

muqueuse. Dans l'ozène confirmé, quand ces deux signes sont nettement constatables, le diagnostic ne saurait s'égarer.

Mais dans les cas d'ozène au début, quand l'atrophie n'existe pas encore, quand la fétidité est peu prononcée et que les sécrétions nasales ne sont pas encore les croûtes verdâtres ou brunâtres que nous avons décrites, le diagnostic est plus délicat, et c'est dans ces cas que l'examen bactériologique peut être de quelque utilité. On choisira de préférence, pour l'ensemencement des milieux de culture, ou pour la préparation d'une lamelle, les filaments qui unissent les cornets inférieur et moyen à la cloison, filaments qui, d'après les recherches de Lœwenberg, représentent souvent une culture pure du microbe qu'il a décrit.

D'autre part, dans les cas où l'ozène est plus prononcé d'un côté que de l'autre, où le malade expulse du muco-pus par une seule narine, il faut, avant de poser le diagnostic de rhinite atrophique fétide, songer à la possibilité d'un certain nombre d'affections qui donnent lieu à la fétidité nasale. Ce sont : la tuberculose nasale, les séquestres syphilitiques nécrosés, les corps étrangers et les rhinolithes, et surtout les sinusites. Nous renvoyons le lecteur aux chapitres consacrés à ces affections, et où il trouvera la description des signes qui permettent de les diagnostiquer et de les distinguer de l'ozène vrai.

Le rhinosclérome et la rhinite lépreuse, qui ne s'observent guère dans notre pays, ne sauraient être confondus avec l'ozène, car la première de ces affections est caractérisée par l'hypertrophie de la pituitaire, et dans la seconde l'atrophie ne s'accompagne pas de fétidité nasale.

Rhinite atrophique sans ozène. — La rhinite lépreuse n'est pas la seule variété de rhinite atrophique qui doit être distinguée de l'ozène. « Dans l'ozène, l'atrophie résulte d'une cirrhose épithéliale (épithéliums de revêtement et glandulaire); à côté de l'ozène, il existe une série de processus atrophiques relevant d'une lésion vasculaire. » (P. Tissier.) Ces rhinites atrophiques scléreuses, d'origine vasculaire, localisées ou généralisées, reconnaissent des causes diverses; la sénilité, l'artério-sclérose pour l'atrophie généralisée; la compression et la cicatrisation d'une plaie quand il s'agit d'atrophie localisée.

Traitement. — L'ozène, avons-nous dit, peut guérir spontanément, mais cette guérison spontanée se fait attendre très longtemps, et en pratique il ne faut pas y compter. La thérapeutique est impuissante à réaliser la guérison complète de l'ozène, mais elle peut faire disparaître le symptôme le plus pénible de la maladie, c'est-à-dire la fétidité du nez.

Pour atteindre ce but, le malade doit se soumettre à un traitement méthodique, régulièrement continué pendant des années.

Ce traitement consiste dans des irrigations nasales, suivies d'insufflations de poudres ou de badigeonnages de la muqueuse. Le pre-

mier nettoyage du nez devra être fait par le médecin avec la pince et le stylet; les nettoyages ultérieurs seront faits par le malade lui-même, qui fera passer dans ses narines, à l'aide du siphon de Weber ou d'une seringue anglaise, un à deux litres de liquide chaud. La meilleure solution à employer est l'eau boriquée, saturée, additionnée de 50 centigrammes de naphthol par litre, le lavage détache mécaniquement les croûtes, et de plus exerce une action antiseptique.

Après chaque lavage (qui sera répété, une, deux fois ou trois par jour), le malade insufflera dans son nez un peu d'acide borique, ou d'aristol, ou d'acéto-tartrate d'alumine; ou bien il se fera un badigeonnage de la muqueuse nasale avec un pinceau imbibé de naphthol sulfuriciné ou de glycérine iodée. Pour ramollir et détacher plus facilement les croûtes, Musehold (de Berlin), conseille des pulvérisations avec :

Borate de soude.....	25 grammes.
Glycérine neutre.....	50 —
Eau distillée.....	50 —

Dans ces derniers temps on a voulu faire plus qu'un traitement palliatif, et on a tenté la guérison radicale de l'ozène par l'électrolyse cuprique, et par le massage vibratoire. Il nous est impossible de nous prononcer actuellement sur le premier de ces moyens; quant au second il paraît avoir donné des résultats encourageants, mais nous ne pouvons, faute de place, entrer dans les détails nécessaires pour le décrire.

Enfin il faudra traiter l'état général du sujet : donner de l'huile de foie de morue aux enfants scrofuleux; du fer et des douches aux jeunes femmes anémiques.

Quel que soit le moyen employé, il faut prolonger le traitement et persuader le malade que l'amélioration, sinon la guérison, est à ce prix.

III

SYPHILIS, TUBERCULOSE, LÈPRE DU NEZ ET RHINOSCLÉROME

SYPHILIS DU NEZ.

I. Syphilis primaire. — Chancre du nez (1). — Étiologie. — Il existe actuellement dans la science une vingtaine de cas de chancres

(1) A. FOURNIER, Chancre céphalique. Paris, 1858. — JULLIEN (Louis), Traité des mal. vénér. Paris, 1886. — DUPLAY et RECLUS, Traité de chir., t. IV. — MARFAN, Ann. de dermat. et de syph., 1890. — DUPOND, Manifestations primitives et secondaires de la syphilis. Paris, 1890. — MOLDENHAUER, Traité des mal. des fosses nas. — CASTEX, De l'ozène syphilitique (France méd., 1892). — DIEULAFOY, Leçons

du nez. Le premier cas observé remonte à 1844 : il est de Mac Carthy ; le dernier est de Chapuis.

En 1893, nous avons observé à notre clinique un très beau cas de chancre du nez dont l'histoire a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* du 28 avril 1894, par le D^r Thibierge (de Saint-Louis). La statistique du professeur Fournier, en 1892, donne, sur un total de 794 chancres extragénitaux, 13 cas seulement de chancres du nez. C'est peu, si l'on songe que chacun de ces 794 chancres en représente 20 d'ordinaires ou de génitaux.

La muqueuse pituitaire semble, en effet, tant par ses fonctions que par sa situation, peu prédisposée à la contagion. Et pourtant ses excoriations de toute nature (traumatismes, acnés, vésicules d'eczéma) sont susceptibles de donner prise au virus de la syphilis : elles servent de porte d'entrée au moins en ce qui concerne le revêtement cutané externe de l'organe.

Quant aux chancres de la muqueuse proprement dite, cette porte d'entrée, d'après certains auteurs, ne serait pas nécessaire ; toute muqueuse, même saine, étant apte à l'inoculation syphilitique.

Cette inoculation peut se faire directement : contact direct de l'organe avec un point virulent quelconque, génital ou buccal (accouchement, baiser). Le plus souvent pourtant cette inoculation est indirecte et se fait par l'intermédiaire des doigts, linges et divers objets, comme une tabatière, par exemple (cas de Hicguet).

Signalons enfin la possibilité d'une inoculation par suite d'exploration nasale avec des instruments malpropres ou le cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'aide de sondes d'Itard infectées.

Symptomatologie. — Au point de vue symptomatique, le chancre du nez revêt deux formes bien tranchées, suivant qu'il siège dans l'intérieur des fosses nasales, ou bien qu'il est extérieur.

Ce dernier peut apparaître en n'importe quel point du tégument (pointe du nez, sillon naso-labial, aile du nez). On peut à la rigueur faire entrer dans la même description le chancre du vestibule qui, par suite du gonflement énorme que prend l'ulcération, ne tarde pas à devenir extérieur.

Le début n'est généralement pas observé par le médecin. Le malade raconte qu'il a d'abord remarqué un petit mal auquel il n'a seulement pas pris garde ; il a cru à un vulgaire bouton d'acné. Peu à peu ce bouton, loin de disparaître, n'a fait que croître et c'est seulement lorsqu'il a atteint un développement considérable que le malade, inquiet, se décide à consulter.

prof. à la Faculté de médecine de Paris, 1893. — MAURIAC (Ch.), Syph. primit. et syph. second. Paris, 1890. — De la syph. pharyngo-nas. (*Union méd.*, 1893). — PAUL TESSIER, *Ann. des mal. de l'or.*, 1893. — BANÉZERYE, thèse de Paris, 1894. — CHAPUIS, *Gaz. des hôp.*, juillet 1894. — ROCHARD et GOUGUENHEIM, Séquestres des fosses nasales, opération d'Ollier (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, octobre 1896). — CASTEX, Rhinotomie transversale inférieure (*Congrès de chir.*, 1896).

A la période d'état, c'est-à-dire vers le huitième ou le neuvième jour de son apparition, on note le plus souvent un gonflement énorme de la région environnante ; ce gonflement s'accompagne d'une rougeur intense, en sorte qu'à première vue on peut penser, comme le fait remarquer Thibierge, à un érysipèle au début. Dans presque tous les cas de chancres externes, les observateurs ont noté cette tuméfaction et cette rougeur considérables.

L'ulcération qui siège au sommet de cette tuméfaction a reçu le nom d'*ulcus elevatum* ; elle présente tous les caractères de l'ulcération chancreuse : contours irréguliers, bords à peine tranchés, fond recouvert de mucosités grisâtres, base fortement indurée.

Les ganglions sous-maxillaires sont toujours fortement engorgés ; parfois même on a noté l'engorgement des ganglions préauriculaires et parotidiens (Marfan, Thibierge). Les ganglions tributaires de la muqueuse pituitaire (au-devant de l'axis et de chaque côté de la corne de l'os hyoïde) peuvent être pris également. Chapuis (de Lyon) a noté l'engorgement des ganglions périhyoïdiens. Le même auteur insiste sur la douleur de ces adénopathies. Il l'attribue avec raison, croyons-nous, aux infections secondaires, dont le meilleur indice est assurément cette rougeur érysipélateuse qui accompagne si fréquemment le chancre syphilitique.

A côté de ces signes objectifs, il faut noter les signes particuliers qui tiennent au siège spécial de l'affection : déformation du nez, obstruction de la narine, gêne de la respiration quand cette obstruction est complète des deux côtés, nasonnement, difficulté pour se moucher, étternuements fréquents, larmolement par obstruction du canal nasal, etc.

Peu douloureux par lui-même, le chancre du nez devient ainsi, par le siège spécial qu'il occupe, la cause d'une très grande gêne fonctionnelle pour le malade qui en est atteint.

De même que nous avons vu tous les points du tégument externe pouvoir devenir le point de départ du chancre syphilitique, de même pouvons-nous dire, tous les points de la muqueuse intranasale peuvent donner lieu à la même infection. Ces chancres intranasaux sont d'ailleurs beaucoup plus rares que les précédents. On en a observé sur la cloison (Marfan et Morel-Lavallée) et jusque dans le naso-pharynx (cathétérisme).

La symptomatologie du chancre intranasal est un peu différente de celle du chancre des narines. Tandis qu'en effet dans les chancres externes ce sont surtout les signes objectifs (déformation, tuméfaction) qui dominent la scène, ici, au contraire, ce sont les signes subjectifs ou fonctionnels qui passent au premier plan.

Dès le début le malade éprouve une gêne intranasale considérable et se plaint de douleurs sous-orbitaires très violentes. L'écoulement, l'encliffrement, les étternuements et tous les troubles liés à l'oblité-

ration nasale, arrivent rapidement ici à leur maximum. Néanmoins tous ces troubles fonctionnels sont unilatéraux et siègent uniquement dans la narine malade.

Les signes physiques sont peu nets, difficiles à percevoir, ce qui explique que, malgré tout, cette variété de chancre nasal reste souvent méconnue.

L'inspection du nez montre parfois une légère teinte érysipélateuse siégeant exactement sur les téguments de la narine atteinte.

La rhinoscopie antérieure nous met en présence d'une tumeur plus ou moins profonde, ulcérée, saignant facilement, recouverte de mucosités blanchâtres. Cette tumeur, étalée en nappe, présente l'aspect d'un gros champignon largement pédiculé et implanté sur la cloison. Il n'existe pas dans la science de cas de chancre des cornets ou de la paroi externe des fosses nasales, bien que *a priori*, rien ne s'oppose à cette localisation de la maladie.

Au toucher les sensations sont variables : tantôt c'est une induration qui semble se confondre avec celle du cartilage; tantôt c'est un ensemble de points durs, à côté de parties absolument ramollies. La tumeur est entourée par une muqueuse rouge et enflammée; mais les bords de l'ulcération sont peu nets et la ligne de démarcation de la tumeur fort difficile à préciser.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est encore la règle ici : il ne faut jamais manquer de les rechercher.

Si, au lieu de siéger dans les fosses nasales proprement dites, le chancre siège dans le naso-pharynx, la rhinoscopie postérieure seule permettra de le reconnaître. C'est autour de l'orifice des trompes qu'il faudra le rechercher, car c'est là qu'il siège le plus souvent. Ainsi s'expliquent les douleurs d'oreille accompagnées de surdité avec bourdonnements qui coïncident avec sa présence dans cette région.

L'évolution du chancre nasal ne présente rien de spécial. Après une durée qui varie avec le degré des infections secondaires et la nature bénigne ou maligne de la maladie, mais qui ne diffère pas de celle des chancres génitaux, il disparaît sans laisser de trace appréciable ainsi que nous avons pu l'observer chez le malade du Dr Thibierge.

Le chancre de la cloison peut-il amener une perte de substance et entraîner une perforation de la cloison? Julien en rapporte un exemple que quelques auteurs ont d'ailleurs contesté. Les abcès de la cloison, les ethmoïdites partielles ou totales, et enfin les abcès des voies lacrymales, sont en outre les complications possibles des chancres intranasaux.

Le degré de gravité de la syphilis nasale ne présente rien de particulier. Peut-être cependant, comme tous les chancres extragénitaux, le chancre nasal a-t-il une virulence spéciale. C'est ce que soutiennent certains auteurs. En tout cas, la mort immédiate ne peut s'expli-

quer que par l'apparition d'infections secondaires très étendues ou par l'existence d'un terrain mal préparé par l'âge ou les maladies antérieures à l'inoculation du virus syphilitique.

Diagnostic. — Lorsque le chancre nasal siège sur les téguments externes, les divers caractères que nous lui avons reconnus permettent de le dépister assez facilement et d'affirmer la syphilis avant l'apparition de la roséole. En effet le gonflement, l'induration, l'ulcération, l'adénopathie cervicale et préauriculaire, tels sont les principaux symptômes sur lesquels devra s'édifier le diagnostic du chancre.

Il est à peine besoin de dire que distinguer le chancre du nez du lupus sera chose facile : le gonflement, les ulcérations sont différentes dans le lupus et il n'y a pas de ganglions, ou s'il y en a, ils ne sont pas douloureux et sont irrégulièrement répartis autour du cou. D'ailleurs, en cas de doute, l'évolution tranchera la question d'une façon définitive.

Il faudra, en cas de chancre du nez, se mettre surtout en garde contre la syphilis tertiaire et l'apparition d'une gomme. Parfois, en effet, l'aspect est le même et dans ces cas ce seront les anamnésiques et surtout la marche de la maladie qui permettront de différencier nettement ces deux manifestations d'une même diathèse. Et pourtant l'ulcération dans la gomme sera plus tardive, plus profonde, les pertes de substance plus marquées et les ganglions respectés.

Les tumeurs malignes, épithélioma, sarcome, ne seront pas facilement confondues avec le chancre. Leur évolution beaucoup plus lente permettrait seule de les éliminer; mais nous avons encore pour les différencier, l'aspect de l'ulcération, superficielle dans le chancre, profonde dans l'épithélium, l'apparition des bourgeons charnus, généralement absents dans la syphilis. Enfin l'adénopathie tardive est plus en rapport avec l'hypothèse d'épithélium que celle de syphilis.

Si la tumeur siège dans l'intérieur des fosses nasales ou dans le naso-pharynx, ce ne sera guère qu'à l'apparition des accidents secondaires, plaques muqueuses ou roséole, que l'on sera en droit d'affirmer l'existence d'un chancre nasal. Ici les caractères de l'ulcération chancreuse sont trop peu nets pour qu'il soit possible, à leur seule inspection, d'émettre le diagnostic de syphilis.

II. Syphilis secondaire. — Les manifestations nasales de la période secondaire de la syphilis sont de deux sortes :

1° *L'érythème pur et simple de la muqueuse*, rhinite érythémateuse; 2° les *ulcérations*, rhinite ulcéreuse.

Dans l'esprit de beaucoup d'auteurs, syphilis secondaire du nez équivaut à plaques muqueuses; de là des opinions que nous croyons inexactes au sujet de la fréquence de ces manifestations.

En réalité, nous pensons avec le professeur Fournier, Louis Jullien, Paul Tissier que ces manifestations sont beaucoup plus fréquentes

III. **Syphilis tertiaire.** — La véritable manifestation de la syphilis tertiaire dans le nez, celle qui par ses destructions muqueuses cartilagineuses et osseuses détermine des pertes de substance parfois considérable, c'est la *gomme syphilitique*.

Quelques auteurs ont signalé des ulcérations muqueuses tertiaires non gommeuses siégeant tantôt sur la cloison, tantôt sur la face externe de la cavité nasale, tantôt enfin sur la muqueuse du nasopharynx. Ces ulcérations, en général peu profondes, non douloureuses et peu étendues disparaissent assez rapidement sans laisser de traces. Elles sont d'ailleurs assez rares. Nous croyons inutile de nous y arrêter plus longtemps.

Tout autre est la *gomme syphilitique*, dont tous les auteurs ont reconnu la fréquence et la gravité ; et l'on a pu dire que c'est à elle que doit s'appliquer le mot de Fournier : « La vérole se plat dans les fosses nasales ». D'après Welky, les accidents tertiaires du nez représenteraient environ 3 p. 100 des accidents totaux de la syphilis. Les syphilis graves des pays chauds, les syphilis non traitées sont surtout celles qui prédisposent à ces sortes d'accidents. C'est à une époque très variable du début de l'infection que l'on peut voir apparaître les tumeurs gommeuses du nez. On en a observé dix-huit mois et vingt ans après l'accident primitif. Entre ces deux termes ultimes, il y a une moyenne qui varie entre huit et douze ans.

En somme, les manifestations nasales de la syphilis suivent la règle générale de toutes les autres manifestations tertiaires.

La gomme nasale peut siéger soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du nez et son point de départ peut être soit le tissu cellulaire, soit le tissu osseux, soit enfin le cartilage. La cloison, le voile du palais, les cornets, telles sont les régions le plus souvent envahies. Néanmoins on peut la rencontrer au niveau des os propres du nez, sur la branche montante du maxillaire, l'ethmoïde et même l'unguis.

Symptomatologie. — Elle varie avec le siège de l'affection externe ou interne, avec sa marche rapide ou lente, avec sa nature bénigne ou grave, et enfin suivant qu'elle est traitée dès le début ou au contraire livrée à elle-même.

D'une manière générale, on peut dire que le processus gommeux est ici ce qu'il est partout ailleurs. Après une période de début plus ou moins longue, plus ou moins insidieuse, la tumeur se constitue et arrive à la période d'état, puis survient une période de ramollissement avec perte de substance peu ou très considérable ; enfin celle-ci est suivie d'une troisième période dite de réparation, totale ou partielle, mais partielle le plus souvent. Appliquée à la gomme nasale, voyons ce que donne cette évolution.

Cas à marche rapide. — Dans le premier cas la tumeur, quel que soit son siège, est très vite constituée ; les signes fonctionnels dus à l'oblitération du nez sont rapidement portés à leur maximum. L'aspect

extérieur varie avec le siège du mal. Si la tumeur siéger sur la cloison, elle envahit les deux narines d'une façon à peu près symétrique ; on aperçoit extérieurement une rougeur diffuse de tout l'organe avec gonflement énorme : les deux orifices antérieurs des narines sont complètement obstrués par un double bourrelet muqueux.

Si la tumeur siéger sur la face externe, cornet ou méat inférieur, le gonflement et la rougeur se perçoivent seulement du côté malade : l'aile du nez est rouge et tuméfiée, la narine malade très difficile, sinon impossible à explorer.

Si la région ethmoïdale est envahie (cornets et méats moyens et supérieurs), on peut observer des phénomènes inflammatoires du côté de l'œil, des voies lacrymales et du cerveau.

Enfin la tumeur gommeuse peut siéger dans le naso-pharynx et ne révéler extérieurement sa présence que par des signes fonctionnels tenant à l'oblitération du nez et de la trompe d'Eustache (bourdonnements et surdité).

Cette forme de la maladie est, avons-nous dit, essentiellement rapide : la tumeur constituée en quelques jours arrive en quelques semaines à la période d'état ; puis survient la régression, également rapide avec ou sans fonte purulente. Dans ces cas, si l'affection a siégé seulement dans le tissu cellulaire sans atteindre les os ou les cartilages, la guérison est rapide. Parfois cependant il reste les pertes de substance énormes et l'on peut voir ainsi le nez, la bouche et les sinus transformés en une seule et unique cavité (cas de Besnier, musée de l'hôpital Saint-Louis).

Cas à évolution lente et chronique. — Dans ces cas, ce sont de petites esquilles osseuses qui entretiennent une suppuration chronique interminable. C'est la forme la plus commune.

Qu'elle débute par la muqueuse, le cartilage ou les os, la gomme intranasale s'installe d'une façon insidieuse. La céphalée légère, les douleurs névralgiques sont d'abord attribuées à une tout autre cause. Ce n'est que lorsque les signes fonctionnels (enchifrènement, écoulement nasal, perte de l'odorat) sont plus marqués, que l'attention est attirée sur cet organe.

L'examen rhinoscopique, rarement pratiqué à cette période, montrera siégeant sur la cloison ou sur tout autre point de la muqueuse, une ulcération anfractueuse à fond rouge, à bords taillés à pic. Parfois une mucosité grisâtre recouvrira par places cette ulcération et aussi le reste de la muqueuse.

Mais ces signes du début sont d'assez courte durée et dans les cas où la maladie aurait passé inaperçue, on voit bientôt apparaître un autre symptôme qui ne permet pas d'avoir le moindre doute sur l'origine du mal ; ce symptôme capital de la syphilis tertiaire du nez, c'est l'ozène.

Cet ozène est caractérisé par une odeur fétide, spéciale, non perçue

par le malade lui-même, mais sentie par son entourage au point de devenir parfois insupportable. Son intensité est telle qu'elle peut infecter toute une pièce (atelier, chambre, salle d'hôpital).

Cette odeur nauséuse de la syphilis tertiaire est due à plusieurs facteurs. Et d'abord la présence du bacille de Lœwenberg et Marano, dont la culture pure reproduit l'odeur de l'ozène, se rencontre ici dans les croûtes et dans le pus qui encombrant les fosses nasales.

La mortification des tissus et plus particulièrement les nécroses osseuses viennent encore augmenter cette fétidité et lui donner ce caractère d'âcreté spécial qui ne se rencontre pas dans l'ozène vrai.

A cette période de la maladie, les autres signes fonctionnels sont extrêmement prononcés : douleurs névralgiques, écoulement fétide et purulent et parfois expulsion de séquestres osseux plus ou moins altérés, laissant après eux des pertes de substance énormes.

Ces pertes de substance, si elles portent sur le voile du palais ou la voûte palatine, occasionnent bientôt du nasonnement et de la gêne de la déglutition avec rejet des aliments par le nez. Plus haut l'altération des os propres du nez et de la branche montante du maxillaire peuvent amener des troubles dans le fonctionnement du canal nasal et des dacryocystites aiguës ou chroniques.

A l'inspection on pourra parfois percevoir sans l'aide d'aucun instrument, soit une destruction de la sous-cloison, soit un épaississement ou un aplatissement de la racine du nez. Le plus souvent, cependant, l'examen rhinoscopique sera nécessaire et alors celui-ci nous permettra de voir une fosse nasale remplie de croûtes noirâtres et épaisses. Une fois enlevées, ces croûtes mettront à nu des ulcérations plus ou moins anfractueuses. La cloison sera souvent perforée ou à moitié détruite. L'exploration au stylet de ces ulcérations permettra de sentir les os dénudés et en voie de nécrose. D'autres fois, les séquestres déplacés encombrant les fosses nasales au point qu'on est obligé de les broyer pour les extraire par petits morceaux. Généralement, outre ces symptômes spéciaux à la lésion même, on observe une bouffissure énorme de la muqueuse qui est rouge et enflammée.

Les cornets sont atrophiés. Enfin il est des cas où, siégeant dans le naso-pharynx, la maladie ne pourra être reconnue qu'à l'aide de la rhinoscopie postérieure. Dans ce cas, ce sont le voile du palais, les trompes et le pourtour de leurs orifices qui sont le siège des ulcérations gommeuses, mais alors les troubles fonctionnels se passent surtout du côté des oreilles.

La durée de l'affection est longue ; les séquestres mettent souvent plusieurs mois à s'éliminer et même après leur élimination les malades restent des ozéneux. Au cours de cette longue évolution, des complications de plusieurs sortes peuvent se produire. Et d'abord les ulcérations nasales ne sont pas à l'abri des infections secondaires dont la plus redoutable est l'érysipèle. La chute des séquestres peut entraîner

aussi des hémorragies graves et d'autres accidents dus à leur déglutition et à leur séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac : on a même signalé, au cours de cette élimination, des phénomènes d'asphyxie par chute dans les voies respiratoires. Du côté des sinus, et des oreilles, il faut redouter également les suppurations interminables ; du côté des yeux l'oblitération ou l'affection des voies lacrymales (Lagnau) ; enfin, du côté du cerveau, la présence de ces ostéites naso-crâniennes signalées par le professeur Fournier peut amener une complication cérébrale mortelle (méningite, abcès du cerveau).

Les cas bénins peuvent guérir sans laisser de trace appréciable de leur passage, c'est tout au plus si la rhinoscopie antérieure révèle une perforation peu étendue de la cloison, l'absence d'un cornet ou bien l'existence d'adhérences anormales entre la cloison et la paroi externe. Dans d'autres cas, il existe des déformations plus ou moins considérables des pertes de substance créant pour l'organe de l'olfaction une véritable difformité.

Quelques-unes de ces difformités ont permis au professeur Fournier de créer trois types que l'on pourrait appeler classiques, car ils correspondent à des lésions toujours identiques. C'est ainsi que la perte de la sous-cloison nasale détermine l'abaissement de la pointe du nez et l'apparition de cette déformation caractéristique qu'Alfred Fournier a désignée du nom de *nez de perroquet*.

La destruction des os propres du nez peut amener un aplatissement spécial de la base de l'organe, et, à l'inverse des cas précédents, un relèvement de la pointe : *c'est le nez camard*. Enfin, lorsque le cartilage de la cloison est détruit, il se produit une sorte d'enfoncement des deux segments, l'un dans l'autre ; le segment inférieur remonte et rentre dans le supérieur avec production au niveau de la racine du nez d'une sorte de bourrelet qui a valu à cette déformation le nom de *nez en lorgnette*. Comme déformation persistante, à la suite de la syphilis tertiaire du nez, il importe de signaler encore les perforations du voile du palais et de la voûte palatine qui entraînent une altération plus ou moins considérable de la voix ; enfin les pertes de substance au niveau des téguments extérieurs, qui défigurent plus ou moins complètement l'individu.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilis tertiaire est à faire d'abord avec l'ozène vrai. Mais on sait que l'ozène vrai n'est que la principale manifestation de la rhinite atrophique. L'odeur est plus fade et plus nauséuse que dans la syphilis ; de plus l'atrophie de la muqueuse, l'absence d'ulcération et surtout de lésion osseuse permettront d'éviter l'erreur très facilement.

Certaines sinusites avec suppuration chronique s'accompagnent parfois d'ozène, mais ici la lésion est unilatérale, l'écoulement du pus beaucoup plus abondant.