du rhinosclérome comme de celui d'un grand nombre d'autres affections: parfois absolument facile, d'autres

épaisse de petites cellules, dans le chorion et les papilles, comme l'élément essentiel du rhinosclérome (fig. 46) et pensé qu'il fallait le rapprocher du sarcome à petites cellules. Geber et après lui Mikulicz ainsi que les auteurs ultérieurs ont considéré cette même lésion comme la manifestation d'une inflammation chronique, ayant trouvé dans les cas

fois très difficile, et ne pouvant être démontré que par la biopsie, et à l'aide de la caractéristique bacillaire.

Pour le médecin qui en a vu un grand nombre de cas, l'éducation personnelle rend l'erreur très rare, et, pour celui qui n'en a jamais vu, mais qui a présente à l'esprit la description magistrale qui en a été donnée par HEBRA KAPOSI, la difficulté absolue reste très légère. — Nous croyons être — E. B. — le premier observateur qui ait diagnostiqué un cas de rhinosclérome en France et à Paris — 1883 — sur un malade à nous adressé par VERNEUIL, et qui a été examiné histologiquement ensuite par Cornil, pour faire la preuve anatomique — Voy. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1883. — Jamais nous n'avions observé de cas de rhinosclérome lequel, nous allons le dire tout à l'heure, n'existe ni en France ni à Paris, et nous n'avons eu véritablement aucune difficulté à vaincre, tant les caractères étaient typiques.

Le diagnostic différentiel est à établir surtout entre les *syphilomes*, le *lupus vulgaire*, le *carcinome dur*, très exceptionnellement avec des lésions irritatives simples, ou tuberculeuses, etc.

Toutes les fois où il s'agit de lésions *cutanées*, dans les cas où l'affection est étendue, la différenciation s'établit aisément, ne serait-ce que par exclusion des caractères propres aux syphilodermes, aux lupus et à l'épithéliome, que nous n'avons pas besoin de rappeler puisqu'ils sont exposés à propos de chacune de ces affections.

Sur les muqueuses atteintes exclusivement, sans le secours de la caractéristique des lésions cutanées, la difficulté est beaucoup plus grande, et la distinction réclame une discussion éliminatoire. Les bases de ce diagnostic ont été établies avec soin dans ses lignes principales par O. CHIARI et G. RIEHL — *Das Rhinoskl. der Schleimhaut*, *Zeitschr. f. Heilk.* 1855 et *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1886, n° 19. Les voici résumées :

Les infiltrats du rhinosclérome se distinguent au début par leur forme aplatie ou tubéreuse, leur grande dureté et leurs contours nettement limités. La teinte rouge brun pourrait amener une confusion avec la syphilis, mais les infiltrations syphilitiques sont toujours accompagnées de l'inflammation du pourtour, et de la turgescence veloutée des parties atteintes de la muqueuse, symptômes qui font défaut dans le rhinosclérome. La différence est beaucoup plus marquée quand survient la métamorphose régressive. Les infiltrats syphilitiques s'ulcèrent dans leurs parties les plus anciennes, c'est-à-dire dans leurs parties centrales, et il se produit consécutivement des ulcères profonds recouverts d'un dépôt lardacé, à bords nettement limités, et entourés par des masses infiltrées. Dans le rhinosclérome, l'ulcération, quand elle a lieu, est tout à fait superficielle, sans contour nettement limité, et recouverte d'une simple couche de pus. Enfin l'ulcération syphilitique arrive au

avancés une partie des cellules rondes transformées en cellules fusiformes et en tissu connectif qui se rétracte ensuite, tandis qu'une autre partie des cellules rondes se résorbe. Billroth, qui a rencontré, dans une portion rétractée, une véritable néoformation osseuse, est du même avis. Tantarri seul croit devoir rapporter l'état histologique à un épi-

bout de quelques semaines à la cicatrisation, tandis que les nodosités du rhinosclérome peuvent présenter le même aspect pendant des mois. Les cicatrices syphilitiques sont ordinairement accompagnées de pertes de substance profondes, de forme souvent rayonnée et boursoufflée; celle du rhinosclérome sont en général diffuses dans la muqueuse, par suite de la résorption des infiltrats. Ce n'est que dans les formes noueuses, au palais, et sur la face postérieure du voile, qu'il se produit des cordons cicatriciels en forme de réseau, ou rayonnés.

Dans le rhinosclérome, les ganglions lymphatiques ne sont que rarement très tuméfiés comme dans la syphilis. Enfin, les caractères généraux de la syphilis manquent, et le traitement spécifique est sans action.

La ressemblance avec le lupus est encore moins marquée. La tendance du lupus à la formation de petites nodosités, de productions papillaires, la mollesse des infiltrats permettent de le reconnaître à première vue. Les pertes de substance profondes des ulcérations lupéuses ont quelque chose de très caractéristique.

Les bourrelets du larynx, dans le rhinosclérome, se distinguent de ceux de la syphilis, de la tuberculose, du catarrhe aigu par leur teinte grise, leur dureté, et leur peu de résistance à l'ulcération. Cependant ils peuvent se confondre avec ceux qui se produisent à la suite de la péri-chondrite chronique. La trachée peut aussi être affectée par ces maladies comme par le rhinosclérome, et, au point de vue histologique, les deux processus sont identiques, ce qui a conduit Ganghofner à regarder toutes ces formes de sténose du larynx comme une même maladie, qu'il désigne sous le nom de sclérome du larynx, et qui ne donne pas toujours lieu au développement du rhinosclérome externe.

La dureté d'un carcinome pourrait aussi amener une confusion avec le rhinosclérome, mais la tendance du premier à l'ulcération, la participation des glandes, l'extension au périoste, l'absence de cicatrisation, la cachexie rapide offrent des points de repère suffisants pour le diagnostic.

A tous égards, le bacille de Frisch présente, à notre sens, une importance capitale dans l'étude du rhinosclérome; ses rapports avec les pneumo-bactéries de Friedländer sont illusoire; son individualité serait établie par ce seul fait que le rhinosclérome est une maladie localisée à certaines régions, tandis que les pneumo-bactéries sont ubiquitaires. Au point de vue pratique (chose considérable), le diagnostic de la lésion peut, dans les cas douteux, être tranché par le fait de l'existence ou de l'absence du bacille, qui présente à cet égard une valeur comparable à celle du bacille de Hansen et de Neisser dans la lèpre, ou du bacille de Koch dans la tuberculose. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

théliome ou à un adénome, ce qui n'est sans doute pas exact. Nous avons, dans un fragment excisé de la région de la lèvre supérieure, trouvé la transition du tissu sclérosé en cartilage vrai (fig. 47), et enfin O. Chiari

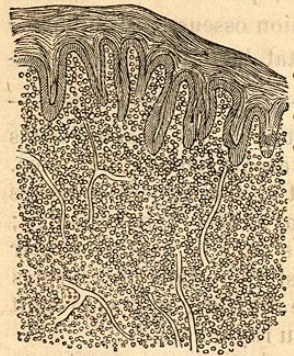


Fig. 46.

Coupe verticale de rhinosclérome (de l'aile gauche du nez) à son début.

a, épiderme; b, réseau muqueux; c, papilles; d, chorion, les deux derniers présentent une infiltration uniforme et épaisse de cellules, et sont parsemés de quelques vaisseaux.

Ceci ne concerne nullement ce que j'ai trouvé comme disposition cartilagineuse (fig. 47) au centre du sclérome de la lèvre supérieure. En tenant compte de tous les rapports ci-dessus indiqués, je préfère cependant considérer le rhinosclérome, qui présente l'aspect clinique et la tendance ordinaire des néoplasmes à se propager et à détruire les tissus voisins, comme une néoformation véritable; et je voudrais à ce titre le comprendre parmi les sarcomes dont il se rapproche tout particulièrement.

Quant aux causes de cette affection extraordinaire, je ne puis dire qu'une chose, c'est qu'elle ne paraît pas être constitutionnelle. Plusieurs de mes collègues, dans une discussion verbale, et Mikulicz dans sa publication, ont émis l'opinion qu'elle pourrait bien être liée à la syphilis, peut-être à la syphilis héréditaire. Je ne connais aucune raison sérieuse pour admettre cette opinion, ni dans le développement, ni dans la marche du processus, ni dans les conditions individuelles des malades qui en sont atteints. Au contraire, le fait, constaté par tous les auteurs, que le rhinosclérome n'est modifié en aucune façon par un traitement antisypilitique local ou général, plaide contre cette opinion.

Par contre, l'hypothèse d'une cause infectieuse pour le rhinosclérome est devenue très vraisemblable. Elle a été suscitée, par la découverte de la présence constante de petits bacilles dans le tissu du rhinosclérome, découverte faite en 1882 par Frisch; les travaux postérieurs de Pelizzari, Barduzzi, Cornil et Alvarez, Köbner, Paltauf et Eiselsberg, avec

lesquels concordent également nos recherches et celles de Lustgarten, ont rendu cette hypothèse fort plausible.

Cornil et Alvarez trouvèrent, par des méthodes déterminées de colo-

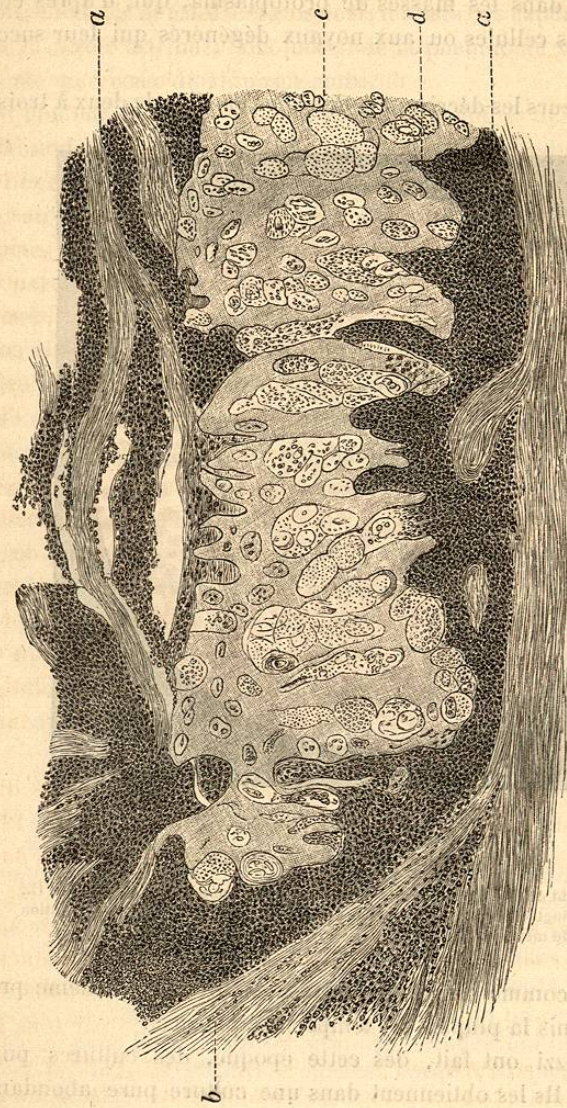


Fig. 47.

Rhinosclérome. — Nodosités de la lèvre supérieure.

a, infiltration de petites cellules de nodosité de rhinosclérome (comme dans la figure 46) qui, en b, passe dans le tissu conjonctif fibreux. Au centre, en c, tissu cartilagineux (substance intercellulaire filamenteuse et cellules cartilagineuses en prolifération) dans lequel, en d, l'infiltration des petites cellules pénètre en forme de prolongements.

ration, les bacilles entourés de capsules ovoïdes d'une substance « colloïde », par suite de la confluence desquelles les éléments arrondis, semblables à des cocci, ou ovales et analogues à des bâtonnets, sont disposées en séries rapprochées de deux à quatre; ils n'ont jamais vu ces bacilles

à l'intérieur des cellules, mais seulement dans les ganglions lymphatiques. Frisch avait indiqué comme leur siège les grosses cellules du rhinosclérome, gonflées d'une manière caractéristique, décrites d'abord par Mikulicz; les plus récents auteurs, Paltauf et Eiselsberg, les ont trouvés également dans les masses de protoplasma, qui, d'après eux, correspondent à ces cellules ou aux noyaux dégénérés qui leur succèdent.

Ces derniers auteurs les décrivent comme des bacilles de deux à trois μ .

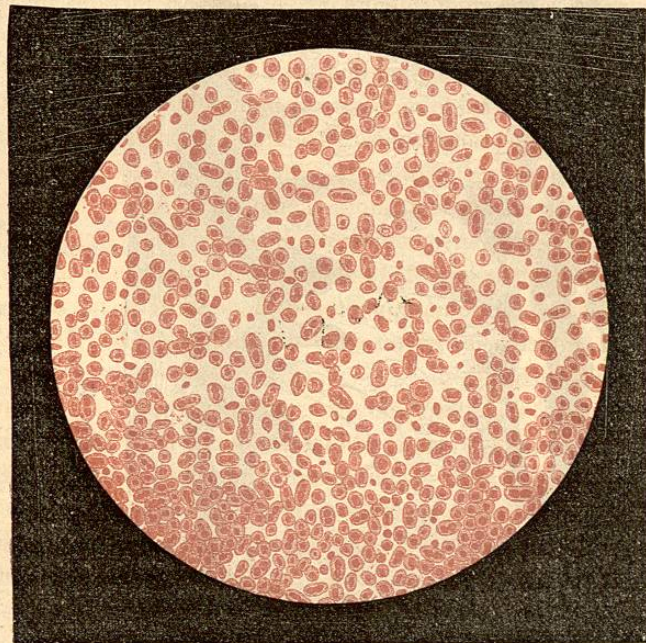


Fig. 48.

Rhinosclérome (bacilles encapsulés).

Culture pure provenant de suc récent de tissu, obtenue à une température de 36 à 38° C., dans l'espace de vingt-quatre heures, sur de l'agar-agar et colorée dans une solution aqueuse de violet de méthyle.

de longueur, ou comme des cocci encapsulés, ovoïdes et même presque arrondis, réunis la plupart du temps en diplococci.

Frisch et Barduzzi ont fait, dès cette époque, des cultures pures avec ces bacilles. Ils les obtiennent dans une culture pure abondante, à une température de 36 à 38 degrés, dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, avec du suc récent du tissu provenant d'une nodosité excisée sur le vivant. La préparation reproduite dans la figure 48 provient d'une culture de ce genre obtenue d'une malade de notre clinique. Mais d'après les recherches les plus récentes sur ce sujet, les bacilles du

rhinosclérome ne peuvent être distingués, ni morphologiquement ni par la culture, des cocci de la pneumonie de Friedländer, ni des microorganismes encapsulés qui surviennent, d'après Klamann et Thost, dans l'ozène et dans des affections catarrhales simples du nez.

Mais Paltauf et Eiselsberg croient, d'après des expériences sur les animaux, devoir attribuer aux cocci de la pneumonie une virulence plus grande qu'à ceux du rhinosclérome.

Si l'on considère les rapports ci-dessus indiqués de la localisation du rhinosclérome, le développement constant des productions de l'orifice du nez et de la muqueuse nasale, l'envahissement souvent primaire ou tout au moins consécutif des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne, enfin l'existence de processus inflammatoires de rétraction de ces parties de la muqueuse consécutivement à des catarrhes chroniques (Størk, Ganghofner, Schrötter, O. Chiari, etc.), il est permis de supposer qu'il existe un rapport, alors même qu'il n'a pas été clairement défini jusqu'à ce jour, entre les bacilles des catarrhes et ceux du rhinosclérome et entre ceux-ci et la tumeur nommée en dernier lieu.

Mais tout ceci n'est qu'une hypothèse; il en est de même de l'opinion d'une cause infectieuse, bactérienne du rhinosclérome, fondée sur la présence réelle de bacilles.

Car des essais d'inoculation que j'ai pratiqués, deux fois sur le museau du chien avec du tissu vivant de rhinosclérome, sont restés sans résultat, tout comme les expériences analogues de Paltauf et d'Eiselsberg (1).

J'en ai jusqu'ici observé environ quarante cas, tant chez les hommes que chez les femmes, d'un âge moyen, entre quinze et quarante ans, chez des personnes de toute condition, habitant notre pays et chez

(1) Après être restées longtemps négatives — voy. encore DITTRICH, zur Ätiologie des Rhinoskleroms, *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1889, n° 5, p. 145 — les inoculations du bacille de Frisch ont réussi entre les mains de A. PAWLOWSKY, de Kieff. Des expériences communiquées par lui au dixième Congrès internat. de Médecine à Berlin, en août 1890, il ressort que les bacilles du rhinosclérome sont pathogènes pour les animaux; que, dans leurs tissus envahis, on constate les phénomènes de la *phagocytose*, un processus lent de granulation avec production de grandes cellules épithéloïdes vacuolées, et, ce qui dans le rhinosclérome est caractéristique, la formation de *corps hyalins*.

Dans le rhinosclérome étudié sur l'homme, les bacilles pris par les cellules y dégèrent; leurs capsules laissent passer les éléments liquides du protoplasme à leur intérieur, et augmentent de volume; en dégérant, ils prennent le brillant hyalin; de même, le protoplasme qui les entoure subit les transformations hyalines.

La matière hyaline découverte par v. RECKLINGHAUSEN est donc,

lesquelles on ne pouvait trouver aucune trace de dyscrasie spécifique, de scrofuleuse, de tuberculose, etc. Aussi, pendant toute la durée de l'affection, l'état général n'est-il nullement altéré.

Le pronostic du rhinosclérome est grave ; car la lésion tend toujours à s'étendre, du moins d'après les observations que l'on possède actuellement ; il récidive même après des extirpations réitérées, et s'il ne détermine pas le marasme, il met la vie en danger par les troubles fonctionnels et les accès de suffocation que nous avons mentionnés.

Jusqu'ici, on n'a encore trouvé aucun traitement curatif. Toute médication antisyphilitique, locale ou générale, s'est montrée inefficace.

La seule chose que l'on puisse entreprendre, c'est l'extirpation d'une portion ou de la totalité du mal, surtout là où il arrive à provoquer des troubles fonctionnels. Ainsi, dans le cas de rétrécissement de l'ouverture nasale, on cherchera à obtenir une dilatation à l'aide de laminaire, d'un drain, d'éponge préparée, etc. ; dans les cas plus avancés, on excisera des lambeaux, on aura recours à la potasse caustique ; il est rationnel aussi de cautériser avec une pommade pyrogallique (10 p. 100), le Paquelin ou la galvano-caustique, etc. ; tous ces traitements devront être répétés de temps en temps, le néoplasme se reproduisant d'une façon rapide (1).

Même des extirpations en apparence totales ont été pratiquées chez quelques-uns de nos malades, dans un cas, trois fois par Salzer, sans pourtant pouvoir empêcher une néoformation ultérieure. Des injections interstitielles d'une solution de Fowler, d'acide osmique, salicylique

dans le rhinosclérome, le produit de l'action commune des bacilles et du protoplasma ; mais, pour que la matière hyaline puisse s'y produire, il faut absolument le microbe qui doit être inclus dans le protoplasme cellulaire ; l'auteur pense que la matière hyaline se forme peut-être de la même façon dans d'autres processus infectieux.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les auteurs qui se sont occupés de la question du rhinosclérome, à part de rares exceptions au nombre desquelles il faut placer WOLKOWITSCH, *loc. sup. cit.*, ne semblent pas frappés de ce fait, pourtant bien significatif, que le rhinosclérome n'existe que dans des pays déterminés, les provinces orientales de l'Autriche, sud-ouest de la Russie, l'Amérique centrale, etc.

Nous pouvons affirmer que la maladie n'existe pas à Paris ; les cas que nous y avons observés étaient tous étrangers, ou exotiques.

A notre sens, cela suffit pour ruiner toutes les conceptions qui ont voulu faire du bacille du rhinosclérome, un microbe banal à action éventuelle, et pour indiquer qu'il s'agit certainement d'une maladie extrinsèque, à origine inconnue, mais certainement parasitaire.

E. B. — A. D.

(Lang) n'ont pas donné de résultat et ont provoqué tout au plus une gangrène partielle.

Par contre, cette médication paraît donner des résultats un peu plus favorables contre les nodosités de la muqueuse, par exemple chez une de nos malades, au palais, et suivant Ganghofner, Catti, H. Chiari, au larynx.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

LUPUS (1)

Lupus vulgaire, dartre rongeanche, esthiomène, telles sont les diverses dénominations que l'on a données à une maladie chronique de la peau, des muqueuses avoisinantes, caractérisée par de petites nodosités rouges, rouge brun, profondément enchâssées dans le chorion, et qui, après avoir traversé différents stades, amène l'ulcération ou l'atrophie cicatricielle de la peau.

Le mot « lupus » a passé de bonne heure du langage vulgaire dans la terminologie médicale, pour désigner les ulcères rongeanche (*noli me tangere, tentigo prava, herpes esthiomenos*) qui tendent constamment à s'étendre sur les tissus voisins, et comme le disait Manardus : *Quasi lupus famelicus proximas sibi carnes exedit.*

Puis vint une époque où l'on ne comprit plus sous le nom de lupus, que les ulcères de la jambe, de sorte que Sennert, en 1610, pouvait écrire : *Lupum vero appellat, si in tibiis et cruribus sit; in reliquis vero corporis partibus, et si ejusdem sit pravitatis, lupum absolute nominari non censent!* Environ cent ans après, Jean Dolée fit remarquer que

(1) Dans la question du lupus, la manière de voir des traducteurs diffère de celle de l'auteur sur un si grand nombre de points, qu'ils eussent été obligés d'interrompre trop souvent le cours du texte ; pour cette raison, les *notes* et *commentaires* seront réunis à la fin de la *leçon*. D'autre part, la nature tuberculeuse du lupus, et la nature lupique de tuberculomes cutanés divers, que l'auteur continue à contester, étant aujourd'hui arrivées à démonstration complète, il serait superflu d'ouvrir, à nouveau, un débat épuisé.

Nous jugeons plus utile au lecteur de borner notre intervention à l'exposé aussi bref que possible, mais aussi précis que cela est nécessaire, du *diagnostic*, du *pronostic* et du *traitement* du lupus, auxquels seront surtout consacrées nos additions — Voy. *Appendice des traducteurs*, pp. 431 et suiv. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.