

de la pituitaire sont ceux du coryza chronique : enchifrènement, nasonnement de la voix, épistaxis fréquentes, obtusion de l'odorat. Il n'est pas rare d'observer un peu la dureté de l'ouïe.

Ce sont aussi, comme on le verra, les symptômes auxquels donnent lieu les polypes muqueux; et, ce qui complète la ressemblance, c'est que ces symptômes sont plus manifestes à certains moments que dans d'autres, lorsque le temps est humide, par exemple. Cependant on doit signaler entre les deux maladies quelques caractères différentiels. D'abord un polype peut n'occuper qu'une seule narine, la muqueuse est toujours hypertrophiée symétriquement. De plus, le polype, une fois la narine saine obstruée, intercepte complètement le passage de l'air. Il n'en est plus de même quand on a affaire à une muqueuse épaissie. En bouchant alternativement l'une ou l'autre narine, on constate que le passage de l'air est également conservé, et en apparence se fait normalement. Fait-on respirer le malade exclusivement par le nez en fermant la bouche, il ne tarde pas à étouffer et est obligé d'ouvrir la bouche au bout de quelques instants. Ce signe est presque pathognomonique; il montre que les voies respiratoires ne sont pas imperméables à l'air, mais qu'elles sont trop étroites pour laisser arriver au poumon, en un temps donné, une quantité d'air suffisante. En d'autres termes, il se passe là ce qui a lieu lorsque, chez un malade opéré de la trachéotomie, la canule à demeure est de trop petit calibre : le malade s'asphyxie graduellement.

L'examen direct des fosses nasales fait reconnaître, à quelque distance des narines, une tumeur rougeâtre, dépendant de la paroi externe et empiétant plus ou moins vers la ligne médiane. Sa couleur est assez analogue à celle des polypes fibreux; les polypes muqueux sont beaucoup plus blanchâtres. Si l'on essaye de circonscrire la tumeur au moyen du stylet, on voit que ses limites ne sont pas précises et que l'empatement est diffus. La confusion n'est donc guère possible avec un polype muqueux, bien que journellement on prenne l'un pour l'autre. Tout au plus le serait-elle avec un polype fibreux, mais la marche de ce dernier est toute différente. De plus, il n'occupe jamais qu'une fosse nasale, tandis que l'hypertrophie de la pituitaire, même localisée, est presque toujours bilatérale.

La déviation de la cloison des fosses nasales pourrait, au premier abord, faire croire à un épaississement partiel de la muqueuse; mais on évitera facilement cette erreur en remarquant que la tumeur résultant de la déviation de la cloison fait corps avec la paroi interne.

TRAITEMENT. — L'hypertrophie de la pituitaire est une affection très-difficile à guérir. Expression d'un état général, elle nécessite toujours un traitement tonique et antiscrofuleux, dont les préparations iodées, l'huile de foie de morue et les ferrugineux forment la base. De plus, comme les polypes, elle récidive souvent, et parfois avec assez de rapidité, pour faire croire à l'existence d'une tumeur maligne.

On peut essayer, au début, de modifier la muqueuse par des applications locales, comme dans le coryza chronique simple : poudres, injec-

tions, etc. Cependant, la plupart du temps, ces moyens sont insuffisants, et il faut en venir à une opération.

L'arrachement, que l'on pratique trop souvent, dans la conviction où l'on est d'avoir affaire à un polype, est dans l'espèce une mauvaise opération, fort douloureuse et presque toujours incomplète, puisqu'on n'enlève que des lambeaux isolés de muqueuse. De plus, on brise presque toujours le cornet inférieur d'une façon irrégulière, ce qui expose à ébranler et à léser même une partie du maxillaire. Ce qui convient le mieux est l'excision, que l'on pratique au moyen de ciseaux droits portés le long de la paroi externe des fosses nasales. Malgré cela, on n'est pas encore complètement à l'abri d'une récidive; aussi est-il utile d'y joindre pendant quelque temps l'usage des insufflations astringentes ou des cautérisations locales.

4^o Catarrhe naso-pharyngien.

Dans les descriptions qui précèdent, nous avons eu seulement en vue les cas où l'inflammation était limitée aux fosses nasales proprement dites. Il n'est pas rare de voir les mêmes lésions s'étendre à la cavité pharyngienne, ou même débiter d'emblée dans cette région et rester circonscrite à l'arrière-cavité des fosses nasales. C'est à cette forme de la maladie, qui emprunte à son siège quelques caractères spéciaux, que l'on a donné le nom de *catarrhe naso-pharyngien*. Son étude, encore très-peu avancée, ne remonte réellement qu'à l'époque où l'on songea à appliquer le miroir laryngé à la rhinoscopie. Von Tröltzsch (1), Løvenberg (2), Meyer (3) (de Copenhague), ont donné de la maladie une description qui peut servir de point de départ pour des recherches ultérieures.

ÉTIOLOGIE. — Le catarrhe naso-pharyngien appartient certainement au groupe morbide des angines. Comme ces dernières, c'est une maladie extrêmement fréquente et qui reconnaît des causes multiples, dont l'étude ne saurait être abordée ici. Je dirai seulement que le catarrhe naso-pharyngien peut se produire consécutivement et par propagation à l'arrière-cavité des fosses nasales d'une angine simple, d'une otite, d'un coryza simple. Dans nombre de cas, cependant, le contraire me paraît avoir lieu, et l'inflammation, primitivement née dans l'arrière-cavité des fosses nasales, se propage à la gorge ou à l'oreille. Elle survient alors sous l'influence d'une prédisposition générale, telle que la scrofule, la dartre, l'arthritisme, ou forme une des manifestations locales de l'alcoolisme.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le catarrhe naso-pharyngien présente la plupart des symptômes que l'on a coutume de rattacher à l'angine glanduleuse.

(1) *Traité pratique des maladies de l'oreille*. 4^e édit., trad. française, p. 300.

(2) *Die Verwerthung der Rhinoscopy und der Nasenschlunddouche für Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Ohren und der Nasenrachenraumes* (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. II, p. 103).

(3) *Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne* (the Lancets 4 déc. 1869).

Nous renvoyons donc le lecteur aux traités de pathologie interne, où cette dernière maladie se trouve décrite. Nous insisterons seulement sur les caractères cliniques qui appartiennent plus particulièrement à l'inflammation chronique de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Les malades se plaignent d'un sentiment de sécheresse et de chatouillements désagréables dans la gorge et à la partie supérieure du voile du palais. Ils sont tourmentés de l'accumulation, au fond de la gorge, de mucus adhérent dont l'expectoration nécessite des efforts violents au point de déterminer quelquefois des vomissements. Ces symptômes sont beaucoup plus marqués le matin, au réveil; par suite de la position horizontale conservée durant la nuit, le mucus s'accumulant et se desséchant dans la cavité pharyngienne. Certains malades rejettent de temps en temps des fragments de mucus sec et dur, qui ont la forme d'un godet, et représentent plus ou moins exactement certaines dépressions de la cavité naso-pharyngienne, telles que les fossettes de Rosenmüller, l'embouchure des trompes d'Eustache, etc. Il n'est pas rare d'observer de temps à autre l'expectation de crachats sanglants, parfois même analogues aux crachats pneumoniques. Suivant Trölsch, le catarrhe chronique naso-pharyngien s'accompagnerait assez fréquemment de céphalalgie. Quelquefois on constate également, comme dans la plupart des affections chroniques des fosses nasales et de la gorge, une mauvaise odeur de l'haleine expirée.

Il nous reste enfin à mentionner certains troubles fonctionnels. La gêne de la respiration est habituellement peu marquée, à moins qu'il n'existe en même temps un coryza chronique. Le malade est alors obligé de respirer la bouche ouverte. La difficulté du langage consiste en une altération dans la prononciation des consonnes nasales, qui donne à la parole un timbre sourd et comme éteint. Ce défaut de prononciation, signalé par Meyer, coïnciderait principalement avec une forme anatomique spéciale du catarrhe naso-pharyngé que nous ferons bientôt connaître.

Enfin, la dureté de l'ouïe et les bourdonnements accompagnent très-fréquemment la maladie qui nous occupe, et reconnaissent la plupart du temps pour cause une obstruction mécanique de la trompe, et, suivant Trölsch, un certain degré de paralysie des muscles qui agissent pour dilater l'orifice de ce conduit. Souvent aussi les symptômes du côté de l'oreille dépendent, comme nous le verrons, de la propagation des lésions jusque dans la cavité de la trompe et de la caisse d'osselets.

Les altérations anatomiques qui correspondent aux troubles physiologiques et fonctionnels sont encore assez mal connues. Elles ont été incomplètement étudiées à l'aide de la rhinoscopie, qui seule permet d'établir le diagnostic exact sur le vivant, et les recherches nécropsiques laissent beaucoup à désirer.

Je n'insisterai pas sur l'existence fréquente des lésions propres à l'angine glanduleuse que l'on peut constater par l'examen direct de la gorge, telles que les granulations, les veines variqueuses de la paroi postérieure du pharynx et des piliers du voile du palais, etc.

La rhinoscopie et l'exploration cadavérique démontrent souvent, dans les cas dont il s'agit, des hyperémies de la muqueuse occupant la totalité de l'arrière-cavité des fosses nasales, ou certains points isolés, comme l'orifice des trompes; on observe même quelquefois, sous l'épithélium ou à sa surface, de petits extravasats sanguins. On a constaté également l'existence de concrétions muqueuses remplissant les orifices des trompes et les parties avoisinantes. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des hypertrophies glandulaires occupant la face supérieure du voile du palais, les orifices des trompes, l'extrémité postérieure des cornets, ou s'étendant même à toutes ces parties à la fois.

Dans ces derniers temps, Meyer (de Copenhague) a décrit, sous le nom de *végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne*, certaines lésions de la muqueuse que l'on peut rapprocher de celles qui accompagnent l'angine glanduleuse, et qui reconnaissent probablement pour point d'origine l'irritation chronique de la muqueuse naso-pharyngienne. Ces végétations sont de petites excroissances charnues, de formes et de dimensions variables, n'excédant pas, en général, la grosseur d'un pois et groupées en amas irréguliers sur la voûte et les parois latérales de la cavité naso-pharyngienne. Ordinairement cylindriques ou piriformes, elles présentent parfois des crêtes et des inégalités; leur consistance, d'après Meyer, serait très-variable: tantôt fermes et solides, tantôt molles et spongieuses; les unes sont presque exsangues, les autres très-vasculaires. Il est probable que l'auteur a confondu dans sa description plusieurs espèces de tumeurs que l'on distinguera un jour. Quoi qu'il en soit, leur point de départ semble être l'hypertrophie ou l'hypergénèse des vésicules closes et des glandes lymphatiques qui existent dans ce point aussi bien qu'à la base de la langue et aux amygdales. Les tumeurs les plus fermes sont constituées par du tissu adénoïde type, contenant de nombreux noyaux lymphatiques enclavés au milieu d'un stroma réticulé.

DIAGNOSTIC. — Il est en général assez obscur, en raison de la difficulté que l'on éprouve dans bon nombre de cas à pratiquer la rhinoscopie. Suivant Meyer, le toucher permettrait souvent de reconnaître l'existence dans la cavité naso-pharyngienne de granulations plus ou moins volumineuses, produites par le développement d'hypertrophies glandulaires ou de tumeurs adénoïdes.

PRONOSTIC. — Le catarrhe naso-pharyngien est une affection essentiellement chronique et d'une grande ténacité. Sa gravité dépend surtout des troubles fonctionnels qu'il détermine du côté de l'organe de l'ouïe. Il importe donc de ne pas négliger la maladie et de la traiter le plus tôt possible.

TRAITEMENT. — Il ressemble beaucoup à celui du coryza chronique et comporte les mêmes moyens généraux et locaux. Des premiers, je n'ai rien à dire. Quant aux moyens locaux, ils comprennent les insufflations de poudres médicamenteuses, les fumigations, les pulvérisations de liquides, les injections. Quoique la cavité naso-pharyngienne soit située

profondément, on arrive encore à faire pénétrer les médicaments sous forme pulvérulente, gazeuse ou liquide, soit par la voie nasale, soit par la voie buccale. Je n'insiste pas d'ailleurs sur les différentes méthodes à employer, parce que je considère que ces divers moyens sont de beaucoup inférieurs à la douche naso-pharyngienne, pratiquée suivant les règles que j'ai prescrites plus haut.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport au traitement du catarrhe naso-pharyngien, il me reste à mentionner une méthode préconisée récemment par Meyer (de Copenhague), et qui seule, d'après cet auteur, serait capable de guérir radicalement la maladie. Ce moyen consiste dans le raclage de la cavité naso-pharyngienne avec une sorte de spatule ou de curette introduite par les fosses nasales, dans le but de détruire les végétations produites par l'hypertrophie glandulaire. Je n'ai aucune expérience personnelle relativement à la valeur thérapeutique de cette opération que je n'ai jamais pratiquée. Mais, dans certains cas de catarrhe naso-pharyngien ayant résisté à tous les modes de traitement, et déterminant des troubles considérables du côté de l'organe de l'ouïe, si l'on avait préalablement constaté l'existence d'hypertrophies glandulaires, je pense qu'on serait autorisé à tenter l'abrasion de la muqueuse.

5° Ulcères des fosses nasales (coryza ulcéreux).

Les ulcères des fosses nasales ne constituent pas une espèce morbide définie. Elles présentent, en effet, presque autant de variétés qu'elles reconnaissent de causes différentes, et malheureusement presque toute cette partie de la pathologie des fosses nasales est encore à faire. La description qui va suivre est basée sur quelques travaux publiés antérieurement et sur les observations trop peu nombreuses que j'ai pu faire moi-même.

CAZENAVE, *Sur le coryza chronique non vénérien*. Paris, 1835. — PIEDNOEL, *Des ulcères des fosses nasales*, thèse de Paris, 1857. — TROUSSEAU, *De l'ozène* (*Gaz. des hôp.*, 1860). — HODENUS, *Die Stinknase ozæna* (*Deutsche Klinik*, 1861, n° 28). — TROUSSEAU, *De l'ozène et de son traitement* (*Bull. génér. de thérapeutique*, juillet 1863). — DESAUVRE, *Observ. sur les ulcères simples de la membrane de Schneider*, thèse de Paris, 1865. — GAILLETON, *Traitement de l'ozène* (*Journ. des connaissances médico-chirurgicales*, 1867, n° 16). — COUSIN, *Etudes sur l'ozène* (*Bull. génér. de thérapeutique*, n° 15).

ÉTIOLOGIE. — On peut, au point de vue étiologique, admettre deux grandes classes d'ulcérations des fosses nasales, les unes simples, les autres spécifiques.

Il est rare qu'une inflammation aiguë aboutisse à la formation d'ulcérations localisées. Cependant il y a lieu d'admettre ce mode de terminaison comme exceptionnel. Gendrin (1) en rapporte un exemple, à la suite d'un coryza aigu.

(1) *Histoire des inflammations*, 1826, t. I, p. 528.

Plus fréquemment la muqueuse, enflammée chroniquement en un point de sa surface, s'ulcère à ce niveau. C'est ce qui a lieu, par exemple, toutes les fois qu'un corps étranger importé du dehors, ou un calcul spontanément produit dans les fosses nasales, est en contact avec la pituitaire; de la même façon, un polype, lorsqu'il a atteint un certain volume, surtout un polype naso-pharyngien, détermine un travail irritatif qui entraîne des ulcérations. A plus forte raison, le même effet se produit quand la tumeur, au lieu d'être molle, est osseuse.

Le contact continu du pus provenant d'un organe voisin, surtout lorsque ce liquide est altéré, suffit pour excorier et quelquefois même ulcérer la muqueuse; aussi les ulcérations de la pituitaire sont-elles assez fréquentes à la suite de suppuration du sinus maxillaire.

Certains ulcères professionnels forment la transition entre les affections précédentes et celles qui sont manifestement dépendantes d'une maladie générale. Les ouvriers qui préparent le bichromate de potasse en traitant le chromate simple par l'acide sulfurique; ceux qui, dans les fabriques de papiers peints, manient le vert de Schweinfurt (arsénite de cuivre), sont fréquemment exposés à des ulcérations de la cloison. Ces ulcérations, bien étudiées par Delpech (1), Chevallier-Bécourt (2), Follin (3), tiennent à la fois de la maladie locale, puisqu'il y a absorption directe de vapeurs irritantes d'acide chromique ou de poussières arsenicales, et de la maladie générale, car il est habituel d'observer simultanément des ulcérations de même nature sur les cuisses et le scrotum, en même temps que des symptômes viscéraux d'une intoxication chronique.

La plupart des ulcères des fosses nasales sont la manifestation d'un état général. Tantôt ils surviennent à la suite de maladies graves, infectieuses, et alors ils ne sont que l'expression d'un état de l'organisme profondément débilité; tantôt ils sont produits par des maladies constitutionnelles à déterminations cutanées ou osseuses.

Dans la première catégorie se rangent les ulcérations que l'on observe après la morve, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole et plus rarement la scarlatine. Toutefois, à part la morve, où les ulcérations des fosses nasales sont de règle, elles sont tout à fait exceptionnelles dans les autres maladies infectieuses. Le mécanisme de leur production est facile à comprendre. Le plus souvent il s'agit d'un de ces abcès indolents, sous-cutanés ou sous-muqueux, qui se forment insidieusement, décollent la fibre-muqueuse qu'ils ulcèrent, en même temps qu'ils amènent la nécrose de l'os sous-jacent. Il en résulte un séquestre qui entretient l'ulcération jusqu'à ce qu'il soit éliminé.

La scrofule et la syphilis sont les deux grandes causes des ulcères chro-

(1) *De la fabrication du chromate de potasse et de son influence sur la santé des ouvriers*. Paris, 1864.

(2) *Annales d'hygiène*, 2^e série, t. XX, p. 83.

(3) *Arch. génér. de médecine*, 5^e série, t. X, p. 683.

niques des fosses nasales. La scrofule amène les ulcérations de la muqueuse de plusieurs façons : dans certains cas, celles-ci succèdent à un coryza chronique avec hypertrophie de la pituitaire, état fongueux et finalement ulcération de la membrane. C'est ce qu'on observe de préférence au niveau de la cloison, où il existe fréquemment des excroissances amenant l'érosion, puis la perforation de la muqueuse. Roser insiste sur ces particularités, qu'il rattache à un véritable lupus de la cloison. D'autres fois se sont les os qui sont cariés ou nécrosés primitivement; l'inflammation ulcéreuse de la pituitaire n'est alors que secondaire. Enfin, il est bien probable que souvent la diathèse scrofuleuse se manifeste par des éruptions analogues à l'impétigo, à l'ecthyma, au rupia de la peau, et que, derrière les croûtes de ces pustules, se fait un travail ulcératif analogue à celui que nous voyons pour les scrofulides; mais cette manière de voir n'est pas encore suffisamment démontrée.

La syphilis paraît le plus souvent agir primitivement sur les os du nez, dont elle détermine la carie ou la névrose. C'est ainsi que s'établissent ces ulcères tenaces des fosses nasales qui ne guérissent qu'avec l'exfoliation de la charpente osseuse. D'autres fois la muqueuse est d'abord malade. Chez les enfants, Trousseau insiste sur l'existence constante du coryza, qui préexiste toujours à l'ulcération et semble l'amener par l'envahissement du tissu sous-muqueux. L'altération de la sécrétion nasale, l'existence de véritables syphilides, de plaques muqueuses, amènent des ulcérations. Ceci d'ailleurs n'est pas spécial à la muqueuse de Schneider, car les ulcérations spécifiques de la gorge, du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, débutent toujours par la muqueuse pour gagner ensuite le tissu sous-muqueux.

Enfin, il est une dernière variété, qui, sans être bien connue, mérite cependant d'être signalée. On rencontre certaines ulcérations nasales rebelles à tout traitement, récidivant à chaque instant, chez des individus qui ne présentent aucun indice de scrofule ou de syphilis. Trousseau et avant lui Boyer rattachent ces cas à la diathèse herpétique, et l'éruption nasale à une sorte de psoriasis. Desaiivre cite, à l'appui de cette idée, le fait d'un homme atteint depuis longtemps de psoriasis invétéré, et qui rejetait constamment par les narines des bouchons albumineux moulés sur les cornets du nez; à ce niveau, la muqueuse était ulcérée. Ces derniers cas ont ceci de particulier, que, quelle que soit la durée de l'affection, elle n'entraîne jamais de lésions osseuses, à l'encontre de la syphilis et de la scrofule, qui finissent toujours par là.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On a rarement l'occasion de voir après la mort les ulcérations des fosses nasales; d'ailleurs, à part les cas de morve, où ces lésions sont recherchées avec soin, bien souvent elles passent inaperçues dans les autopsies.

Les ulcérations sont variables en nombre et en étendue; elles ne dépassent guère habituellement la grandeur d'une pièce d'un franc; parfois elles sont réduites à un petit pertuis qui déverse incessamment un ichor

fétide. Leur siège n'offre rien de constant et dépend essentiellement de la cause qui les a produites. Les narines et les ailes du nez sont très-souvent affectées de petits ulcères bénins, qui creusent à peine la muqueuse, et qui n'offrent de gravité qu'au niveau de la cloison cartilagineuse : car là la perforation peut survenir. Cette variété, que le docteur Ure (1) a décrite sous le nom d'*érosion folliculeuse*, paraît n'être qu'une sorte d'acné des narines; il en est de même de certains impétigos strumeux qui donnent lieu à des excoriations bénignes sous la croûte qui les recouvre. A ce niveau la pituitaire est rouge, érodée, parfois granuleuse, comme la conjonctive dans certains cas de blépharite rebelle. La muqueuse adjacente est saine, un peu plus vascularisée que de coutume.

Dans les formes graves, il n'en est plus de même. On trouve des pertes de substance profondes, siégeant le plus souvent à l'union du cartilage et des os du nez sur la lame perpendiculaire de l'éthmoïde, cependant susceptibles de se rencontrer ailleurs. Dans l'état actuel de la science, on ne peut préciser rien de fixe à ce sujet. Il est possible que si l'on ne constate pas plus souvent l'existence d'ulcérations sur la paroi externe des fosses nasales, c'est que l'exploration en est plus difficile.

Il en est de même des ulcérations siégeant à la partie postérieure des fosses nasales est jusque dans la cavité naso-pharyngienne, qui passent le plus souvent inaperçues, ou du moins dont l'existence n'est démontrée, sur le vivant, que par l'examen rhinoscopique. Ces ulcérations sont le plus souvent de nature syphilitique; cependant elles peuvent quelquefois succéder à une inflammation simple. Elles occupent généralement plusieurs points à la fois et peuvent siéger sur les diverses parois du *cavum nasale*. On conçoit les conséquences graves qui peuvent résulter des ulcérations de l'orifice des trompes. La figure 161, empruntée à Semeleder, montre des ulcérations multiples de l'arrière-cavité des fosses nasales chez un sujet syphilitique.

Quel que soit le siège de l'ulcération, la muqueuse du voisinage est épaissie, boursoufflée, fongueuse; elle saigne facilement et très-souvent se trouve soulevée par un décollement plus ou moins considérable, qui laisse à nu l'os sous-jacent altéré. La perte de substance elle-même se présente sous forme d'une solution de continuité à fond plat, à bords déchiquetés,

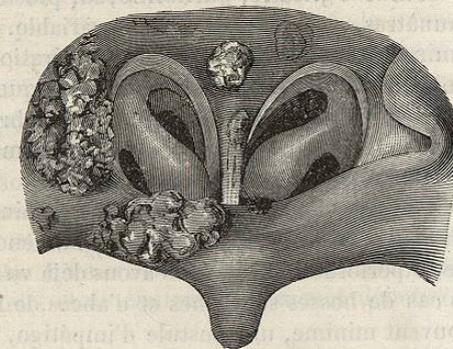


FIG. 161 — Ulcérations syphilitiques de l'arrière-cavité des fosses nasales. (Semeleder).

(1) In Holmes, *A System of Surgery*, t. III (*Diseases of the nose*).

irréguliers, fongueux. On ne retrouve pas toujours les bords taillés à pic que l'on est accoutumé de voir pour les autres ulcérations syphilitiques. Tantôt le fond est sanieux et grisâtre, recouvert de détritiques gangrenés; tantôt il disparaît sous des croûtes brunes, noirâtres, fétides, au-dessous desquelles stagne un mucus pur-sanguinolent. Dans ces cas il existe toujours, au niveau de l'ulcération, des altérations osseuses avancées; le squelette est carié, ramolli, nécrosé; parfois des lamelles osseuses se rencontrent au milieu du pus de l'ulcère et deviennent à leur tour une source d'irritation continue. Il n'est pas rare de voir, autour d'une ulcération qui a mis l'os à jour, une série de clapiers et de trajets fistuleux qui vont décollant la muqueuse et la perforant sur un point plus ou moins éloigné. Enfin, dans les cas extrêmes qui appartiennent à la syphilis ou à la scrofule invétérée, on peut rencontrer la destruction des os propres du nez, de l'ethmoïde, du vomer; le nez lui-même peut disparaître en totalité sous l'influence de la carie. C'est dans des faits de ce genre qu'on a vu parfois la propagation de la suppuration aux méninges, la thrombose de la veine ophthalmique, et consécutivement les coagulations des sinus de la dure-mère.

Les lésions de la morve diffèrent considérablement des précédentes, bien qu'elles aboutissent au même résultat. On trouve la pituitaire couverte d'un mucus grisâtre, puriforme; sur plusieurs points, il existe des élevures jaunâtres, abcédées, de volume variable. A ce niveau, la muqueuse est amincie et ulcérée; mais cette ulcération est toujours consécutive. Le point de départ est un abcès sous-muqueux, tout à fait analogue à ceux qui se produisent sur la peau des membres. Le même processus amène, dans le farcin chronique, des abcès sous-muqueux qui deviennent le point de départ d'ulcérations nécrosiques.

L'ulcère, même bénin, présente certaines particularités lorsqu'il siège au niveau de la cloison du nez; il en amène très-rapidement la perforation. Cette perforation, que nous avons déjà vu survenir très-fréquemment dans le cas de bosses sanguines et d'abcès de la cloison, succède à une cause souvent minime, une pustule d'impétigo, par exemple; elle est très-commune chez les ouvriers chromateurs et chez ceux qui travaillent l'arsenic. Cette tendance à la destruction s'explique par la faible vitalité du cartilage, qui, une fois décollé de la muqueuse, ne reçoit plus les éléments de nutrition nécessaires et tombe en gangrène.

SYMPTOMATOLOGIE. — Depuis Boyer, on distingue les ulcères des fosses nasales suivant qu'ils donnent lieu ou non à une odeur fétide. Cette division, bien que passible de quelques objections, est pratique et mérite d'être conservée.

Les symptômes des ulcères bénins sont parfois si peu prononcés que les malades n'y font point d'attention. Quelques démangeaisons, un léger degré d'enchifrènement, un peu d'obstruction nasale, qui sollicite plus fréquemment le besoin de se moucher, indiquent seuls l'existence de la lésion de la muqueuse. C'est ce qu'on rencontre dans l'érosion simple. Cependant il

est plus ordinaire de trouver de la douleur à la pression, un chatouillement fort désagréable qui porte le malade à se gratter, enfin un enchifrènement opiniâtre, qui gêne la respiration et entraîne le nasonnement de la voix. La narine est obstruée par la formation de croûtes qui se reproduisent constamment, et qui augmentent d'épaisseur au fur et à mesure qu'on les irrite davantage. Il en résulte un suintement muqueux strié de sang, parfois assez abondant, mais ordinairement sans odeur.

La fétidité de l'haleine, désignée sous le nom d'*ozène* ou *punaisie*, implique l'idée d'ulcérations profondes de la muqueuse, avec destruction plus ou moins complète des os sous-jacents. La plupart du temps, en effet, l'ozène reconnaît pour origine des lésions palpables: coryza chronique, ulcérations serofuleuses ou syphilitiques. Cependant il y a des cas bien avérés où toutes ces causes manquent et où la punaisie semble former à elle seule toute la maladie. Sans parler de quelques faits d'ozène passager, on a fréquemment signalé cette infirmité chez des individus jouissant en apparence d'une belle constitution et n'offrant aucun signe d'ulcérations de la pituitaire. Il est vrai que plusieurs de ces cas peuvent être symptomatiques des ulcérations que l'on ne voit pas, et que la catégorie des ozènes idiopathiques tend à se resserrer de jour en jour; mais il faut tenir grand compte de la prédisposition individuelle qui fait que telle sécrétion, en apparence normale, est altérée et devient fétide. Ce qui a lieu journellement pour la sueur des pieds, des aisselles chez certaines personnes, comme l'a fait remarquer Trousseau, se produit de la même façon pour les sécrétions nasales, qui prennent une odeur nauséabonde, bien qu'elles ne paraissent pas différer des mucosités normales. Certaines personnes ne peuvent avoir un coryza sans présenter momentanément des sécrétions fétides. On a aussi invoqué l'action de l'air. Elle paraît, en effet, nécessaire à la décomposition du mucus; mais pourquoi, dans certains cas seulement, agit-elle comme cause déterminante d'ozène? Voilà ce qu'on ignore complètement. Dire avec Hodenus qu'il s'agit là d'une affection des branches terminales du nerf olfactif, c'est accepter une hypothèse gratuite, non démontrée, et se contenter d'un mot dépourvu de sens précis.

Mais revenons au coryza ulcéreux, dont l'ozène forme un des caractères les plus saillants. L'odeur infecte de la respiration nasale, dont le malade n'a généralement pas conscience, l'enchifrènement perpétuel, le nasonnement de la voix, l'écoulement plus ou moins abondant de mucus verdâtre, épais, strié de sang, ou le rejet de croûtes moulées sur les cornets: tels sont les principaux symptômes du coryza ulcéreux, qui quelquefois est presque entièrement indolent.

Dans les cas plus graves, lorsqu'il y a carie d'une partie des os du nez, on observe des douleurs sourdes, prenant parfois le caractère lancinant et même névralgique, et déterminant du côté des yeux des fluxions intenses, avec larmolement et chémosis. En même temps l'écoulement continu de matières décomposées ne tarde pas à devenir très-préjudiciable à la