

*thésie* (contact du stylet, indifférent ou non perçu) circonscrite, étendue à une fosse nasale (*hémianesthésie*) ou aux deux.

**Fonctions sensorielles.** — Elles ont été étudiées avec l'*examen des sensibilités spéciales* (voy. p. 67).

## CHAPITRE II

### SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES FOSSES NASALES

#### I. — ÉPISTAXIS

**Signes cliniques.** — L'écoulement sanguin par le nez varie de quelques gouttes à quelques centaines de grammes, atteignant exceptionnellement un litre et plus. Parfois le sujet mouche seulement du sang en stries ou par gouttes; ailleurs, les gouttes se succèdent continuellement; dans les cas graves, c'est un vrai filet de sang qui coule. Il arrive que l'épistaxis soit précédée, de prurit nasal, de lourdeur de tête, de chaleur faciale (pléthoriques). Ailleurs, on ne relève ni prodromes, ni cause appréciable. En général, le sang ne coule que d'une narine, mais il peut couler des deux, soit que les deux en fournissent (dyscrasies sanguines), soit par reflux de l'une dans l'autre, si l'écoulement est copieux. Dans le décubitus, le sang peut couler dans le pharynx et même être dégluti pendant le sommeil, s'accumulant dans l'estomac (vomissements sanglants) et dans l'intestin (melæna). D'habitude, un caillot se forme spontanément qui arrête l'hémorragie. Quand elle dure ou se répète, une syncope peut survenir, qu'explique souvent aussi la vue du sang ou la peur. Des épistaxis abondantes et récidivantes peuvent entraîner, chez les débilités surtout, une anémie grave. Moyenne, l'hémorragie cesse d'habitude spontanément, mais reparait si le mouchage ou l'éternuement déplacent le caillot. Les épistaxis graves résultent des dyscrasies sanguines: purpura, hémophilie, infections hémorragipares.

La cause de l'épistaxis doit être précisée; elle est *traumatique*, ou *symptomatique*.

**Épistaxis traumatique.** — Elle résulte soit d'une déchirure de la muqueuse (chute, coup sur le nez), soit d'une fracture (cloison ou os propres du nez); elle peut encore succéder à l'ablation de polypes. La variété la plus commune, à *répétition*, frappant plutôt les adolescents que les adultes, reconnaît pour origine l'excoriation par l'ongle ou par un mouchage violent, d'un point particulièrement fragile de la cloison (tubercule de la cloison).

**Épistaxis symptomatiques.** — La cause en est locale ou générale.

**Causes locales.** — L'épistaxis peut dépendre: d'une *rhinite*, rhinite aiguë (rarement), coryza précurseur de la grippe, rhinite pseudo-membraneuse (détachement des fausses membranes) ou atrophique; d'ulcérations

sphilitiques ou tuberculeuses; de corps étrangers; d'un ulcère perforant de la cloison (avant la perforation); de certaines tumeurs nasales (fibromes nasopharyngiens, angiomes, sarcomes, épithéliomes).

**Causes générales.** — Les épistaxis graves, profuses, en nappe, d'une seule narine ou des deux, sont attribuables à l'*hémophilie*, par transsudation simple, sans lésion apparente: l'hémostase en est difficile. Le *purpura*, le *scorbut*, la *leucémie*, la *dengue*, peuvent déterminer des hémorragies analogues. Le *paludisme* est une cause possible d'hémorragies périodiques. Le déclin du *rhumatisme articulaire aigu*, de la *pneumonie*, de l'*érysipèle*, est quelquefois marqué par une épistaxis critique. L'épistaxis qui complique la *diphthérie* est soit légère, par arrachement des fausses membranes, soit grave, dans les formes toxiques. L'épistaxis de la *fièvre typhoïde* est tantôt *prodromique* et légère (adolescents surtout), tantôt *critique* (défervescence), tantôt *toxémique* (formes adynamiques). On appelle *épistaxis réflexes* celles que provoquent (à l'âge de la croissance surtout): les émotions, les excitations génésiques, la suppression des règles ou d'un flux hémorroïdaire (*épistaxis supplémentaires*), l'abaissement de la pression atmosphérique (ascensions en montagne ou en ballon). Les *affections hépatiques* (congestion, cirrhoses, ictère) provoquent des saignements de nez, surtout de la narine droite. Les *lésions valvulaires du cœur*, en élevant la tension veineuse, favorisent les épistaxis. Celles-ci sont fréquentes, abondantes et répétées au cours des *néphrites* (surtout *scléreuses*, par urémie et artério-sclérose). L'*épistaxis des vieillards* dépend habituellement d'une lésion cardiaque ou rénale. La quinte de *coqueluche* peut provoquer des saignements de nez d'origine mécanique.

**Diagnostic.** — On doit s'assurer d'abord que l'hémorragie vient du nez et vient des narines, quoique par celles-ci puisse s'écouler du sang venu du pharynx (rare). Il importe aussi de déterminer le *siège de l'hémorragie*. Venue en nappe d'une surface étendue, elle tient à l'hémophilie; née d'un point circonscrit, elle peut dépendre soit d'un traumatisme, soit d'une tumeur. Pour en préciser la source, on fait d'abord un lavage prudent, par injection d'eau bouillie tiède, puis on introduit un tampon d'ouate imbibé de solution cocaïnée et ensuite le spéculum bivalve. L'hémorragie siège le plus souvent à l'entrée des fosses nasales, à 1 centimètre du bord antérieur de la cloison; une muqueuse mince, très adhérente au cartilage, aminci lui-même, y présente fréquemment des ectasies variqueuses, petites dilatations bleuâtres ou saillies gris bleu (tête d'épingle) couvertes de petites croûtes dont l'avulsion donne issue au sang. Si le sang ne vient pas de ce point, reste à examiner la partie antérieure du plancher et les cornets. Une fois connu le siège de l'épistaxis, sa cause sera déterminée, grâce à un examen clinique méthodique et complet (cœur, foie, urines, etc.).

#### II. — EXAMEN DES ÉCOULEMENTS DES FOSSES NASALES

Normalement, les fosses nasales, pour humidifier l'air inspiré, sécrètent environ un litre de mucus par jour; cette quantité augmentant du reste en



raison de la sécheresse de l'air. Habituellement inconsciente, cette sécrétion n'attire l'attention que si elle est réduite ou exagérée. Sa diminution éveille la sensation de sécheresse intranasale, d'*enchifrèment*, rendant la voix nasonnée et la tête un peu lourde. Ce trouble est tantôt *passager*, répondant à des influences variées : début de coryza, excès de table ou vénérien, veilles; quelquefois *intermittent*, apparaissant à l'approche des règles chez certaines femmes, ou après les repas chez les dyspeptiques, les gouteux; tantôt *durable* ou alternant avec d'autres accidents, chez les sujets atteints de rhinite chronique. Le plus souvent, à cette sécheresse succède une sécrétion exagérée (coryza aigu, asthme des foins, rhinites hypertrophiques) d'un liquide clair, limpide, plus ou moins abondant, formé d'eau et de quelques cellules épithéliales et lymphatiques, s'écoulant par les narines (*rhinorrhée séreuse*). L'écoulement, quelquefois permanent (rhinites chroniques), est plus souvent passager, remplacé, après quelques heures ou quelques jours, par une sécrétion plus opaque, plus riche en cellules épithéliales et lymphatiques, plus adhérente et difficile à expulser, tantôt blanche, *muqueuse* (cellules épithéliales prédominantes), tantôt blanc jaunâtre, *muco-purulente* (mélange de cellules épithéliales et lymphatiques), tantôt jaune, *purulente* (pus presque pur).

Ces sécrétions reconnaissent des causes variables : *coryza aigu*, bilatéral, durant une quinzaine; *coryza chronique*, prolongé, coupé de poussées congestives parfois très courtes, frappant un côté plus que l'autre (surtout s'il présente une hypertrophie de la cloison ou d'un cornet), ou alternativement l'un et l'autre; *poussées congestives bilatérales* fugaces des arthritiques, des gouteux, des dyspeptiques, provoquées par les repas, les excès, la fatigue. La rhinoscopie précise le siège, l'étendue et le degré de la congestion.

Aisée à constater quand elle est copieuse, la sécrétion purulente est moins évidente si elle ne se traduit que par des croûtes sèches fixées en des points limités des fosses nasales et expulsées dans le mouchoir; noirâtres ou verdâtres à leur face libre, celles-ci portent à leur face adhérente un léger enduit humide que l'examen sur lamelle, après coloration au violet de gentiane, montre composé de cellules de pus. Il arrive aussi que les sécrétions purulentes, passant dans le naso-pharynx, sont crachées. Si la suppuration est unilatérale, le sujet sait habituellement de quelle narine elle vient. Mais, généralement, la rhinoscopie seule précise : la ou les sources du pus, les points où il apparaît et ceux où il s'accumule. Si l'origine est douteuse, on laisse dans la région suspecte un tampon d'ouate, qui, enlevé après quelques instants, est taché au point qui répond à l'origine du pus. Chez l'enfant, le pus vient toujours du nez ou du naso-pharynx; si sa source est unilatérale, on soupçonnera un *corps étranger*. Chez un enfant respirant habituellement par la bouche, l'issue bilatérale de muco-pus blanc jaunâtre pendant quelques jours, sans signes généraux notables, indique des *végétations adénoïdes enflammées*, ou une *rhinopharyngite chronique* à poussées aiguës. Le *coryza* banal se traduit par une rhinorrhée séro-muqueuse avec petites taches de pus; les *rhinites aiguës* peuvent donner lieu à une suppuration plus abondante, grisâtre; il en est

ainsi des *rhinites purulentes infectieuses* (fièvres éruptives, érysipèle, diphtérie). L'*impétigo de la face*, des yeux, se complique souvent d'une rhinite muco-purulente (*rhinite impétigineuse*), parfois avec abcès intranasal. La *rhinite purulente des nouveau-nés* ressortit souvent à la *syphilis* que dénonce l'atrésie des fosses nasales encombrées de pus concrété. La syphilis nasale des enfants plus âgés est identique à celle de l'adulte.

L'origine des suppurations nasales de l'adulte est *intra-nasale*, *rétro-nasale* ou *juxta-nasale* (Boulay).

**Suppurations intra-nasales.** — Les *suppurations intra-nasales aiguës* de l'adulte reconnaissent pour causes : le coryza aigu (simple, ou de l'influenza, de la variole, de l'érysipèle); une folliculite, un furoncle, un abcès du vestibule; la rhinoscopie les précise aisément.

Les causes habituelles des *suppurations intra-nasales chroniques* sont : la syphilis tertiaire, l'ozène, l'ulcère perforant de la cloison, la tuberculose et les tumeurs.

En cas d'*ozène*, le muco-pus est épais, en amas visqueux, fétides, formant parfois des bouchons durs, grisâtres ou verdâtres. La rhinoscopie constate des croûtes verdâtres adhérentes, et surtout l'élargissement des fosses nasales par atrophie des cornets.

Plus abondant, moins fétide, le pus des *gommules ulcérées* vient d'une ulcération à bords taillés à pic, mettant souvent l'os à nu.

Insidieux, rond ou ovale, à bords nets, en entonnoir, l'*ulcère perforant de la cloison*, large comme un pois, une lentille ou une pièce de 50 centimes, se forme aux dépens de la portion cartilagineuse qu'il nécrose.

Les *ulcérations tuberculeuses*, masquées de croûtes muco-purulentes, présentent un fond inégal, parfois osseux ou cartilagineux, et des bords fongueux.

**Suppurations rétro-nasales.** — Les *suppurations rétro-nasales* provoquent en général l'apparition de pus dans les crachats et dans le mouchoir. Les fosses nasales apparaissent intactes à la rhinoscopie antérieure et postérieure, mais cette dernière fait constater la présence de pus soit sur l'amygdale pharyngée, soit sur des ulcérations du cavum (syphilis ou tuberculose).

**Suppurations juxta-nasales.** — Ce terme désigne les suppurations du sinus maxillaire, des cellules ethmoïdales (antérieures ou postérieures), des sinus frontaux ou sphénoïdaux; suppurations rarement *aiguës* (grippe), bien plus souvent *chroniques* et venant en général d'un seul sinus. En ce cas, le pus abondant, d'odeur fade, coule, par intermittences, d'une seule narine; le moindre coryza exagère l'écoulement et provoque de violentes douleurs névralgiques.

La rhinoscopie montre la fosse nasale atteinte encombrée de pus et souvent de polypes muqueux; après avoir éteint soigneusement le pus, on ne tarde pas à en voir sourdre une gouttelette soit dans le *métat moyen* (sinus maxillaire, frontal, ou cellules ethmoïdales antérieures), soit *au-dessus du cornet moyen* (sinus sphénoïdal ou cellules ethmoïdales postérieures).

En cas d'*empyème du sinus maxillaire*, le pus sort par l'orifice du sinus; place-t-on une petite lampe électrique dans la bouche du malade, la joue du



côté atteint reste obscure, et le sujet, les yeux fermés, ne perçoit pas de sensation lumineuse de ce côté. Dans le doute, on ponctionne le sinus par le méat inférieur, avec une seringue munie d'une forte aiguille; le pus retiré, on y injecte un liquide aseptique qui ressort par la narine, mêlé de pus.

Si le pus ne vient pas du sinus maxillaire, on explore avec un stylet les deux faces du cornet moyen; y constate-t-on un point osseux dénudé, la suppuration des *cellules ethmoïdales antérieures* est probable. Celle du *sinus frontal* est soupçonnée par exclusion. Le pus venu du *sinus sphénoïdal* séjourne sur la voûte pharyngée et à l'extrémité postérieure des cornets du côté malade où on le découvre par la rhinoscopie postérieure. La suppuration des *cellules ethmoïdales postérieures* s'écoule par la fente olfactive et implique la lésion osseuse de l'extrémité postérieure du cornet moyen.

**Examen bactériologique.** — Il complète les renseignements fournis par l'examen clinique. Les furoncles du vestibule, la rhinite impétigineuse ressortissent au *staphylocoque*. On a décelé le *bacille de Pfeiffer* et le *pneumocoque* dans le coryza grippal et le coryza simple.

Les rhinites de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, de l'érysipèle, les suppurations des sinus dépendent du *streptocoque*. Le *bacille diphtérique* détermine un coryza pseudo-membraneux, mais parfois aussi purulent; les fausses membranes peuvent du reste également ressortir à d'autres germes. Chez les nouveau-nés atteints d'ophtalmie purulente, on peut observer un *coryza gonococcique*.

L'examen des mucoosités nasales se fait par les méthodes générales, appliquées à celui des autres sécrétions pathologiques. La recherche du *bacille de Koch* peut être délicate; en cas d'ulcération suspecte, on essuie la surface de celle-ci avec un tampon d'ouate que l'on inocule sous la cuisse d'un cobaye. Le *bacille de Hansen* se retrouve dans le muco-pus de la rhinite lépreuse qu'il permet de reconnaître dès le début de la maladie (Jeanselme); très analogue au *bacille de Koch*, il s'en distingue par son groupement presque constant en *buissons* ou en boules épineuses et par son innocuité pour le cobaye. Muco-purulent, visqueux, brunâtre, le *jetage* de la *morve* contient un *bacille* spécifique, droit ou légèrement incurvé, à bouts arrondis, coloré par les couleurs basiques d'aniline, décoloré par le Gram, cultivant sur les milieux usuels (strie blanc mat d'abord, puis orangée et brune, sur gélose additionnée de lait ou de glycérine; sur sérum, colonies jaunes puis blanc de lait; sur pomme de terre, culture jaunâtre puis ambrée, et, après 6 à 8 jours, orangée rougeâtre, avec auréole d'un blanc verdâtre). Le *bacille morveux*, inoculé dans le péritoine du cobaye mâle, provoque, en 2 à 5 jours, une *orchite spécifique* caractéristique (Straus). L'agent pathogène supposé de l'ozène n'est pas encore isolé; on a cru le reconnaître soit dans un *bacille* analogue au *pneumo-bacille de Friedlander* (Löwenberg), soit dans un bâtonnet rappelant le *bacille diphtérique* ou les *bacilles pseudo-diphtériques* (Belfanti et della Vedora.)

### III. — NÉVROSES RÉFLEXES NASALES

Les excitations, même légères, de la pituitaire, provoquent normalement des réactions réflexes énergiques : toux, éternuements, larmolement, etc. Le nez est, par suite, souvent le point de départ de réflexes pathologiques tels que : toux, rhinorrhée, spasme laryngé et bronchique, troubles vaso-moteurs, migraine, que supprime l'anesthésie par la cocaïne, et cela d'autant mieux que la sensibilité est exagérée (hyperexcitabilité) par une tare névropathique (hystérie, neurasthénie, arthritisme). Voltolini a d'abord établi les rapports de l'*asthme* avec la présence de tumeurs dans le nez, mais les troubles réflexes d'origine nasale peuvent être des plus variables : crises d'éternuement, de toux sèche spasmodique, de spasme laryngé, glottique, d'aphonie spasmodique; hyperémie des paupières, des conjonctives, hydorrhée nasale, hyperidrose, migraines, névralgies de la V<sup>e</sup> paire, vertiges, bégaiement, tics convulsifs et même troubles psychiques (hypocondrie, amnésie, anxiété), troubles oculaires (rétrécissement du champ visuel, troubles de l'accommodation, scotomes, amblyopies, hémianopsie, névralgie ciliaire); bien plus rarement : œsophagisme, gastralgie, incontinence d'urine, syncope, convulsions choréiformes ou épileptiformes, goitre exophtalmique. Souvent associés ou alternants, ces accidents peuvent être tous modifiés ou guéris par une intervention nasale. Leur gravité n'est pas proportionnée à celle de la lésion nasale originelle, habituellement chronique : catarrhe nasal ou naso-pharyngien, surtout *rhinite hypertrophique*.

Certains auteurs limitent l'excitabilité réflexe à des zones spéciales dont le tissu érectile devient turgide : extrémité antérieure du cornet inférieur, bord antérieur du cornet moyen (Hack), terminaisons nerveuses sensibles (Fränkel), partie postérieure des fosses nasales (Baratoux), cloison excitée au contact de cornets turgides (Heryng). En réalité, le siège des zones hyperexcitables est très variable et très instable (Ruault, Cartaz). L'excitation reconnaît aussi parfois une cause indirecte et éloignée : des troubles gastro-intestinaux ou génitaux engendrent la congestion de la muqueuse nasale qui à son tour entraîne l'écllosion des troubles nerveux.

### IV. — RHINITE CATARRHALE AIGÛE

Affection banale, plus fréquente dans l'enfance et à l'âge adulte, la rhinite catarrhale aiguë, probablement microbienne et contagieuse, est déterminée par le refroidissement qui suspend le pouvoir bactéricide normal du mucus nasal. Brusque, le début est marqué par un malaise léger, du mal de tête, de la sécheresse et des picotements dans le nez; puis surviennent des éternuements, de l'enchifrènement et l'écoulement, par les narines, d'une sécrétion d'abord fluide, ensuite gommeuse et finalement muco-purulente (*coction*); la céphalée du début est attribuable à la congestion de la muqueuse des sinus



frontaux. L'écoulement, les éternuements, l'enchifrènement cessent peu à peu en deux ou trois jours.

Certaines formes entraînent de petits frissons, une fièvre légère (38°,5), de l'embarras gastrique (langue blanche), de la laryngo-trachéite et même de la bronchite. Elles sont proches parentes de la *grippe*.

La rhinoscopie montre une muqueuse rouge sombre, luisante, un peu tuméfiée (cornet inférieur), coupée, à la période d'état, de filaments mucopurulents. La muqueuse pharyngée est rouge également, souvent aussi un peu celles du larynx et de la trachée.

La conjonctivite (propagation par le canal nasal), l'otite catarrhale moyenne, la sinusite, les laryngites, les bronchites sont des complications possibles.

La répétition des crises entraîne l'hypertrophie de la muqueuse des cornets et les rhinites purulentes chroniques.

#### V. — RHINITES VASOMOTRICES

**Hydrorrhée nasale.** — L'hydrorrhée nasale est une hypersécrétion exagérée, non périodique, sans éternuements ni dyspnée, occasionnée par le refroidissement, les poussières irritantes, les polypes, et frappant surtout les neuro-arthritiques. Elle est d'origine vaso-motrice.

Le signe essentiel en est l'écoulement d'un liquide aqueux, débutant brusquement par un ou deux éternuements, et accompagné d'un léger enchifrènement qui force le sujet à se moucher continuellement pendant des heures. La sécrétion, composée de mucus nasal normal, peut atteindre 250 grammes par jour. La muqueuse nasale est à peine altérée, mais présente une hyperesthésie très marquée. La maladie est aisée à reconnaître et à distinguer du coryza aigu ou de l'asthme des foins.

**Rhume des foins.** — Le rhume des foins est une variété de rhinite vaso-motrice dont les crises, périodiques, semblent provoquées par le pollen des graminées. Il sévit pendant mai et juin en Europe; l'été, en Amérique; souvent héréditaire, il frappe plutôt des hommes adultes et est attribuable aussi à l'hyperexcitabilité de la muqueuse nasale, lésée ou non, ou à l'arthritisme.

On distingue une forme *oculo-nasale* et une forme *asthmaticque*.

**Forme oculo-nasale.** — Brusquement ou après un léger malaise, survient : de la céphalée, du prurit nasal et conjonctival, des picotements intenses à l'angle interne de l'œil; la conjonctive est rouge et très sensible, les paupières sont gonflées; on constate du larmolement, de la photophobie. Le malade étourdit 20 et 30 fois de suite; son nez coule abondamment; la pituitaire est rouge et gonflée. Les accès, qui durent de quelques instants à plusieurs heures, subissent des répités et des paroxysmes, sont sujets à se répéter plusieurs jours et finissent par cesser avec la sécrétion. La fièvre fait presque toujours défaut.

**Forme asthmaticque.** — Appelée aussi *oculo-naso-thoracique*, cette forme présente, outre les signes précédents, des accès dyspnéiques plus ou moins

violents, vespéraux ou nocturnes, accompagnés d'une toux qui aboutit à l'expulsion de crachats perlés grisâtres. Les signes physiques, ceux d'un accès d'asthme vulgaire, consistent surtout en râles sibilants et ronflants. Les crises surviennent principalement au déclin de l'accès oculo-nasal, peuvent durer plus d'une semaine, entraînant de l'abattement et de la fatigue, mais presque jamais de fièvre.

Le rhume des foins se distingue facilement du coryza aigu (saison, éternuements), des névroses réflexes ou psychiques, et de l'asthme (vrai ou symptomatique d'une tumeur nasale).

#### VI. — RHINITES INFANTILES

La rhinite aiguë est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte et présente, à cet âge, des conséquences plus graves. L'obstruction plus ou moins complète qu'elle comporte entraîne chez le nouveau-né l'inanition (impossibilité de respirer par le nez, et de têter) et même l'asphyxie rapide, qu'exagèrent le sommeil et le spasme convulsif. La respiration par la bouche favorise l'écllosion des amygdalites, des angines, des phlegmasies laryngées et bronchiques. L'otite moyenne suppurée est très fréquente. L'évolution vers l'état chronique, l'atrophie ou la purulence est possible.

La *rhinite purulente* est *aiguë* ou *subaiguë*. Aiguë, elle est : tantôt *catarrhale, primitive*, sans grande réaction générale, souvent associée à l'impétigo de la face, propre aux sujets lymphatiques; tantôt *secondaire* aux fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole) et d'origine infectieuse. Il est une variété qui frappe le nouveau-né dans les deux ou trois premiers jours et résulte souvent d'une inoculation intra-vaginale, quelquefois blennorrhagique.

Les germes pyogènes vulgaires se retrouvent dans les sécrétions de la rhinite purulente. La muqueuse nasale est gonflée et rouge, non ulcérée.

La *rhinite purulente subaiguë* commence par de l'enchifrènement et par une hypersécrétion qui devient continue et purulente; propre aux enfants lymphatiques, elle complique souvent les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales. Elle peut aboutir à la rhinite atrophique.

La *rhinite syphilitique héréditaire* éclate dans les deux ou trois premières semaines et débute souvent comme un coryza banal. Très rapidement, la sécrétion devient sanieuse, séro-purulente, striée de sang, formant autour des narines, sur la lèvre supérieure, des croûtes brunâtres qui bouchent l'orifice. La muqueuse (peu visible), couverte de pus, de croûtes, est tuméfiée, mais en général non ulcérée. Très enflammé, le pharynx présente de l'hypertrophie du tissu adénoïdien. Le larynx peut être également pris (enrouement). Les os et les cartilages ne sont guère frappés que dans la syphilis héréditaire tardive.

Tout enfant porteur d'un coryza tenace avec jetage séro-sanguinolent (à moins de diphtérie) sera suspect de syphilis; diagnostic que confirme, en général, au bout de quelques jours, l'apparition de lésions cutanées et muqueuses.