

Certaines ulcérations tuberculeuses seront plus difficiles à distinguer de la syphilis. Le plus souvent, cependant, ces ulcérations coïncident avec des lésions lupiques du côté de la face. Quant à la lésion elle-même, « elle se présente, dit Dieulafoy, sous la forme d'un champignon fongueux qui détermine la perforation de la cloison. Les bords de cet ulcère sont saillants, sanieux et obstruent les deux narines. » L'examen bactériologique peut révéler dans le pus la présence de bacilles.

John Mackensie a signalé, en 1889, une affection spéciale que l'on pourrait à la rigueur confondre avec des productions gommeuses des fosses nasales. Ce sont de petits polypes durs et jaunâtres apparaissant surtout au niveau du cornet inférieur chez de vieux alcooliques. Ces productions polypeuses peuvent s'ulcérer et donner ainsi l'apparence de gommages. Le microscope montrera que ces polypes sont formés seulement de tissu embryonnaire et qu'ils n'ont par là même aucune analogie avec la structure de la gomme.

Toute la classe des tumeurs malignes est à différencier d'avec les gommages ; mais ici c'est surtout par l'évolution de la tumeur, l'action de l'iodure et la recherche des antécédents qu'un diagnostic certain est possible.

IV. **Syphilis héréditaire.** — L'affection se révèle à deux époques et sous deux formes assez différentes :

a. **HÉRÉDO-SYPHILIS PRÉCOCE.** — Chez le nouveau-né, c'est le coryza infantile avec écoulement sanieux, plus ou moins fétide. Si un traitement énergique n'intervient pas, les ravages peuvent être considérables. Dans un cas rapporté par Hawking, la destruction du vomer et d'une grande partie du nez fut réalisée en moins de quatre mois.

b. **HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE.** — On la constate surtout chez les filles, vers l'âge de la puberté. Nez ensellé, épais à sa racine, atrophie des cornets, quelquefois perforations du septum coïncidant avec des kératites interstitielles et des altérations tympaniques, suffisent à la révéler.

#### TRAITEMENT AUX DIVERSES PÉRIODES.

Les indications du traitement varient avec la nature des manifestations spécifiques.

Contre le chancre, on a employé l'iodoforme et l'iodol à parties égales, le calomel, les cautérisations avec divers caustiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide lactique).

Les lavages à l'aide d'un liquide antiseptique, les nettoyages fréquents de la plaie ayant pour but d'éviter les infections secondaires, devront toujours être conseillés.

Enfin au point de vue du traitement général ultérieur, le chancre nasal donne lieu aux mêmes indications que le chancre génital.

La syphilis secondaire du nez donnera lieu aux indications locales

suivantes : injections nasales biquotidiennes à l'aide d'un siphon de Weber avec une solution de sublimé à 1/2000 ou 1/4000, c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten coupée de moitié ou de trois quarts d'eau.

S'il existe des ulcérations, celles-ci devront, comme celles de la bouche, être cautérisées à l'aide du nitrate d'argent.

Les accidents tertiaires sont, comme les précédents, susceptibles d'être traités par les agents spécifiques.

Mauriac recommande à cette période l'iodure de potassium à haute dose (6 à 10 grammes par jour). Mackenzie emploie alternativement l'iodure et le mercure. Darzens préconise la formule suivante :

Iodure de potassium.....	} aa 15 grammes.
— de soude.....	
— d'ammonium.....	
Biiodure d'hydrargyre.....	5 centigr.
Eau.....	300 grammes.

L'avantage de cette formule serait que la grande solubilité des deux derniers iodures empêcherait le premier de s'éliminer trop vite. On pourra, dans les cas rebelles, employer les injections de calomel, récemment préconisées par l'école de Saint-Louis. Dans l'hérédo-syphilis nasale le traitement interne doit être intensif, tout en restant proportionné à l'âge et à la tolérance du sujet.

Le traitement local comprend surtout deux grandes indications :

1° La désinfection des fosses nasales ;

2° L'extirpation des parties sphacélées et en particulier des séquestres.

Pour remplir la première de ces indications, on utilisera tous les antiseptiques (acide borique, résorcine, microcidine, permanganate, etc.). Chacun de ces antiseptiques devra être utilisé sous la forme de solutions servant à de grandes irrigations nasales trois ou quatre fois par jour à l'aide du siphon de Weber ou d'un irrigateur quelconque.

Comme moyen adjuvant, on prescrira des poudres absorbantes (sous-nitrate ou salicylate de bismuth, salol, acide borique en poudre), dont le malade prendra plusieurs prises dans la journée.

On atténuera la mauvaise odeur en faisant placer à l'entrée de chaque narine un léger tampon d'ouate hydrophile imbibée de vaseline au menthol dans la proportion de 1 p. 10.

Pour remplir la deuxième indication locale, à savoir l'extirpation des parties sphacélées, quelques auteurs ont conseillé le curettage des fosses nasales à l'aide de la curette de Wolkman. Pour pratiquer ce curettage, on pourra, comme l'a fait Pozzi, diviser le nez sur la ligne médiane et pénétrer ensuite dans les deux narines, ou bien employer le procédé de rhinotomie transversale inférieure, que nous

avons récemment décrit (1). S'il était nécessaire de s'ouvrir une brèche très large, il faudrait recourir au procédé d'Ollier, car même le procédé de Rouge ne donne pas toujours une voie suffisante (Gouguenheim et Rochard). L'indication de l'intervention chirurgicale est assez difficile à déterminer. Nous ne pensons pas, avec certains rhinologistes, que cette intervention doive être hâtive. Nous croyons au contraire qu'on ne doit s'y décider qu'après avoir épuisé la série des autres moyens curatifs par l'iodure et le mercure, et surtout quand on aura constaté la présence de séquestres volumineux très longs à s'éliminer et susceptibles d'affaiblir le malade par une abondante suppuration.

Après la guérison totale des gommes du nez, il existe parfois de nouvelles indications à remplir : nous voulons parler des déformations considérables que laissent parfois après elles les tumeurs syphilitiques. Ces déformations deviennent, suivant leur siège, la source d'interventions autoplastiques variables, mais dont la technique et les indications sont données à l'article RHINOPLASTIE.

## II. — TUBERCULOSE DU NEZ.

Elle se montre assez rarement comme manifestation primitive (Thornwald, Riedel); le plus habituellement les sujets qui en sont porteurs présentent des signes de tuberculose pulmonaire. Elle est plus souvent unilatérale que bilatérale.

Ses formes sont assez différentes les unes des autres. Avec Cartaz, on peut distinguer une forme *végétante* et une forme *ulcéreuse* (2).

**Symptomatologie.** — Dans la *forme végétante* on aperçoit une sorte de polype assez volumineux. Schaeffer en mentionne un du volume d'une noix. La narine est obstruée, mais laisse suinter une sanie purulente. La petite tumeur s'implante le plus habituellement sur la cloison. Elle est irrégulière et sa surface rappelle celle d'un papillome.

Dans la *forme ulcéreuse*, on trouve habituellement aussi, sur la cloison, bien que ce n'en soit pas le siège exclusif, une ou plusieurs pertes de substance dont les bords sont taillés à pic. Le fond est irrégulier, grisâtre, couvert de muco-pus; la muqueuse environnante est rouge et tuméfiée. On peut y voir des granulations jaunâtres en semis comme autour des ulcères tuberculeux de la langue.

Cette localisation de la tuberculose évolue d'habitude assez lente-

(1) CASTEX, *Congrès de chirurgie*, 1896.

(2) LOIR, *Traité théorique et pratique de la lèpre*. Paris, 1886. — CARTAZ, *De la tuberculose nasale*. Paris, 1887. — PETER MERTENS, *Inaugural Dissertation*. Wurtzbourg, 1889. — HAJEK, *Tuberculose de la muqueuse nasale (Intern. klin. Rundschau)*, 1889. — BOUTARD, thèse de Paris, 1889. — OLYMPTIS, *Tuberculose de la muqueuse nasale*, thèse de Paris, 1890. — RAULIN, *Le pus primitif de la muqueuse nasale*, thèse de Paris, 1889, n° 301. — HALM, *Tuberculose de la muqueuse nasale (Deutsche med. Wochenschr.)*, n° 23, 1890.

ment. La forme ulcéreuse offre une marche plus rapide que la végétante.

**Diagnostic.** — Il n'est difficile que lorsque l'affection est primitive. On la reconnaît à l'absence d'antécédents syphilitiques, à la présence de granulations blanchâtres autour de l'ulcération ou de la tumeur, à l'histoire pathologique du malade. En cas de doute on doit recourir à la bactérioscopie.

**Pronostic.** — Il est subordonné à la variété. Assez grave dans la forme ulcéreuse, qu'on arrête difficilement, il est, par contre, assez bénin dans les formes végétantes. Comme d'autres, j'ai pu guérir radicalement des malades présentant ces pseudo-polypes, notamment un jeune Dahoméen d'une douzaine d'années.

**Traitement.** — S'il ne s'agit que d'un ulcère, on peut toucher sa surface à l'acide lactique ou au chlorure de zinc. En cas d'échec on aura recours aux galvanocautérisations ou au curetage. Dans la forme fongueuse on fait tomber d'abord la petite tumeur, puis on curette sa base d'implantation. Les pansements seront faits à la gaze iodoformée. L'écueil de ces interventions est dans les sténoses consécutives des narines qu'il n'est pas toujours possible d'éviter.

Le traitement général doit marcher de pair avec les moyens locaux.

## III. — LUPUS DES FOSSES NASALES.

Les principaux documents relatifs à cette question se trouvent bien résumés dans la thèse inaugurale de Raulin (1).

L'affection s'observe surtout chez les sujets jeunes de vingt à trente ans et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Elle complique le plus souvent les manifestations lupiques du dos du nez ou des joues. Les divers traumatismes, l'habitude de gratter l'intérieur du nez avec l'ongle de l'index, sont des circonstances très adjuvantes. Bresgen cite le cas d'une malade qui contracta l'affection par cette mauvaise habitude, tandis qu'elle soignait sa belle-sœur atteinte de tuberculose pulmonaire.

L'affection débute le plus souvent dans l'intérieur des narines ou à la partie inférieure de la cloison. On y constate de petites fongosités rougeâtres et dures, pouvant former des tumeurs polypiformes (Schmiegelow). Les lésions peuvent s'étendre aux cornets, mais, en général, elles restent limitées à la partie antérieure des fosses nasales. La cloison finit par présenter une perforation à bords épais, irréguliers, mais elle est en général moins grande que la perforation syphilitique. Détail à signaler : l'altération lupique respecte le tissu osseux.

(1) RAULIN, thèse de Paris, 1889.

L'évolution en est essentiellement lente. Les traumatismes et les grossesses activent parfois la marche.

Les complications le plus souvent signalées sont les poussées érysipélateuses et les dégénérescences épithéliomateuses. (Raulin.)

Le diagnostic est habituellement aisé et ce n'est guère qu'avec la syphilis qu'il serait possible de faire une confusion. On l'évitera en considérant que la syphilis envahit une plus grande partie de la cloison nasale, d'où l'effondrement du nez, tandis que le lupus, suivant l'expression du professeur Fournier, est casanier, ne s'étendant que lentement aux parties voisines.

Le traitement s'effectue avec les moyens employés pour la tuberculose nasale (curettage, pansements iodoformés et thérapeutique générale).

#### IV. — MORVE DU NEZ.

Cette affection, très fréquente chez le cheval, est transmise à l'homme accidentellement, surtout chez les palefreniers et les cochers. Schütz et Israël ont découvert dans les sécrétions nasales des chevaux morveux de petits bacilles analogues aux bâtonnets de la tuberculose. On distingue deux formes, *aiguë* et *chronique*; la première, la plus grave, avec fièvre et frissons. Dans les deux formes, des tubercules et des pustules se montrent, qui bientôt se transforment en ulcérations et peuvent délabrer toute la charpente nasale. Un écoulement se produit, d'abord muqueux, puis sanieux, sanguinolent et sentant mauvais.

Nous n'avons, comme traitement, que les injections antiseptiques. L'acide phénique et l'eau chlorée auraient, au dire de Gerlach, une action spécialement destructive sur les bacilles de la morve.

#### V. — LÈPRE DU NEZ.

Cette affection, endémique en Norvège et sur les côtes de la mer Noire, fait apparaître sur le nez des tubercules d'un rouge brun, assez analogues à l'acné rosacée. Les téguments du nez sont pris en même temps que l'intérieur des narines : il s'y forme des crevasses avec croûtes ou écoulements séro-sanguinolents. Peu à peu le nez arrive à s'affaïsser comme dans la syphilis.

Le diagnostic d'avec l'eczéma, la tuberculose, la syphilis, se tire surtout de la constatation d'altérations similaires en d'autres régions du corps.

Comme thérapeutique on a recours localement aux galvanocautérisations, et comme moyen interne à l'huile de Chaulmoogra à la dose d'une centaine de gouttes chaque jour.

#### VI. — XANTHOSE DU NEZ.

Zuckerkindl décrit sous ce nom une atrophie de la muqueuse avec pigmentation brunâtre parfois compliquée de perforations du septum.

#### VII. — RHINOSCLÉROME.

Longtemps l'affection a été confondue avec des lésions syphilitiques ou lupiques. En 1870, elle fut décrite par Hebra et Kaposi. Le mot *rhinosclérome* est d'Hebra. Il indique le caractère principal de la maladie, la consistance ferme, ligneuse, des lésions (*σκληρός, dur*) ; mais il ne dit rien de la marche qu'elle suit dans son envahissement. Bornhaupt a proposé l'expression *scleroma respiratorium*, qui n'est pas généralement employée.

Après les descriptions d'Hebra et de Kaposi sont venues diverses monographies ou études de Mikulicz, Frisch, Chiari, Celso Pellizzari, Cornil, Cornil et Alvarez (de San Salvador), Mibelli, Ernest Besnier (1).

Et peu à peu, considérée d'abord comme une lésion syphilitique, l'affection arrive à ressortir à la pathologie générale.

(1) KAPOSI, Leç. sur les mal. de la peau ; trad. fr., t. II, p. 231. — CASABIANCA, Des aff. de la cloison des fosses nas., p. 49. Paris, 1876. — Ueber das Rhinosclerom (*Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, Bd. XX, 1876). — FRISCH (A.), *Wiener medicin. Wochenschr.*, 12 août 1882. — Étiologie des Rhinoscleroms (*Wiener medicin. Wochenschr.*, 12 août 1882). — CHIARI, Stenose des Kehlkopf und der Luftröhre bei Rhinosclerom (*Medic. Jahrbucher der K. K. Gesellschaft der Ärzte*, 1882, Heft 2, Wien). — PELLIZARI (Celso), Le rhinosclérome. Florence, 1883. — Il Rhinoscleroma (avec cinq planches lithog.). Florence, in-8°, 1883. — CORNIL, *Société anatomique*, 1883, p. 319. — GUEVARA, Sur le lupus scrofuleux des fosses nasales (Thèse de San Salvador, 1883). — CORNIL, *Société anatomique*, séance du 13 février 1885, et CORNIL et ALVAREZ, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 avril 1885 et *Arch. de physiol.*, 3<sup>e</sup> série, t. VI, 1885, p. 11. — ALVAREZ, Même recueil, 1886. — CHIARI et RIEHL, *Zeitschr. für Heilk.*, 1885. — SIDNEY DAVIES, Un cas de rhinosclérome (*The British med. Journ.*, 29 mai 1886). — STOUKOVENROFF, Trois cas de rhinosclérome (*Rev. méd. de Moscou*, t. XXVIII, n° 20, 1887). — DRESCHFELD, Bacilles du rhinosclérome (*Manchester Path. Soc., Journ. of Laryng. et by Mackenzie*, n° 1, 1887, p. 31. — DOUTRELEPONT, *Deutsche med. Wochenschr.*, 3 février 1887. — KOEHLER (Posen), *Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 7, 1888. — MIBELLI, Un cas de rhinosclérome (*Giorn. delle mal. venere*, an XXIII, n° 1, 1888). — MIKIFOROW, Du rhinosclérome (*Arch. für exper. Path. und Pharmak.*, 1888). — MIBELLI, *Giorn. ital. del. mal. ven. e della pelle*, 1888. — MELLE (Giovanni), I bacilli del rhinoscleroma, 1888. — WOLKOWITSCH, Du rhinosclérome (*Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXX, H. 23 ; *Journ. of laryng.*, n° 7, 1889). — RYDIGIER, *Congrès des chir. allemands*, avril 1889, *Revue de Chir.*, octobre 1889. — BOJEV (A.), Un cas de rhinosclérome (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1889). — LAQUER, *Centralblatt für klin. Medicin*, n° 28, 1889. — WOLKOWITSCH, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, Bd. XXXVIII, n° 2, 1889. — FINCH NOYES, Rhinoscleroma (*The Brit. Journ. of Derm.*, avril, 1890, p. 106). — LUTZ (A.), *Monatshefte für prakt. Dermatologie*, Bd. XI, 1890, p. 49. — BESNIER (Ernest), *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphilitigr.*, juillet 1891. — JACQUET, Recherches histol. et bactériol., 1891, p. 327. — PALSAUF, *Wiener klinische Wochenschr.*, nos 52 et 53, 1891-1892, p. 1 et 2.

**Étiologie.** — A. CAUSES GÉNÉRALES. — 1° *Répartition géographique.* — La distribution inégale du rhinosclérome dans les diverses nations des deux continents constitue un de ses caractères.

Récemment encore, l'affection n'avait jamais été observée à l'hôpital Saint-Louis. Depuis, un moulage pris sur un malade de l'hôpital a été déposé dans le musée qui s'y trouve. Antérieurement un cas avait été observé à Paris en 1859 par Hebra, un deuxième en 1883 par M. Ernest Besnier. Quelques autres enfin, mais très rares, ont pu être étudiés chez nous par Verneuil (sur un jeune Américain, il est vrai), et par M. E. Besnier.

La plupart de ces malades n'étaient pas des Français, mais des étrangers venus à Paris.

La patrie du rhinosclérome, pourrait-on dire, est sur les deux rives du Danube, principalement dans les provinces orientales de l'Autriche-Hongrie. Il est endémique. On l'observe encore en Russie, en Égypte, quelquefois en Italie, plus rarement en Suisse, en Espagne, en Belgique, en Suède. Lennox Browne (1) mentionne seulement trois cas en Angleterre et tous les trois d'origine étrangère. L'affection existe dans l'Amérique du Sud, chez les nègres du Brésil, particulièrement. Un seul cas a été vu dans l'Amérique du Nord, par Bulkley.

2° *Age.* — On n'en signale pas avant l'âge de puberté, mais le maximum de fréquence s'établit de quinze à trente ans en moyenne.

3° *Sexe.* — D'après Wolkowitsch, sur 85 cas analysés, 48 fois la maladie aurait été observée chez l'homme et 37 fois chez la femme. La proportion est de 8 à 6.

4° *Constitution et condition sociale.* — J'ai été frappé, dans les cas que j'ai pu observer à Vienne, de voir qu'il s'agissait toujours de sujets d'apparence misérable. C'étaient bien les plus mal tenus de la clinique, les plus pauvres, et d'autre part les apparences de santé étaient excellentes, pas la moindre cachexie. Les diverses observations publiées concordent à cet égard.

Donc : sujets de la classe pauvre, mais sujets vigoureux.

B. CAUSES LOCALES. — Très généralement on n'en trouve pas. S'il est fait parfois mention d'un traumatisme, c'est seulement à titre adjuvant. Il n'est intervenu qu'après l'apparition des néoplasmes et lui a communiqué, comme il arrive pour les tumeurs malignes, une poussée plus intense.

Il n'y a pas un seul cas de contagion bien établi.

**Siège.** — D'après les 85 cas colligés par Wolkowitsch, l'ordre de fréquence s'établit comme suit (je le présente par importance décroissante et dans la proportion pour 100) :

(1) LENNOX BROWNE, *Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales*, traduit par Aigre (de Boulogne-sur-Mer), Paris, 1891, p. 535.

	P. 100.		P. 100.
Fosses nasales.....	95	Bord alvéolaire supérieur....	19
Extérieur du nez.....	90	Trachée.....	6
Pharynx.....	67	Sac lacrymal.....	6
Lèvre supérieure.....	54	Langue.....	6
Larynx.....	22	Lèvre inférieure.....	2
Voûte palatine et voile du palais.....	20	Oreille.....	1

Ce tableau montre l'extrême fréquence relative du rhinosclérome du nez, du pharynx, du larynx. L'envahissement de la trachée, de la langue, des voies lacrymales, n'est, on le voit, que secondaire.

Potiquet, dans ses annotations du *Traité de Moldenhauer sur les maladies des fosses nasales*, dit avoir observé en 1884, chez Kaposi, un cas primitif du pavillon de l'oreille, pour lequel il propose justement le terme d'*otosclérome*.

De par la clinique, tout au moins, l'affection est donc bien du domaine de la spécialité *rhino-laryngologie*.

**Symptomatologie.** — DÉBUT. — La maladie se révèle assez souvent, avant toute trace extérieure, par du nasonnement dans la voix, avec catarrhe nasal. La sécrétion est plus ou moins fétide.

Bientôt, sur la cloison du nez le plus souvent, apparaissent des plaques circonscrites d'épaississement, dures, limitées d'abord au derme. On dirait qu'on touche du chondrome dur. Elles sont roses ou grisâtres, luisantes, quelquefois d'un rouge cuivré, dépourvues de poils, indolores, peu sensibles à la pression même forte. Elles rappellent des chéloïdes. L'affection se développe symétriquement des deux côtés du corps. Parties de la cloison du nez, et plus spécialement, d'après Chiari et Riehl, de la muqueuse des choanes, ces plaques gagnent en étendue surtout, se propagent aux muqueuses nasale, pharyngienne, laryngienne, d'une part; d'autre part à la peau de la lèvre supérieure, et s'y arrêtent quelque temps, d'où un type assez caractéristique. Puis l'envahissement se fait en profondeur du squelette cartilagineux et osseux. Les troubles fonctionnels entrent en scène. La maladie est à sa période d'état.

1° SIGNES PHYSIQUES. — a. *Nez.* — Il est comme épaté, élargi, en forme de selle. Sa racine peut être gonflée au point que les deux globes oculaires semblent plus distants que de nature. Les narines s'obstruent et peuvent arriver à être punctiformes, comme dans un cas de Davies. Les ailes durcissent et se rétractent, leur bord inférieur s'excavant, ou au contraire, rigides, ne peuvent plus s'appliquer contre la cloison. Toutes les pièces cartilagineuses sont épaissies.

A l'intérieur du nez, dans les fosses nasales, la sténose s'affirme de plus en plus et se rétablit après la dilatation par les sondes. Rydigier dit avoir observé un jeune homme chez lequel la cloison et les cornets avaient été envahis par des végétations ayant pris origine sur la face supérieure du voile.

Parfois les nodosités se développent *seulement* sur la muqueuse nasale, sans déformation extérieure, et c'est cette occlusion qui, provoquant chez le malade des dyspnées nocturnes, le conduit à consulter le médecin.

b. *Lèvre supérieure*. — Elle est gonflée, raidie par les infiltrats caractéristiques. Longtemps la dégénérescence se cantonne au voisinage du nez.

Les fissures ne sont pas rares dans le sillon naso-labial.

Alvarez a observé un grand nombre de rhinoscléromes; la figure 106, due à son obligeance, montre bien les lésions du nez et de la lèvre supérieure.

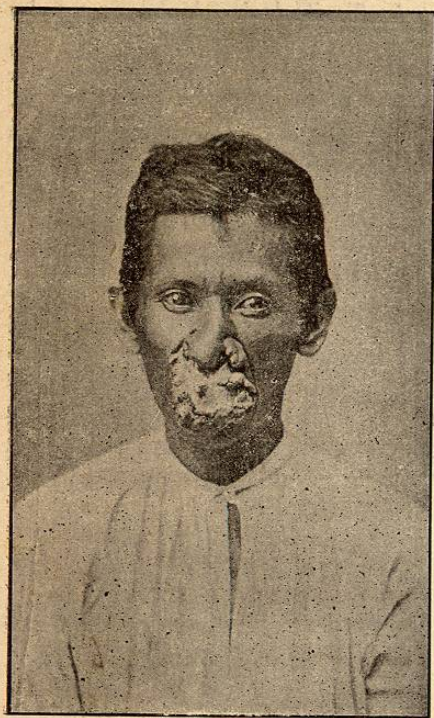


Fig. 106. — Cas de rhinosclérome communiqué par le Dr Alvarez.

c. *Arrière-bouche*. — Les plaques qui s'y montrent s'exulcèrent plus facilement par l'irritation que déterminent les aliments. La luette disparaît, caractère important par sa fréquence. Le voile du palais se rétractant, et s'indurant de plus en plus, finit par adhérer à la paroi postérieure du pharynx; les fosses nasales sont occluses en arrière.

Les piliers antérieurs, durs et épaissis, reculent et se déforment. Au toucher pharyngien, l'index a la sensation d'un voile en métal ou en ivoire (Chiari). Si on parvient à faire la rhinoscopie postérieure, on voit souvent des nodosités très accentuées sur la face supérieure du voile.

La propagation aux trompes d'Eustache s'est accusée par des douleurs lancinantes et la dureté de l'ouïe.

Les dents tombent si l'affection envahit la gencive.

d. *Larynx*. — L'ensemble de la muqueuse est grisâtre, sans ulcération. Des bourrelets se dessinent sur les bandes ventriculaires et les cordes qui se touchent ou se soudent à leur partie antérieure: d'où la sténose. Tels étaient les cas que j'ai vus.

2° SIGNES FONCTIONNELS. — La douleur s'accroît quand le pharynx est envahi. Elle tient surtout aux diverses irritations que détermine

la déglutition (odynophagie). Les boissons alcooliques ou acides causent alors une sensation de brûlure.

Le *suintement nasal* et les *épistaxis* trouvent leur explication dans ce fait, que les dépôts néoplasiques finissent par s'accumuler autour des vaisseaux superficiels, d'où une gêne de la circulation en retour. On trouve même des dépôts sanguins successifs dans les coupes histologiques de la muqueuse nasale.

La *voix* devient rauque ou étouffée; les malades exhalent parfois une odeur fétide par le nez et la bouche, quand il existe des ulcérations.

Les accès de suffocation sont exceptionnels.

Je n'ai jamais constaté l'engorgement des *ganglions lymphatiques*. Un seul fait de Sydney Davies, observé au Caire sur une Égyptienne de trente ans, se serait accompagné de ganglions rétro-cervicaux; encore cette femme était-elle suspecte de tuberculose ou de syphilis (quatre enfants morts sur six). *Ulcération* (?) antérieure au poignet gauche. Davies lui-même eut cette impression, car il débuta par un traitement antisyphilitique interne de trois semaines, sans résultat d'ailleurs. Si on en conclut que la syphilis était hors de cause, reste du moins la tuberculose possible.

**Marche.** — **Durée.** — **Terminaisons.** — La *marche* est très lente. C'est une affection chronique, mais progressive. Les nodosités en plateau, circonscrites au début, finissent par diffuser et se fusionner. Dans la période tardive, une fois les couches épidermiques superficielles envahies, la consistance éburnée devient molle, pâteuse. En même temps un liquide visqueux sourd de la masse et se dépose sur la tumeur en croûtes jaunâtres. Pour le rhinosclérome, comme pour l'épithélioma, on remarque que la marche est bien plus rapide sur les muqueuses que sur la peau. Kaposi a trouvé l'ancre d'Highmore envahi.

*Durée.* — On en voit qui durent depuis vingt ans et plus. Kœhler rapporte l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, chez laquelle les infiltrats très irréguliers du nez croissaient depuis vingt-sept ans, sans douleurs. L'intervention opératoire était inutile.

*Terminaison.* — Sinon la mort, du moins la trachéotomie est au bout, avec la canule à perpétuité. L'envahissement va rarement à la trachée, avec cette réserve pourtant que sa constatation au-dessous de la glotte est malaisée, en dehors des autopsies.

On n'a produit aucun cas de généralisation.

Lutz a constaté la rétrocession complète sans récurrence, d'un cas de rhinosclérome chez un Italien, à la suite de *fièvres prolongées* (?). Il put même le voir à nouveau longtemps après; mais il avoue n'avoir pas observé lui-même le rhinosclérome disparu. L'affection n'était établie que par des commémoratifs et par un rapport du médecin qui avait soigné le malade avant sa guérison. Il est impossible de