

cloison des fosses nasales dont l'étude, encore récente, est due surtout à Schmiegelow, Voltolini et Hajek, et qui a reçu le nom d'*ulcère perforant de la cloison du nez* (1). L'abondance et la fréquence des épistaxis, pendant la durée

(1) Cette affection est caractérisée par une ulcération arrondie ou ovale, d'un diamètre de 1 à 1 centimètre et demi en moyenne, siégeant vers la région moyenne de la partie cartilagineuse de la cloison, n'envahissant qu'exceptionnellement la partie contiguë du plancher, et respectant toujours la région de la cloison osseuse. Elle débute par une fausse membrane, à laquelle succède une ulcération arrondie, à fond gris jaunâtre, à bords nettement découpés. Cette ulcération creuse jusqu'au cartilage, qu'elle dénude et détruit ensuite, puis elle envahit la couche muqueuse opposée et aboutit à la perforation complète du septum, après quoi les bords de la perte de substance se cicatrisent. On observe cette affection chez des sujets de tout âge, à partir de l'adolescence. Elle est plus commune chez l'homme. La durée de son évolution est très variable. Dès que le cartilage est dénudé, la perforation se constitue assez rapidement; mais la première période, aboutissant à la dénudation cartilagineuse, est souvent très longue; et pour ma part j'ai observé plusieurs malades chez lesquels elle durait depuis des années. La lésion est le plus souvent unilatérale, mais quelquefois chaque côté de la cloison présente une ulcération; et en pareil cas les deux ulcères peuvent présenter la même étendue et la même profondeur, aussi bien que de notables différences.

L'étiologie de l'ulcère perforant est encore très discutée. On l'a détaché avec raison de la syphilis, à laquelle ses lésions ont été longtemps attribuées, dans tous les cas, par les classiques, et qui trop souvent encore est injustement mise en cause par les cliniciens. Mais, à mon avis, c'est à tort que certains auteurs ont voulu faire de cet ulcère une affection spéciale et autonome; et, *a fortiori*, que quelques-uns l'ont considéré comme une lésion à spécificité propre. Je crois que ses caractères objectifs, son évolution, son mode de terminaison doivent, comme sa pathogénie elle-même, leur constance remarquable à la structure anatomique de la région où on l'observe; mais qu'en réalité son étiologie est très variable. Pour moi, elle peut apparaître dans tous les cas où, sous une influence quelconque, quelques rameaux sanguins de la muqueuse qui tapisse la partie moyenne du cartilage triangulaire, circonscrivant un petit territoire vasculaire de la région, viennent à se rompre dans certaines conditions déterminées. Si celles-ci sont telles que l'arrêt spontané de l'hémorragie ne puisse se réaliser par un autre mécanisme que celui du thrombus hématique, et qu'en outre ces thrombus restent un peu longtemps incapables de s'organiser et de subir la transformation fibreuse, l'ulcère aura grande chance d'apparaître à un moment donné. En effet, la cicatrisation des petites plaies hémorragiques superficielles faisant défaut, celles-ci restant exposées risqueront d'autant plus aisément d'être infectées qu'elles siègent sur une membrane dont la nutrition et la résistance sont très affaiblies par suite de l'ischémie résultant des récentes lésions vasculaires. En tout autre point des fosses nasales, la pituitaire, grâce à son épaisseur et à la vascularisation de ses couches profondes, reprendrait bientôt sa vitalité et s'opposerait à l'extension des lésions; mais, dans la région qui nous occupe, la muqueuse particulièrement adhérente et mince, dédoublée même sur une petite partie de son épaisseur au niveau du cul-de-sac qui représente le canal de Jacobson, revêt un cartilage qu'elle défend sans que lui-même puisse l'aider en lui fournissant des phagocytes au besoin. Elle est incapable de recouvrer sa vitalité, dès que celle-ci a été un peu sérieusement compromise, et, si la pullulation microbienne n'est pas empêchée par d'autres conditions connexes, celle-ci s'étendra des petites plaies vasculaires lui servant de point de départ aux parties voisines et intermédiaires, dont la couche externe surtout, la plus ischémique, est tout à fait incapable de s'opposer à l'envahissement des agents infectieux. Cette invasion de la surface et de la couche sous-épithéliale, sur toute la région cartilagineuse du septum où la muqueuse conserve avec sa minceur une vulnérabilité suffisante, aboutira fatalement à la nécrose généralisée des cellules des couches superficielles de la membrane envahie. Lorsque la marche excentrique des agents infectieux sera enfin arrêtée à la limite extrême au delà de laquelle la muqueuse est assez épaisse et assez vascularisée pour se défendre avec avantage, l'envahissement microbien et la nécrose cellulaire consécutive se feront uniquement de la surface vers la profondeur. La muqueuse une fois détruite et le cartilage dénudé, celui-ci sera détruit rapidement, et le processus nécrotique gagnera sans tarder la membrane muqueuse opposée, envahie à son tour par les microbes sur une trop large surface de sa couche profonde pour qu'il lui soit possible de s'en défendre et d'éviter une destruction complète. La perforation de la cloison une fois réalisée, rien ne s'oppose à la cicatrisation des bords de la perte de substance, puisqu'ils représentent précisément la limite que les agents infectieux n'ont pu franchir.

La durée du processus aboutissant à la perforation variera suivant l'épaisseur de la muqueuse, l'importance des vaisseaux lésés, les conditions favorables ou non à la multiplication et au fonctionnement des micro-organismes, etc. C'est ainsi que lorsque l'ulcère se développe dans le cours d'une maladie générale infectieuse grave, à titre d'infection

de cette affection, sont extrêmement variables suivant les sujets; quelques-uns d'entre eux ne saignent même qu'exceptionnellement ou si peu qu'ils ne s'en préoccupent nullement; mais chez d'autres, au contraire, les épistaxis sont plus ou moins sérieuses et rapprochées, et elles ne disparaissent spontanément que lorsque l'ulcère a achevé son évolution complète en amenant une large perforation de la cloison: la cicatrisation des bords de la perte de substance se fait alors seule et assez rapidement.

Il ne faudrait pas croire que la majorité des hémorragies nasales à répétition, indépendantes de troubles sérieux de la santé générale aussi bien que d'affections nasales importantes, soient attribuables à des thrombus rouges ou à des ulcères simples de la cloison. Le plus souvent les épistaxis habituelles qu'on voit apparaître, sans causes générales appréciables, chez des sujets bien portants et surtout chez des jeunes gens de 17 à 20 ou 25 ans, ou chez des personnes plus âgées se plaignant de démangeaisons dues à de l'eczéma ou à quelque autre dermatose du vestibule des narines, sont d'origine traumatique et dépendent de simples érosions siégeant à la partie la plus antérieure et la plus inférieure de la muqueuse de la cloison. Ces érosions résultent des frottements répétés auxquels les malades eux-mêmes se soumettent, lorsqu'ils s'introduisent de temps à autre les doigts dans le nez. Tantôt et souvent sans même en avoir conscience, ils se grattent avec l'ongle ou cherchent à se débarrasser de sécrétions concrètes adhérentes; tantôt ils ont l'habitude, après s'être mouchés, de faire pénétrer dans les narines, pour les nettoyer, l'extrémité de l'index coiffée par leur mouchoir. Ces manœuvres donnent lieu, de préférence du côté où l'entrée de la narine est la moins large, à une érosion d'étendue variable et saignant toujours plus ou moins lorsqu'elle prend naissance. Comme elle siège tout à fait à l'entrée de la fosse nasale, elle se comporte comme une érosion cutanée; c'est-à-dire qu'elle se recouvre de concrétions sanguines plus ou moins épaisses et étendues, qui se dessèchent bientôt sous l'action du courant d'air et deviennent en même temps très adhérentes. Mais, aussitôt que ces croûtes ont eu le temps de se constituer, elles deviennent gênantes pour le malade, qui ne peut remuer tant soit peu ses narines, se moucher fortement ou toucher à son nez, sans les mobiliser, les détacher en partie de la petite plaie sous-jacente et déterminer à la surface de celle-ci un léger suintement sanguin. Si le malade, en ce moment même ou peu après, est atteint d'une de ces poussées d'hyperémie active de la face, si fréquentes chez certains sujets, soit à la fin des repas, soit dans les bals, théâtres, et autres réunions dans des locaux où l'air est sec et chaud, ou sous l'influence de beaucoup d'autres causes occasionnelles, l'épistaxis apparaît. Ces accidents se renouvellent ainsi tant que la cicatrisation de l'érosion n'a pu trouver le temps de se faire sous la protection de la concrétion sous-jacente (1). Mais il suffit souvent que le sujet s'astreigne

secondaire, il suit d'ordinaire une marche rapide, et amène la perforation complète en peu de jours; tandis que dans d'autres cas il peut soit s'arrêter dans son évolution et guérir, soit rester superficiel pendant des années, presque indéfiniment peut-être, et ne prendre une marche plus rapide qu'après avoir amené la dénudation du cartilage.

Les agents infectieux de l'ulcère perforant semblent n'être autres que les organismes phlogogènes vulgaires (streptocoques, staphylocoques), associés ou non entre eux et à divers cocci, bactéries et autres microbes habituellement saprogènes.

(1) J'ai soutenu cette opinion, il y a déjà plusieurs années, dans une note publiée dans les *Archives de laryngologie* (1889, p. 552 et suivantes). Je suis heureux de la voir partagée par M. ZUCKERKANDL, *Anat. de Nasenh.*, t. II, 1892, p. 58; bien qu'il ne me cite pas.

à ne pas toucher son nez, et à ramollir la consistance des croûtes à l'aide de l'application répétée d'une pommade à base de vaseline, pour que celles-ci ne se détachent que lorsque l'érosion qu'elles recouvraient est complètement cicatrisée, sans avoir laissé la moindre trace.

Dans d'autres cas enfin, les hémorragies se répètent sans que l'examen rhinoscopique le plus minutieux, pratiqué quelques heures après l'arrêt spontané d'une épistaxis, permette de constater la moindre lésion locale, et même le moindre caillot sanguin. Le malade s'est mouché, le nez est normal, la muqueuse ne présente tant au niveau de la cloison que dans les autres parties visibles absolument rien d'anormal à noter. Cependant, en pareil cas, le point de départ de l'hémorragie siègeait bien à son lieu d'élection (région antéro-inférieure du septum); on l'a constaté par l'examen direct pendant ou à la fin de l'épistaxis; on peut même parfois s'en convaincre lors de l'examen consécutif, en voyant le contact du spéculum, ou celui du stylet, sur la région précitée, y déterminer une nouvelle hémorragie en nappe d'abondance et de durée très variables. Ces conditions peuvent se présenter dans un nombre important de cas d'épistaxis symptomatiques de causes diverses. Elles peuvent se présenter aussi chez des malades atteints, pour la première fois ou non, d'épistaxis graves se répétant à plusieurs reprises pendant plusieurs jours, ne reparaisant parfois jamais plus dans la suite, et dont la cause demeure obscure.

Les *épistaxis supplémentaires* telles que celles qu'on observe parfois dans la grossesse aux époques correspondant aux périodes menstruelles absentes; ou encore qui surviennent à titre de déviations de la fonction cataméniale soit au moment de la puberté, soit à la ménopause, soit accidentellement à la suite d'une suppression brusque du flux menstruel, etc., sont souvent aussi indépendantes de lésions locales appréciables. Il en est vraisemblablement de même des hémorragies nasales causées par une *dépression atmosphérique rapide*, dont sont parfois atteints les ascensionnistes ou les aéronautes.

Chez certains individus enfin, on peut voir survenir des épistaxis profuses, unilatérales ou bilatérales, se produisant en nappe sur de larges étendues de la muqueuse en apparence saine. Telles sont les hémorragies nasales, souvent extrêmement graves, qui se voient chez les *hémophiliques héréditaires*. L'épistaxis est la plus commune des hémorragies spontanées observées dans l'hémophilie; et c'est aussi la plus redoutable, car le tiers des sujets qui succombent à cette singulière maladie sont emportés par des hémorragies nasales.

Quelques *lésions ulcéreuses* à sièges variables, comme celles qui reconnaissent pour cause la présence d'un corps étranger ou d'un rhinolithé, et surtout les ulcérations fistuleuses et bourgeonnantes résultant des *nécroses* du squelette des fosses nasales dues à la *syphilis tertiaire*, déterminent très souvent des épistaxis répétées survenant avec une extrême facilité.

Certaines *tumeurs*, soit malignes (en première ligne les *sarcomes embryonnaires*), soit de nature bénigne comme les *angiomes* (quelque petites que puissent être leurs dimensions), ou les *fibromes* vasculaires à insertions nasales et surtout naso-pharyngiennes, comptent parmi les causes les plus fréquentes des hémorragies nasales immédiatement ou plus ou moins rapidement mortelles, ou du moins assez graves pour menacer la vie du sujet dans un grand nombre de cas. Je ne fais que signaler ici ces épistaxis, qui intéressent surtout les chirurgiens.

C. *De l'épistaxis dans quelques maladies des divers organes et appareils.* — L'épistaxis est un symptôme fréquent d'un grand nombre d'affections du foie. Dans ces conditions, sa pathogénie est complexe; car elle résulte, tantôt de l'augmentation de la tension veineuse, tantôt d'hyperémies actives dues à des auto-intoxications. De plus, les altérations de la crase sanguine et les troubles de la nutrition favorisent la persistance des hémorragies et entravent souvent l'hémostase spontanée. On l'observe constamment dans le cours de l'*ictère grave*, fréquemment au début et pendant l'évolution des *cirrhoses* veineuses et biliaires.

Dans ces divers cas, elle présente une valeur diagnostique et pronostique considérable, qui a été signalée dans l'article de M. Chauffard inséré dans le tome troisième de cet ouvrage.

Dans les *maladies du cœur*, les épistaxis qui surviennent à une période avancée des affections mitrales se voient surtout chez des sujets atteints de *cirrhoses cardiaques*. Leur apparition dans les *cardiopathies aortiques* est d'un fâcheux augure. Enfin, ainsi que l'a montré M. Duroziez, l'épistaxis peut se montrer comme un symptôme. Les hémorragies nasales d'origine cardiaque sont le plus souvent dues à une exagération de la tension veineuse.

Les *maladies des reins* comptent l'épistaxis parmi leurs symptômes éventuels. Tantôt elle apparaît dans le cours de la maladie, tantôt elle en constitue le symptôme le plus précoce. M. Lécorché et M. E. Gaucher ont noté qu'on voyait assez souvent des malades, d'abord atteints d'épistaxis abondantes et répétées, présenter peu après des symptômes de *sclérose rénale*. Richard Bright, Rayet ont appelé l'attention sur les épistaxis tardives annonçant l'*imminence d'accidents urémiques*. Les épistaxis d'origine rénale sont dues à l'hypertension artérielle coïncidant avec la fragilité des petits vaisseaux, aux auto-intoxications déterminant des fluxions actives, aux altérations du sang, etc.; leur pathogénie est donc très complexe.

Parmi les *maladies aiguës de l'appareil respiratoire* où l'épistaxis joue un rôle de quelque importance, il importe de signaler la *coqueluche*. Ces hémorragies sont dues à l'hypertension veineuse déterminée par les efforts de toux quinteuse. Lorsqu'elles sont insignifiantes et ne se reproduisent qu'irrégulièrement, leur importance est à peu près nulle; mais, dans certains cas, elles peuvent se répéter presque à chaque quinte, et avec une abondance assez considérable pour que les pertes de sang répétées qui en résultent lui donnent le caractère d'une complication grave. Elles deviennent surtout menaçantes lorsqu'elles durent longtemps après chacune des quintes qui l'ont occasionnée: H. Roger a appelé l'attention sur les faits de ce genre.

Au début de la *tuberculose pulmonaire*, souvent même assez longtemps avant l'apparition des premiers signes de l'affection, l'épistaxis est fréquente. Il s'agit le plus souvent d'hémorragies peu abondantes, se répétant de temps à autre, et durant peu. Dans le cours de la maladie, on voit parfois l'hémorragie nasale accompagner l'hémoptysie ou alterner avec elle; et elle constitue souvent le premier symptôme annonçant l'imminence d'une poussée subaiguë succédant à une période d'amélioration ou à un état stationnaire des lésions. A la période terminale, lorsque l'état cachectique est déjà très marqué, on peut aussi observer des épistaxis à répétition qui hâtent la terminaison fatale.

D. *De l'épistaxis dans quelques maladies générales, dyscrasiques ou infectieuses.* — Dans la *leucocytémie*, on observe assez souvent des épistaxis. Elles sont

quelquefois très abondantes, incoercibles, et peuvent causer la mort du malade avant que la maladie soit déjà parvenue aux dernières périodes de son évolution.

Le *scorbut* compte aussi l'hémorragie nasale parmi ses symptômes habituels; mais, chez les scorbutiques, l'épistaxis se présente avec une fréquence, une abondance et une gravité très variables.

L'épistaxis s'observe souvent dans l'*impaludisme*. On la voit revenir parfois, à intervalles réguliers, en même temps que de la congestion splénique, comme une manifestation de la malaria, ou bien accompagner ou suivre les accès réglés. Lorsqu'elle survient chez les malades frappés d'*accidents* palustres graves, *pernicieux* (pseudo-typhus paludique, fièvre bilieuse hématurique, etc.), elle constitue souvent une complication des plus sévères; car en pareil cas il n'est pas rare d'avoir affaire à des hémorragies incoercibles, résistant à toutes les tentatives d'hémostase. Enfin, la *cachexie palustre*, dans certains cas, est la cause d'épistaxis de gravité variable, qui surviennent le plus souvent à la période ultime de la maladie.

Pendant le cours des dernières épidémies d'*influenza*, j'ai observé un certain nombre de cas d'épistaxis d'origine grippale. Leur répétition a toujours été arrêtée par l'administration de la quinine à dose un peu élevée.

Dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu*, l'épistaxis est très fréquente. Elle se montre surtout du 10^e au 20^e jour, rarement plus tôt, et plus rarement encore comme symptôme prémonitoire. A moins qu'elle ne coïncide avec divers phénomènes (anxiété, agitation, insomnie, etc.) annonçant l'imminence d'accidents cérébraux, elle est plutôt un symptôme favorable que fâcheux, car elle est suivie le plus souvent d'une diminution de la douleur et d'un abaissement thermique.

L'hémorragie nasale survenant dans le cours de l'*érysipèle de la face* est aussi, le plus souvent, un symptôme favorable.

Dans le cours de la *diphthérie* franche, on peut voir quelquefois survenir de légères épistaxis après l'expulsion de fausses membranes intra-nasales, et c'est alors un fait sans grande importance; mais lorsqu'un malade, atteint d'angine diphthéritique avec état général grave d'emblée, présente dès le début de la maladie des épistaxis répétées, c'est un signe pronostique très grave, surtout lorsqu'elles sont un peu abondantes et persistantes. Alors, en effet, elles ne présagent pas seulement l'envahissement rapide des fosses nasales, mais elles révèlent l'existence d'une infection générale profonde. Les hémorragies nasales de ce genre se voient fréquemment dans les *diphthéries secondaires*, surtout celles de la scarlatine. Elles sont parfois extrêmement abondantes et rebelles: ainsi M. Sanné a observé un cas d'épistaxis foudroyante qui a causé la mort en quelques instants.

Le saignement de nez est très fréquent au début de la *rougeole*, et il ne présente alors aucune importance. Mais, lorsqu'il survient plus tard et coïncide avec une adynamie marquée, des taches cutanées pétéchiales, et les autres symptômes de la rougeole hémorragique, il doit être considéré comme un accident grave. Il en est de même dans les *formes hémorragiques* de la *scarlatine* et de la *variole*.

Les épistaxis de la *fièvre typhoïde* méritent une attention particulière. Elles sont assez rares chez les enfants au début de la maladie, tandis que chez les adultes leur fréquence est au contraire indéniable. Aussi, lorsqu'on les constate chez un sujet en même temps que du malaise, de la céphalée, de l'accablement,

de l'anorexie, elles présentent une valeur diagnostique importante. Ces hémorragies nasales précoces se répètent parfois plusieurs jours de suite, et elles sont suivies d'une atténuation de la céphalalgie; leur abondance, suivant quelques auteurs, serait même un signe pronostique favorable. Toutefois lorsqu'elles se prolongent et se répètent pendant le premier septénaire, elles peuvent devenir de plus en plus abondantes et dangereuses. Quelquefois, vers la fin de la maladie, on voit survenir une épistaxis abondante suivie d'une défervescence fébrile rapide et d'une amélioration progressive de tous les symptômes. L'hémorragie nasale paraît alors, comme dans certains cas d'érysipèle de la face, jouer le rôle d'un *phénomène critique*, et son apparition est de bon augure. Mais lorsque ces épistaxis tardives surviennent chez des malades en état d'*adynamie* profonde, et surtout coïncident avec d'autres hémorragies (intestinales, utérines, sous-cutanées, etc.), leur pronostic est des plus sombres, car, si leur abondance et leur ténacité ne suffisent pas toujours à menacer la vie du malade, elles témoignent de la haute gravité de l'infection générale dont elles sont un symptôme.

Diagnostic. — Lorsque le médecin se trouve en présence d'un malade qui saigne du nez, il doit chercher à élucider successivement les quatre questions suivantes :

1^o Le sang qui s'écoule par les narines, ou seulement par l'une d'elles, vient-il des fosses nasales ou du pharynx nasal?

2^o Si l'hémorragie est bien d'origine intra-nasale, de quelle ou quelles régions de la pituitaire provient-elle?

3^o Cette hémorragie a-t-elle pour cause principale une lésion locale antécédente?

4^o Est-elle symptomatique d'une maladie organique éloignée, ou d'une maladie générale, au début ou en évolution?

Tant que le malade saigne un peu abondamment, le médecin qui l'observe pour la première fois se trouve souvent dans l'impossibilité de résoudre les trois premières parties du problème, sauf lorsqu'il est renseigné sur la présence d'un sarcome nasal, d'un polype naso-pharyngien, etc.; et il ne peut arriver à la solution de la quatrième que s'il a affaire à un malade manifestement atteint d'une affection hépatique, rénale ou cardiaque, d'une maladie générale infectieuse, etc. Le mieux à faire est donc, dans la plupart des cas, de se contenter tout d'abord d'un diagnostic provisoire basé sur les renseignements recueillis immédiatement, de procéder à l'hémostase s'il y a urgence, ou dans le cas contraire d'attendre que l'écoulement ait cessé pour tenter un diagnostic complet pouvant conduire à une thérapeutique rationnelle. La cocaïne en solution forte appliquée localement permet d'ailleurs assez souvent, ainsi que nous le verrons bientôt, de réaliser une hémostase provisoire suffisante pour aider au diagnostic local.

L'épistaxis ayant cessé sans le secours du tamponnement, et n'ayant pas reparu depuis une ou plusieurs heures, le médecin s'occupera de compléter les renseignements sommaires recueillis antérieurement. Tout d'abord (sauf lorsqu'il s'agit de malades atteints de certaines maladies générales graves imposant des mesures de prudence spéciales), il devra procéder à l'examen méthodique des parties à l'aide des méthodes techniques rhinoscopiques. Si l'inspection des fosses nasales est gênée par la présence de caillots volumineux,