

RHAGADES. — Étym. : de ῥαγάς, déchirure, fissure.

Les rhagades sont des fissures de l'épiderme en forme de sillons ou de fentes. Souvent aussi, elles sont plus profondes et arrivent jusqu'au derme; elles sont alors limitées par des bords taillés à pic dont le fond est saignant ou ulcéré. Elles surviennent à la suite de tiraillements, de distension des muscles sous-jacents, lorsque la peau étant malade a perdu son élasticité, ou par le fait de la sécheresse de l'épiderme.

En France, le terme de fissure est d'habitude préféré au mot, cependant très correct; de rhagade, que les vénéréologues ont, fort arbitrairement, appliqué aux fissures vénériennes ou syphilitiques.

Les rhagades ou fissures n'ont en réalité aucune spécificité et appartiennent à une série d'affections cutanées, au premier rang desquelles le psoriasis et l'eczéma.

Elles sont *plicatiles*, *péri-articulaires* ou *articulaires*. Elles sont très douloureuses, du fait de la mise à nu et de l'érosion des sommets papillaires. Elles sont saignantes et gênent les fonctions et les mouvements, — contracture anale ou vulvaire, atrésie buccale fonctionnelle, rétraction des membres avec contracture musculaire simulante, par exemple, la rétraction de l'aponévrose palmaire ou l'ankylose du genou, etc.

Convenablement traitées, elles guérissent très aisément et sans cicatrices; négligées ou irritées, elles durent indéfiniment et peuvent s'ulcérer.

Voir l'article : *Gerçures*, t. II, p. 772.

RHINOPHYMA. — Étym. : de ῥίς, nez, et Φύμα, tubercule. — Syn. : éléphantiasis du nez; en Allemagne *Pfundnose* (nez d'une livre).

Difformité du nez causée par l'acné hypertrophique. L'organe peut alors atteindre des proportions colossales, pendre jusque sur la lèvre supérieure et affecter les formes les plus bizarres.

Voir l'article : *Acné hypertrophique*, t. I, p. 246.

RHINOSCLÉROME. — Voir l'article ci-après.

RHINOSCLÉROME.

Par A. CASTEX.

RHINOSCLÉROME

Étym. : ῥίς, nez et σκληρός, dur.

Cette affection a été longtemps confondue avec des lésions syphilitiques ou lupiques. En 1870, elle fut décrite par Hebra et Kaposi⁽¹⁾. Le mot rhinosclérome est d'Hebra. Il a l'avantage d'indiquer le caractère principal de la maladie, la consistance ferme, ligneuse des lésions; 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 Kaposi sont venues diverses monographies ou études de Mikulicz⁽²⁾, Frisch⁽³⁾, Chiari⁽⁴⁾, Celso Pellizari⁽⁵⁾, Cornil⁽⁶⁾, Cornil et Alvarez (de San Salvador)⁽⁷⁾, Mibelli⁽⁸⁾, Besnier⁽⁹⁾.

J'ai observé personnellement 8 cas de rhinosclérome, 6 à Vienne et 2 à Paris. Ils me serviront à composer le tableau clinique de l'affection.

Étiologie. — 1^o *Répartition géographique.* — La distribution inégale du rhinosclérome dans les diverses nations des deux continents constitue un de ses caractères importants.

On pouvait écrire récemment encore⁽¹⁰⁾ que 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 beau musée qui s'y trouve. Antérieurement, un cas avait été observé à Paris, en 1859, par Hebra, un deuxième, en 1885, par Ernest Besnier.

La patrie du rhinosclérome, pourrait-on dire, est sur les deux rives du Danube, principalement orientales.

Il y est endémique. On l'observe encore en Russie, dans les provinces du Sud-Ouest, en Égypte, quelquefois en Italie, plus rarement en Suisse, en Espagne, en Belgique, en Suède. Il se rencontre en Suisse, dans le Valais, mais assez rarement d'après Secrétan.

Lennox Browne⁽¹¹⁾ mentionne seulement 5 cas en Angleterre et tous les

(1) HEBRA et KAPOSI, *Leçons sur les maladies de la peau*, t. II, p. 251.

(2) MIKULICZ, Ueber das Rhinosclerome. *Langenbeck's Arch.*, t. XX, 1876.

(3) FRISCH, OÉtiologie des Rhinoscleroms. *Wiener med. Woch.*, août 1882.

(4) CHIARI, Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosclerom. *Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft der Aerzte*, Heft 2, Wien, 1882.

(5) CELSO PELLIZARI, *Il rhinoscleroma*. Florence, 1885.

(6) CORNIL, *Soc. anat.*, 15 février 1885.

(7) CORNIL et ALVAREZ, *Acad. de méd.*, 1885, et *Arch. de phys.*, 1885.

(8) MIBELLI, *Giorn. ital. del. mal. ven. et del. pelle*, 1888.

(9) E. BESNIER, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, juillet 1891, p. 256.

(10) CORNIL et BABÈS, *Les Bactéries*, 1890, t. II.

(11) LENNOX BROWNE, *Maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales*. Traduit par Aigre, 1891.

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. Quelques explications de cette répartition géographique ont été produites, mais elles sont sans valeur.

Alvarez (de San Salvador), qui s'est beaucoup occupé de cette maladie, pense que le rhinosclérome pourrait provenir des champs de culture où l'on récolte l'indigofera. L'indigo est le résultat d'une fermentation obtenue avec une légumineuse connue sous le nom d'*Indigofera tinctoria*. Or, on rencontre constamment sur cette plante un parasite analogue à celui qu'a décrit Frish. Alvarez a même pu produire la fermentation spéciale d'une décoction stérilisée d'indigofera avec des cultures de rhinosclérome.

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

3° *Sexe*. — D'après une étude très complète de Wolkowitsch (1) au point de vue clinique et bactériologique, 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.

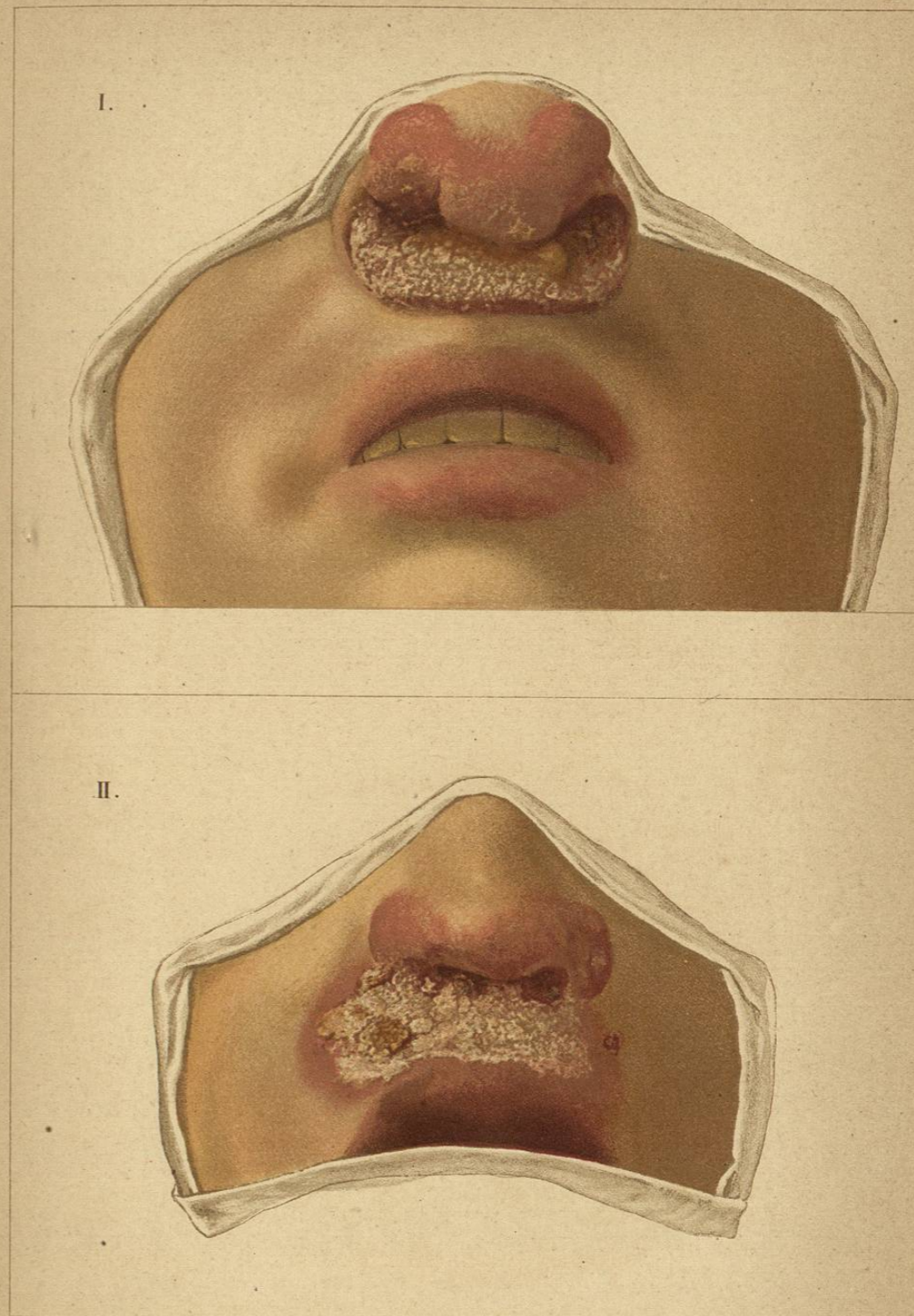
Très généralement on ne trouve pas de causes locales. S'il est fait parfois mention d'un traumatisme, c'est seulement à titre adjuvant. Il n'est intervenu qu'après l'apparition du néoplasme et lui a communiqué, comme il arrive pour les tumeurs malignes, une poussée plus intense.

La contagion chez l'homme est exceptionnelle : cas de Robertson chez deux sœurs, et de Secrétan chez deux frères.

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

Fosses nasales	95 pour 100.
Extérieur du nez	90 —
Pharynx	67 —
Lèvre supérieure	54 —
Larynx	22 —
Voûte palatine et voile du palais	20 —
Bord alvéolaire supérieur	19 —
Trachée	6 —
Sac lacrymal	6 —
Langue	5 —
Lèvre inférieure	2 —
Oreille	1 —

(1) WOLKOWITSCH, *Arch. f. clin. Chir.* Von Langenbeck, 1889.



Masson et C^{ie} Éditeurs, Paris.

Imp^{ie} Firmin Didot et C^{ie} Paris.

Rhinosclérome

- I. Moulage Baretta - Hôpital St-Louis N° 1615 (E. Besnier)
- II. Moulage Baretta - Hôpital St-Louis N° 1178 (Vidal)

Un simple coup d'œil jeté sur le tableau ci-dessus montre l'extrême fréquence relative du rhinosclérome au nez, au pharynx, au larynx. L'envahissement de la trachée, de la langue, des voies lacrymales, n'est, on le voit, que secondaire. Poliquet, dans ses annotations du traité de Moldenhauer sur les maladies des fosses nasales, nous dit avoir observé, en 1884, chez Kaposi, un cas primitif du pavillon de l'oreille pour lequel il propose le terme « otosclérome ».

Symptômes. — *Début.* — La maladie se révèle assez souvent, avant toute trace extérieure, par du nasonnement dans la voix, avec catarrhe nasal et épistaxis. La sécrétion est plus ou moins fétide, formée de croûtes qui se détachent difficilement.

Bientôt, sur la cloison du nez le plus souvent, apparaissent des plaques circonscrites d'épaississements durs, limitées d'abord au derme; on dirait qu'on touche du chondrome. Elles sont roses ou grisâtres, luisantes, quelquefois d'un rouge cuivre, dépourvues de poils, indolores, peu sensibles à la pression même forte. Elles rappellent des chéloïdes. L'affection se développe symétriquement des deux côtés. 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, s'y arrêtent quelque temps, d'où un type assez caractéristique (Planche VII, Fig. 1 et 2).

Puis l'envahissement se fait en profondeur au squelette cartilagineux et osseux. Les troubles fonctionnels se déclarent.

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. Les narines s'obstruent et peuvent arriver à être ponctiformes, comme dans un cas de Davies (1). 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 (2) nous dit avoir observé un jeune homme chez lequel la cloison et les cornets avaient été envahis de 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 caractéris-

(1) SYDNEY DAVIES, *The British med. Journal*, 29 mai 1885.

(2) RYDIGIER, *Congrès des chir. allemands*, avril 1889.

tiques (Fig. 54, 55 et 56). Longtemps la dégénérescence se cantonne au voisinage du nez. Des fissures ne sont pas rares dans le sillon naso-labial.

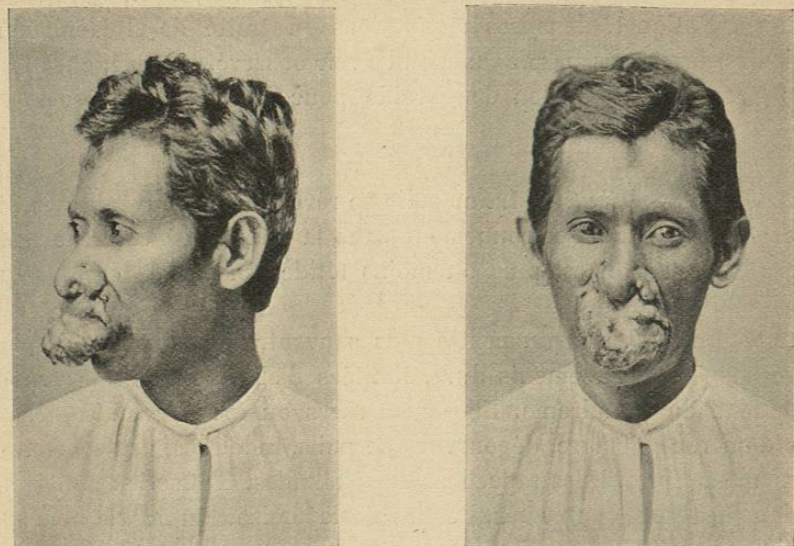


FIG. 54 et 55. — Rhinosclérome propagé à la lèvre supérieure. (Indigènes du Salvador.)

C. *Arrière-bouche.* — Les plaques qui s'y montrent s'exulcèrent plus facilement par l'irritation que déterminent les aliments.

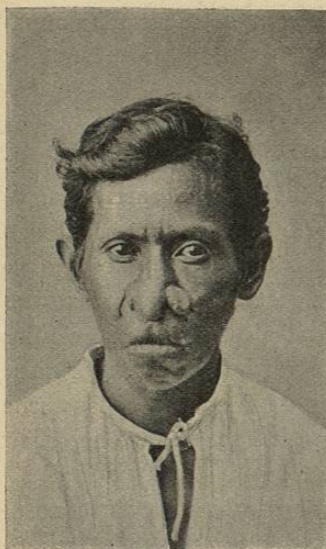


FIG. 56. — Rhinosclérome propagé à la lèvre supérieure. (Indigène du Salvador.)

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 (Fig. 57).

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. 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 et des tumeurs hémisphériques se dessinent sur les bandes ventri-

culaires et les cordes qui se tassent ou se soudent à leur partie antérieure, d'où la sténose; tels étaient les cas que j'ai vus. L'espace sous-glottique peut être tapissé par des croûtes d'un vert noirâtre. Exceptionnellement les lésions s'étendent à la trachée.

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 déterminent alors une sensation de brûlure. Le suintement nasal et les épistaxis trouvent leur explication dans ce fait mis en lumière par l'histologie 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.

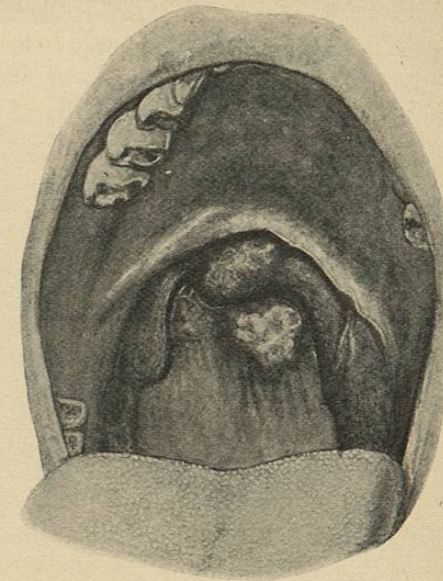


FIG. 57. — Rhinosclérome du voile du palais et du pharynx. Besnier. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1615.)

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 rares. On les observe surtout pendant la nuit et ils se terminent par l'expulsion d'une croûte.

Je n'ai jamais constaté dans mes observations l'engorgement des ganglions lymphatiques.

Un seul fait de Sydney Davies (1), 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 syphilis (4 enfants morts sur 6, ulcération (?) intérieure au poignet gauche). Davies lui-même eut cette impression, car il débuta par un traitement antisyphilitique intense de trois semaines, sans résultat d'ailleurs. Si on conclut que la syphilis était hors de cause, reste du moins la tuberculose possible.

La santé générale des rhinoscléromateux est ordinairement bonne.

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.

(1) SYDNEY DAVIES, *The British med. Journal*, 29 mai 1886, p. 1020.