



Thèse

1897

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Contribution à l'étude de la rhinite sèche antérieure eczémateuse

Nadel, Sophie

How to cite

NADEL, Sophie. Contribution à l'étude de la rhinite sèche antérieure eczémateuse. Doctoral Thesis, 1897. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:27249](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27249)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27249>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:27249](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27249)

Travail fait à l'Institut clinique d'otologie et de laryngologie
du Dr A. Wyss, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RHINITE SÈCHE ANTÉRIEURE ECZÉMA TEUSE

PAR
SOPHIE NADEL
de Russie.

THÈSE INAUGURALE
*présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine.*

GENÈVE
IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3
—
1897

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR A. WYSS

Hommage d'estime et de reconnaissance.

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons fréquenté l'intéressante policlinique de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de M. le Dr Wyss et nous avons eu l'occasion d'y observer les différentes maladies du nez.

Notre maître, M. Wyss, a bien voulu attirer notre attention sur le peu d'importance que quelques spécialistes semblent attacher à la question des différentes formes de rhinite, et sur leurs divergences d'opinions au sujet des dénominations nosologiques et des rapports entre l'état général et l'affection locale. Il nous a suggéré l'idée d'essayer d'éclaircir la question et d'en faire le sujet de notre thèse.

Que M. Wyss veuille bien nous permettre de lui témoigner ici notre reconnaissance pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous donner pendant toute la durée de notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RHINITE SÈCHE ANTÉRIEURE ECZÉMATEUSE

**Définition et historique de la rhinite sèche
antérieure eczémateuse.**

En entreprenant ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier cette forme particulière d'affection de la région antérieure des fosses nasales, qui a été dénommée récemment par le professeur Siebenmann¹, de Bâle : « Rhinite sèche antérieure ». Le nom lui-même indique la localisation et la nature de cette affection. D'après nos observations, la rhinite sèche antérieure est circonscrite dans le vestibule du nez et spécialement sur la cloison cartilagineuse ; elle se traduit au début par une sensation de sécheresse, de démangeaison et de tension des parties malades. La sécrétion vernissée de la muqueuse malade donne lieu à la formation de croûtes sur la cloison, ainsi que sur la face interne des ailes du nez. Dans certains cas, il se produit des ulcérations et des hémorragies capillaires répétées.

¹ Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1890. Wiesbaden.

M. Siebenmann¹ en 1890, établit le tableau morbide de la rhinite sèche antérieure, qui, d'après lui, peut donner lieu à la formation de croûtes, à des épistaxis, à l'eczéma et jusqu'à la perforation de la cloison cartilagineuse. Cette affection se rencontre, selon Siebenmann, dans le 10 % de tous les cas d'affections nasales. Les symptômes sont : une sensation pénible de sécheresse et de tension, des éruptions eczémateuses. La muqueuse est souvent visqueuse, parfois sèche et comme poudreuse ou vernissée, plus tard d'un gris clair, d'aspect épidermoïde ou tendineux. Le grattage avec le doigt détermine des hémorragies, le tissu vivant est arraché en même temps que les croûtes, ce qui aboutit finalement à la perforation. Dans d'autres cas la muqueuse malade s'hypertrophie et produit ce qu'on appelle le polype saignant de la cloison. Des furoncles, l'érysipèle, le lupus, des phlegmons aigus de la cloison peuvent survenir.

Le microscope montre la muqueuse finement plissée, avec un épithélium de transition ou pavimenteux. Le vernis, qui recouvre les endroits malades, présente, par places, dans sa coloration, la réaction nette de la substance cornée. Le diagnostic est facile, mais souvent il n'est pas fait chez les enfants, car l'attention du médecin est plutôt portée sur d'autres affections des fosses nasales ou du rhinopharynx.

Le traitement appliqué par Siebenmann se borne à l'emploi des pommades usitées dans la blépharite ciliaire,

¹ Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Der Trockene Catarrhe und die Epithelmetaplasie der Knorpeligen Nase, 1895. Siebenmann, de Bâle.

en la défense du grattage et du moucher énergique et dans l'administration de remèdes reconstituants. En cas d'épistaxis habituelle, Siebenmann recommande l'application du permanganate de potasse en substance.

En 1896 *Ribarg*¹, dans un travail fait sous la direction de Siebenmann, arrive aux conclusions suivantes au sujet de la rhinite sèche antérieure :

1° La rhinite sèche antérieure se localise sur le septum cartilagineux. La *xanthose* de Zuckerkandl entre dans le tableau général de la rhinite sèche antérieure.

2° La rhinite sèche est le facteur étiologique le plus important des épistaxis habituelles, de l'ulcère perforant et, très probablement aussi, du polype hémorragique du septum nasal.

3° La rhinite sèche antérieure prédispose aux maladies infectieuses à point de départ nasal (tuberculose, syphilis, érysipèle, péri-chondrite suppurée du septum).

4° Au point de vue histologique nous pouvons conclure, que la muqueuse renferme des cellules nombreuses présentant les caractères de la dégénérescence hyaline et quelques rares cellules éosinophiles.

5° La muqueuse contient beaucoup de pigment, tantôt dans les cellules, tantôt en dehors. Le pigment doit être considéré comme étant d'origine hémotogène (hématoïdine). La réaction caractéristique consiste dans sa coloration rouge brune avec la fuchsine phéniquée.

6° Dans le mucus de la muqueuse métaplasique on constate l'existence d'une ou de plusieurs couches d'une

¹ Archiv für Laryngologie und Rhinologie, « Klinisch - Anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca antero » von D. Ü. Ribary, 1896.

substance particulière, recouvrant ou pénétrant la couche cellulaire superficielle. Ce sont très probablement les produits de décomposition de cette substance qui donnent l'odeur si caractéristique de la muqueuse nasale atrophiée. Elle est en tout cas la cause de la consistance vernissée de la sécrétion des muqueuses atteintes de catarrhe sec. En imprégnant la couche cellulaire la plus superficielle de l'épithélium, cette substance unit fortement cette couche épithéliale avec la croûte qui la recouvre. C'est ce qui explique la vulnérabilité très grande de la muqueuse dans ces cas.

7° Les creux visibles à l'œil nu sur la muqueuse malade ne correspondent qu'exceptionnellement à des conduits excréteurs dilatés de glandes mucipares ; dans la règle, ils sont produits par un véritable plissement du revêtement épithélial.

8° Le septum normal montre une zone très mince d'épithélium pavimenteux, au point de contact de la muqueuse nasale avec l'épiderme du septum cutané. Le reste de la muqueuse du septum cartilagineux est partout recouvert d'épithélium cylindrique stratifié, à cils vibratils.

Avant Siebenmann, l'affection désignée par lui sous le nom de rhinite sèche antérieure était généralement considérée comme un eczéma desquamatif.

*Cazenave*¹ en 1838, *Baumès*² en 1842, disent que l'eczéma peut se localiser dans le vestibule nasal.

¹ Traité des maladies de la peau, Cazenave, 1838, Paris ; page 107.

² Nouvelle Dermatologie, P. Baumès, 1842, Lyon ; II, page 65.

En 1882 *Fox*¹ dit, que l'eczéma de la partie antérieure des narines peut coïncider ou non avec une éruption de la face. Il occasionne de la rougeur, du gonflement et une gêne de la respiration.

Dans le grand traité des maladies de la peau de *Neumann*² nous lisons : « Sur le nez, au point de jonction de la peau avec la membrane muqueuse, sur les ailes et aux angles des narines, les affections eczémateuses se montrent fréquemment et envahissent même la pituitaire, comme il arrive dans tous les points, où la peau se continue avec la muqueuse ; sur les parties velues, il se forme des pustules, qui sont traversées par des poils, le nez se tuméfie, la surface rougit, la muqueuse se gonfle et le passage de l'air à travers les narines est intercepté. L'eczéma naît également sur un point plus élevé de la muqueuse nasale ; il en résulte un écoulement considérable de mucosités, ou bien le liquide se dessèche rapidement en croûtes qui peuvent demeurer longtemps adhérentes ; l'exsudat eczémateux, en s'accumulant sous ces croûtes et se décomposant, peut provoquer le retour périodique de l'érysipèle de la face, de même que l'œdème chronique des paupières. »

*Hébra*³ consacre les lignes suivantes à l'eczéma du nez : « Les caractères de l'eczéma de l'orifice des

¹Traité des maladies de la peau, G. H. Fox. Traduit par Holnau. Paris.

²Traité des maladies de la peau, Neumann. Traduit par les D^{rs} G. et E. Darin, Paris, 1880 ; page 199.

³Traité des maladies de la peau, Hebra. Traduit par Doyon, Paris, 1882, page 515.

fosses nasales sont : une rougeur inflammatoire légère accompagnée de tuméfaction de la membrane muqueuse avec formation de pustules dont chacune est traversée par un poil ; et si plusieurs d'entre elles viennent à se réunir ainsi que leur contenu, il se forme une croûte assez épaisse qui peut augmenter au point de fermer l'ouverture de la narine. Le pus continuellement sécrété sous cette croûte détermine non seulement une nouvelle tuméfaction de la muqueuse, mais aussi de la peau du nez, et peut même, dans quelques cas, réaliser une inflammation très prononcée, avec tous les caractères de l'érysipèle. Cette forme d'eczéma s'accompagne ordinairement d'une affection analogue de la membrane de Schneider dans toute son étendue. »

D'après *Moldenhauer*¹ « l'affection la plus fréquente du vestibule des fosses nasales et de son voisinage est l'*eczéma*. Il se montre surtout sous la forme de croûtes d'un brun jaunâtre, disséminées ou en couche continue, qui souvent rétrécissent concentriquement le vestibule, et s'étendent sur la lèvre supérieure et la face externe des ailes du nez. Les croûtes enlevées, la peau apparaît épaissie et excoriée superficiellement. Parfois des croûtes se forment également sur le *segment antérieur de la cloison*. En outre, on constate d'ordinaire l'existence d'un *coryza chronique* et un état scrofuleux manifeste. L'eczéma s'oppose à l'élimination des sécrétions nasales, et est un obstacle à la respiration par le nez. L'eczéma aigu du vestibule et de la lèvre supérieure accompagne souvent la rhi-

¹ Traité des maladies des fosses nasales, *Moldenhauer*, traduit par le Dr Potiquet, 1888 ; page 65.

nite aigue ; il est causé, dans ce cas, par l'irritation qu'amène la sécrétion nasale abondante et est très riche en sels ; il disparaît d'ordinaire avec cette sécrétion, sans qu'on intervienne.»

*Kaposi*¹ parle ainsi de l'eczéma du nez : « L'eczéma chronique de la muqueuse nasale est très fréquent chez les adolescents, associé à des affections scrofuleuses et occasionné par une irritation de la muqueuse nasale, produite par les larmes. Les narines sont obstruées par des croûtes ; les enfants respirent la bouche ouverte. Chez les adultes l'eczéma chronique de la muqueuse nasale, qui est souvent la suite du coryza chronique, est gênant à cause des croûtes et des fissures qu'il provoque. »

Les traducteurs² du livre de Kaposi ajoutent l'annotation suivante : « *On ne sait rien de l'eczéma de la muqueuse nasale ; c'est par supposition seulement qu'il peut être admis comme rhinite spéciale eczémateuse. L'eczéma narinnaire, qui est un eczéma cutané et non muqueux est rarement primitif ; on le voit succéder au coryza vulgaire, aigu, chronique ou à répétition ; mais, quelle que soit son origine, une fois établi, il donne, lui-même, lieu à deux complications de voisinage, l'une fréquente, l'autre rare.*

La première est l'eczéma hypertrophique ou éléphantiasique de la lèvre supérieure commun chez les jeunes sujets lymphatiques dits scrofuleux — *œdème lymphatique prolifératif* ; l'autre l'*œdème chronique gélatineux des paupières.* »

¹ Traité des maladies de la peau. Moriz Kaposi. Traduction de Besnier et Doyon, 1896.

² E. Besnier et A. Doyon, page 663, vol. II.

*Duplay et Reclus*¹ citent l'eczéma et le sycosis du nez.

« L'eczéma est une affection fréquente du vestibule des fosses nasales. Il se montre surtout sous la forme de croûtes d'un brun jaunâtre, disséminées en couche continue, qui souvent rétrécissent concentriquement le vestibule et s'étendent sur la lèvre supérieure et la face externe des ailes du nez. Les croûtes, la peau apparaît épaissie et excoriée superficiellement (Moldenhauer). Le sycosis donne lieu à des croûtes semblables à celles de l'eczéma. Mais cette affection est caractérisée par de petites vésicules purulentes, qui ont pour point de départ les follicules pileux et lorsqu'elle passe à l'état chronique elle s'accompagne d'une infiltration diffuse de téguments. »

D'après *Moure*² c'est principalement chez les enfants lymphatiques ou chez les adultes prédisposés aux affections de la peau, à ce qu'on est convenu d'appeler les herpétiques ou les arthritiques, que l'on observe l'eczéma des fosses nasales. Le principal symptôme qui attire l'attention des personnes atteintes est une sorte de picotement, de brûlure, ou plutôt de démangeaison à l'entrée des narines qui force les enfants et même les adultes à avoir presque constamment les doigts dans le nez. Quelques épistaxis légères peuvent suivre ces manœuvres, ou succéder dans quelques cas à l'action de se moucher. Moure a vu rarement les ulcères eczémateux même grattés, être la source d'écoulements sanguins abondants chez les sujets

¹ Traité de chirurgie, S. Duplay et R. Reclus, CCCXCI, Paris, IX vol.

² Manuel pratique des maladies des fosses nasales, Maure, Paris, deuxième édition, 1893.

dont le système capillaire de la cloison n'était pas dilaté d'une manière anormale.

A l'examen rhinoscopique antérieur, on aperçoit d'abord, en relevant simplement la pointe du nez légèrement en haut et un peu en arrière, le pourtour de l'orifice des narines recouvert de sécrétions gris jaunâtre, assez adhérentes à la surface de petites ulcérations, occupant de préférence l'angle antérieur ou postérieur de l'ellipse formé par l'ouverture des narines. En regardant plus en avant, on observe sur la cloison et parfois même sur la muqueuse du cornet inférieur, une éruption pustuleuse formée de petites saillies isolées d'abord, se détachant sur un fond rouge sombre, ou sur une muqueuse légèrement tuméfiée, et souvent recouvertes de pellicules gélatineuses, grisâtres, montées sur les cornets.

D'autrefois on aperçoit une sorte d'exfoliation de la muqueuse, une lésion rappelant d'assez loin le psoriasis cutané dont elle doit être analogue, avec les modifications dues à la nature du tissu sur lequel apparaît l'éruption. »

Boyer et après lui, *Trousseau*, avaient déjà appelé l'attention sur ce fait que les maladies cutanées telles que l'eczéma, le psoriasis, etc., avaient un retentissement prononcé et direct sur les muqueuses en contact avec l'air. »

« Comme celle de l'impétigo sycosiforme, la marche de ces diverses affections dartreuses est essentiellement lente et chronique. Elles n'ont aucune tendance à guérir par elles-mêmes ; mais elles n'occasionnent, en somme, qu'une gêne au malade, sans jamais envahir la totalité des fosses nasales, ni gagner en profondeur vers le squelette du nez. Disparaissant parfois d'elles-mêmes ou sous l'influence d'une médication, elles ont toujours une tendance marquée

à reparaitre. Souvent même, comme les dermatoses en général, elles procèdent par poussées successives revenant à certaines époques de l'année ou l'influence de causes occasionnelles souvent difficiles à déterminer.

Dans un traité publié tout à fait récemment, *Gaucher*¹ dit qu'on peut rencontrer chez les sujets lymphatiques, sur le bord des narines et dans les cavités nasales, un eczéma chronique, souvent associé à l'eczéma éléphantiasique de la lèvre supérieure : la muqueuse nasale est tuméfiée, couverte de croûtes, qui produisent une gêne et une cuisson assez vives.

¹ Traité de médecine et de thérapeutique par Brouardel, Gilbert, Gaucher, etc., Paris, 1897 ; vol. III., page 744.

OBSERVATIONS

Dans les observations de l'Institut clinique du docteur Wyss, nous avons observé de nombreux cas d'eczéma sec du vestibule du nez — rhinite sèche antérieure de Siebenmann ; mais nous croyons devoir nous borner aux cas observés par nous-même, considérant que leur nombre est suffisant pour donner un tableau assez complet de la maladie qui nous occupe.

Parmi les malades fréquentant la Policlinique du Dr Wyss, nous avons choisi des personnes présentant la rhinite sèche antérieure eczémateuse soit à l'état aigu, soit à l'état récidivant, soit enfin sous la forme chronique. Nous avons eu l'occasion de les suivre pendant une année environ. La plupart de nos cas ont été soumis à plusieurs reprises à un examen très minutieux.

Nous donnons, dans notre tableau, le résumé de nos observations. Cela nous facilitera l'étude comparative des cas. En même temps, notre résumé fera ressortir leurs différences étiologiques et symptomatologiques.

Résumé comparatif de nos cas.

Sur le nombre total de douze cas, exposés dans nos observations, nous avons six personnes du sexe masculin et six du sexe féminin. Nos malades sont âgés de 5 à 14 ans, deux de 20 et 35, un de 73, d'où nous concluons que l'époque infantile joue un rôle prédisposant dans l'étiologie de cette affection.

Antécédents héréditaires.

Au point de vue des antécédents héréditaires, nous n'avons pu découvrir aucune prédisposition directe. Cependant, dans trois cas nous avons constaté l'existence de stigmates hérédo-luétiques.

Antécédents personnels.

Comme antécédents personnels il faut noter avant tout les maladies infantiles, principalement celles dans lesquelles la muqueuse des fosses nasales est généralement intéressée : la rougeole ; la scarlatine, la coqueluche viennent ensuite. Dans deux cas il y avait de la tuberculose, un malade a eu une fluxion de poitrine dans l'enfance, deux étaient atteints de syphilis tertiaire.

Etat général.

Tous nos malades sont d'une constitution délicate, se plaignent de fatigue et de faiblesse. Presque tous sont anémiques.

Chez la plupart, la peau est excessivement sèche, parcheminée. Nous avons constaté deux cas de pédiculi-capitis et un cas de séborrhea capitis. Il n'a été constaté aucune autre affection cutanée.

Les *ganglions cervicaux* sont manifestement tuméfiés chez trois d'entre eux, chez les autres ils sont normaux et n'ont au dire des malades, jamais été augmentés.

Chez deux malades le *corps thyroïde* est un peu hypertrophié. Une troisième présente un goître volumineux, calcifié, qui a la tendance à devenir plongeant.

Système nerveux.

Le symptôme le plus habituel est une céphalalgie continue ou intermittente, localisée ordinairement dans la région frontale. Une de nos malades se plaint d'insomnie.

Système circulatoire.

Nous n'avons pas constaté des affections organiques du cœur. Une des malades est atteinte d'arterio-sclérose.

Système respiratoire.

La respiration habituelle est la respiration buccale. Tous nos malades ronflent la nuit et le matin se plaignent de sécheresse dans la bouche.

Système digestif.

Des troubles digestifs divers : inappétence, digestion laborieuse, constipation, etc., ont été observés dans presque tous nos cas.

Système uro-génital.

Nos malades n'ont pas présenté de troubles urinaires ; point d'albuminurie ni de glycosurie.

Examen direct.

Dentition de Hutchinson trois fois ; un cas de dentition irrégulière. Chez les autres rien de particulier.

Amygdales. Les amygdales sont un peu hypertrophiées chez trois malades et atrophiées chez un autre.

Fosses nasales.

Symptôme objectif. La rhinite sèche antérieure se localise dans le vestibule du nez et sur la cloison cartilagineuse. Nous constatons à l'entrée du nez une sécheresse absolue, une grande quantité de croûtes très adhérentes, parfois sanguinolentes, qui se reproduisent incessamment. Sur la cloison cartilagineuse, nous observons des ulcérations plus ou moins grandes, qui donnent lieu à des épistaxis, surtout le matin. La plupart de nos malades mouchent très peu, jamais de matières purulentes.

Pharynx. La paroi postérieure du pharynx est très sèche.

Larynx. Le larynx est complètement normal dans tous nos cas, excepté un cas qui présente les signes d'une laryngite catarrhale.

Yeux. Dans un cas, il existe des résidus d'une *kératite parenchymateuse* guérie ; un autre malade a une conjonctivite phlycténulaire, et un troisième une blépharite marginale.

Oreilles. Il y a enfoncement des tympanes, par obstruction des trompes, dans trois cas, une perforation tympanale dans un cas ; deux malades sont atteints d'otite interne double et un autre d'otite chronique avec carie du promontoire.

Etiologie.

Avant de parler de l'étiologie de la rhinite sèche antérieure eczémateuse, il nous semble intéressant d'exposer brièvement celle de l'eczéma en général.

L'eczéma est presque constamment sous la dépendance d'un état constitutionnel, lequel est, selon les auteurs, plus souvent le lymphatisme dans l'enfance et l'arthritisme aux autres époques de la vie.

Les troubles viscéraux, engendrés par ces états constitutionnels ou coïncidant avec eux, favorisent sans contredit son développement : telles sont les affections du foie, des reins et d'une façon générale tous les états qui entraînent une modification dans la constitution chimique du sang, telles par exemple les auto-intoxications d'origine alimentaire. Le rôle du système nerveux paraît des plus restreint dans sa production : les émotions, le surmenage intellectuel, etc., interviennent sans doute plus par les modifications qu'elles entraînent dans la nutrition que par une action d'ordre trophoneurotique.

Les agents extérieurs peuvent provoquer des éruptions d'eczéma lorsqu'ils agissent sur des sujets constitutionnellement prédisposés. Les agents pathogènes divers, qui existent constamment à la surface de la peau, jouent sans doute aussi un rôle dans l'aggravation des lésions eczémateuses et dans leurs transformations : mais ce rôle ne peut non plus être actuellement défini.

Quant à la rhinite sèche antérieure eczémateuse, elle

succède en général à des inflammations aiguës des fosses nasales. La persistance de l'affection ainsi que ses fréquentes récurrences sont favorisées par la constitution individuelle des personnes atteintes. C'est en effet chez les sujets à constitution pathologique acquise ou congénitale, que nous rencontrons le plus souvent la « rhinite sèche antérieure eczémateuse. » Parmi ces états constitutionnels qui n'ont du reste, d'après nos observations, point d'influence prépondérante sur son développement, nous placerons au premier rang l'hérédité, qui, sans créer de toute pièce la rhinite sèche antérieure eczémateuse, lui fournit le terrain le plus favorable.

*Fournier*¹, en parlant des lésions nasales dans la syphilis héréditaire, dit que les syphilides tuberculeuses et tuberculo-ulcéreuses se représentent sur les narines, la muqueuse des ailes du nez et de la cloison. Elles sont constituées par de petits soulèvements muqueux tubérisiformes, quelquefois nodulaires et hémisphériques de relief, plus souvent irréguliers, grenus, ou formant des plateaux papuleux. Généralement multiples et agminées, elles figurent de la sorte un groupe de lésions excoriatives ou ulcéreuses, soit incomplètement recouvertes de croûtes, soit à vif et enflammées, irritées par de continuelles attouchements et de fréquentes égratignures. Quand elles sont un peu confluentes et voisines de l'orifice nasal, il n'est pas rare de trouver les narines sinon obstruées, au moins encombrées de croûtes jaunâtres, brunes ou noirâtres, que

¹ La syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par Fournier, 1886. Paris, page 361.

les malades arrachent constamment avec leurs ongles, mais qui se reproduisent incessamment.

Sous cette forme elles donnent lieu à de fréquentes erreurs, ou pour mieux dire, elles donnent lieu fréquemment à une seule et même erreur : on les prend pour des « *gourmes* », pour des *eczémas strumeux*, pour des impétigos strumeux. Fournier cite un exemple frappant d'un prétendu eczéma scrofuleux des narines, où l'on a employé tout l'arsenal usuel du traitement antiscrofuleux. La lésion n'avait fait que persister et s'accroître, en détruisant même une aile du nez. Après avoir pris des renseignements, on a vu qu'on avait affaire à une hérédo-syphilis, attestée et par les antécédents de famille et par divers accidents antérieurs qu'avait éprouvés la petite malade dans son enfance. On obtint la guérison en trois semaines par un traitement spécifique.

L'âge ne semble pas jouer un rôle bien important dans la rhinite sèche antérieure eczémateuse. Les cas de Siebenmann concernent surtout des individus adultes. Nous l'avons vue surtout chez les enfants de l'âge scolaire. On la rencontre dans l'enfance comme dans l'âge moyen de la vie et même chez des vieillards.

Le plus grand nombre des cas relatés par Siebenmann se rapportent à des femmes ; mais cette différence peut s'expliquer par ce fait que les jeunes filles étant plus soigneuses d'elles-mêmes que les jeunes gens, vont réclamer plus volontiers les soins du médecin.

Complications.

On a accusé la rhinite sèche antérieure eczémateuse d'aboutir parfois à des ulcérations plus ou moins profondes et jusqu'à des *perforations* de la cloison cartilagineuse. D'après notre maître M. *Wyss*, les perforations cartilagineuses de la cloison nasale sont presque toujours de nature syphilitique tertiaire ou héréditaire. Ce serait intéressant de citer ici les différentes opinions des auteurs à ce sujet.

Le docteur *Yurasz*¹ est de la même opinion, il cite 55 cas de processus syphilitiques, 45 cas sur la cloison, 34 fois il y avait une perforation de la cloison et 30 fois cette perforation occupait la *partie cartilagineuse*.

*Zuckermandl*² a fréquemment observé la perforation du septum cartilagineux dans les autopsies. « Lorsque j'ai commencé », dit-il, « à faire l'examen nécropsique des cavités nasales, mon attention fut portée tout d'abord sur ces perforations que j'ai eu l'occasion de constater 8 fois sur 150 cadavres. La dimension de la perforation était de la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'un sou. Dans quelques cas on voyait sur les bords de la perforation la muqueuse nasale amincie à tel point que le cartilage ne se trouvait recouvert que d'une membrane excessivement mince. Dans d'autres cas le cartilage était à nu. Dans l'une des perforations on pouvait facilement se rendre compte de

¹ Die Krankheiten der oberen Luftwege. D. Yurasz, Heidelberg 1891.

² Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle. Zuckermandl, 1893. Wien, page 250.

la façon dont la perforation était produite. Sur l'un des côtés, le revêtement de la cloison cartilagineuse, formée par la membrane muqueuse, présentait une perte de substance arrondie, autour de laquelle on pouvait facilement détacher la muqueuse amincie du cartilage sous-jacent, ensuite il existait une deuxième perte de substance taillée à bords tranchants et allant en s'amincissant vers les bords de la perforation. Ce cas nous permet de croire qu'une ulcération de la muqueuse peut être suivie de périchon-drite et être ainsi la cause de la perforation du cartilage. Lorsque le processus pathologique continue, une perte de substance se produit sur le côté opposé de la cloison, en se cicatrisant ; le rebord cartilagineux de la perforation se trouve recouvert d'épithélium.

*Hildebrandt*¹ parle, il est vrai, des perforations congénitales de la cloison nasale et dit que lui-même présente une perforation congénitale du septum nasal cartilagineux d'une dimension d'un petit pois. Ce fait toutefois ne nous prouve nullement qu'il s'agit réellement d'un arrêt de développement. *Hildebrandt* a cru qu'il en était ainsi, parce qu'il l'a remarquée dans son enfance.

A ce sujet nous lisons dans le manuel de Moure² : « Sous le titre d'ulcère simple, on désigne un processus ulcératif, indépendant de toute diathèse générale et aboutissant à la perforation du cartilage. Les causes de l'ulcère que nous étudions ici sont parfois assez vagues, en effet si l'on a pu dans quelques cas (*Schmiegelow*), incriminer le

¹ Lehr. d. Anat. Wien. 1802. Bd. III.

² Manuel pratique des maladies des fosses nasales. Moure, Paris, 1893, deuxième édition, page 127.

traumatisme, dans l'action de gratter le nez et surtout la cloison avec l'ongle plus ou moins septique, il est beaucoup d'autres cas dans lesquels cette cause n'a pu être relevée et souvent même l'écouvillonnage avec l'ongle était *consécutif* à l'apparition du mal, à la présence de cavités sur le septum plutôt que la cause de ces dernières. D'autres fois, il est beaucoup plus difficile de relever la cause de la perforation sur l'apparition de laquelle l'âge ou le sexe ne paraissent pas avoir la moindre influence. Faut-il voir dans l'organe de Jacobson un véritable réceptacle à microbes (Potiquet) d'où se fait la prolifération de micro-organismes venant occasionner le processus ulcéreux ; mais cette opinion a contre elle ce fait que l'ulcère débute souvent par le centre du cartilage, dans un point relativement éloigné de l'orifice du canal rudimentaire, dit de Jacobson, de plus le microbe pathogène de l'affection est encore (si microbe il y a) à découvrir et à déterminer.

Au début l'affection est assez insidieuse pour que les malades ignorent l'existence d'une lésion quelconque. Quelquefois cependant, en se mouchant un peu fort, ils expulsent de petites pellicules jaunâtres, accompagnées de filets sanguins ; dans d'autres cas, c'est directement avec l'ongle ou le moucher qu'ils détachent ces amas croûteux occupant l'un des côtés de la cloison cartilagineuse et généralement le côté concave, lorsque cette dernière n'est pas absolument verticale, fait à peu près habituel. A mesure que le mal fait des progrès les croûtes deviennent un peu plus larges, plus épaisses et presque cupuliformes, en même temps qu'elles prennent une teinte un peu plus foncée, presque

brune parfois. A ce moment si la perforation n'est pas accomplie elle n'est pas loin de se faire¹.

A l'examen objectif, au début, si le malade ne s'est pas débarrassé de la pellicule croûteuse dont nous venons de parler, on constate son existence, presque toujours au milieu de la *portion cartilagineuse du septum*, et une fois la sécrétion enlevée, il n'est pas rare de constater que le fibro-cartilage présente une petite ulcération cupuliforme, au fond de laquelle le périchondre est à nu et dans un stade plus avancé, déjà perforé. Nous avons vu, dans certains cas, la perforation être assez petite pour laisser passer à peine la pointe d'une aiguille. Tout autour de cet orifice pathologique, le fibro-cartilage apparaissait grisâtre, presque à nu, tellement la muqueuse était amincie et réduite à une simple pelure d'oignon, dans une zone qui n'atteignait guère plus d'un demi-centimètre de diamètre dans le sens antéro-postérieur. Si la lésion continue à progresser, ce qui est le cas habituel, cette zone blanchâtre est bientôt remplacée par une perte de substance dont les bords taillés en biseau sont cependant très nets. Il en résulte une perforation qui gagne ainsi progressivement, mais lentement en surface, et s'avance bientôt presque au niveau de la sous-cloison en avant et près du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ecthmoïde en arrière. »

Dans une réunion de la Société belge d'otologie et de laryngologie² M. *Schiffers* donne le premier une communi-

¹ Cette opinion nous paraît purement *hypothétique*.

² Revue de laryngologie, d'otologie, 1^{er} septembre 1891, n° 17, page 779. Compte-rendu de la Société belge d'otologie et de laryngologie, cinquième édition annuelle, tenue à Anvers, 17 juin 1894.

cation sur l'*ulcère rond* ou *ulcère simple de la cloison du nez*. Il croit que l'*ulcère dit perforant de la cloison du nez* devrait être appelé plus exactement : *ulcère rond ou ulcère simple de la cloison du nez* ; il rejette la théorie bactéricide que lui oppose M. *Delstanche*¹, qui prétend qu'à l'état normal les bactéries peuvent ne pas être nuisibles ; mais une voie étant ouverte, celles-ci pourront agir sur le cartilage et qu'il faut remarquer en effet, que ces perforations siègent toujours à un même endroit accessible au doigt ; le grattement produit par l'ongle serait donc le point de départ de l'affection.

M. *Eeman*² admet également, que l'*ulcère rond* n'est pas de nature syphilitique ; il constate que la plupart des médecins soumettent à tort tous les cas d'*ulcère de la cloison* au traitement spécifique.

M. *Boland*³ rappelle la théorie de M. Potiquet sur l'influence possible du canal de Jacobson dans la pathogénie de l'*ulcère perforant* ; cet organe, dit-il, peut s'enflammer sous l'influence d'une irritation.

M. *Schuster*⁴ a trouvé des perforations chez les *syphilitiques* et exceptionnellement chez des malades non syphilitiques. Il relate le cas d'un malade, atteint d'hallucination de l'odorat et de l'audition, de dilatation de la pupille et en même temps de perforation de la cloison. Il guérit par le traitement spécifique.

M. *Cheval*⁵ a souvent rencontré contrairement à ce que

¹ Idem. (Voir note page précédente.)

² Idem.

³ Idem.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

vient de dire M. Schuster des ulcères perforants non syphilitiques.

M. *Gougenheim*¹ relève également la distinction qu'il faut établir avec les perforations syphilitiques. La théorie de la thrombose, décrite par Ruault, reste une hypothèse non prouvée qu'il ne nie pas absolument. Il pense qu'elle sert à augmenter la lésion, mais non pas à la provoquer originellement.

Le Dr *Rupp*² fait aussi une communication sur la perforation de le cloison du nez. L'article, très long, est un résumé de la littérature sur le sujet dans laquelle la part faite aux auteurs français est réduite au minimum. Nous parlerons seulement des observations personnelles de l'auteur.

Pendant les deux dernières années, il a observé dans sa pratique privée 7 cas de perforation de la cloison, concernant cinq hommes et deux femmes. Celles-ci avaient respectivement 31 et 48 ans. Deux des hommes avaient plus de 50 ans, deux avaient passé la quarantaine et un avait 18 ans. Dans cinq cas, la partie cartilagineuse de la cloison était le siège d'une perforation. Dans un cas seulement, il existait une perforation de la cloison osseuse, il s'agissait d'une syphilis tertiaire très tardive. L'autre cas était un cas traumatique et la perforation intéressait à la fois la partie osseuse et la partie cartilagineuse de la cloison. Deux des cas ont été observés pendant la phase

¹ Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1^{er} août 1895, fondée et publiée par le docteur E.-J. Moure; page 728.

² Idem.

ulcéreuse et plusieurs mois avant la perforation ; dans ces deux cas, l'un syphilitique, l'autre non syphilitique, l'affection débuta sur le côté droit de la cloison.

D'après *Hajek*¹ l'étiologie de l'ulcère perforant n'est pas encore très claire. On sait que l'auteur est d'avis qu'il y a toujours au début une hémorragie de la partie cartilagineuse du septum et que le point lésé forme la porte d'entrée pour l'infection par l'ongle ou les poussières de l'air inspiré. D'après les observations faites par l'auteur dans ces dernières années, *le grattage du nez est certainement la cause directe fréquente de la lésion de la muqueuse* du septum, mais non dans tous les cas, car des hémorragies s'observent aussi chez les individus qui ne se grattent pas le nez. En outre, chez ceux qui se grattent le nez, la lésion mécanique du septum est déjà quelque chose d'un peu secondaire, car c'est une certaine sensation de prurit qui les conduisent à se gratter. Voici d'après l'auteur comment les choses se passent.

L'épistaxis habituelle est précédée d'une inflammation catarrhale circonscrite de la muqueuse du septum. Cette inflammation détermine la formation d'une croûte de mucus, qui se dessèche rapidement et adhère à l'épithélium de la muqueuse. Il en résulte une sensation gênante et la croûte est enlevée avec le doigt ou par un moucher énergique. Dans les deux cas, une partie du revêtement épithélial est enlevée avec la croûte et il reste une petite place d'un gris blanchâtre, qui a perdu son éclat et paraît comme ramollie. La formation répétée de croûtes et leur expulsion

¹ Revue de laryngologie, d'otologie, 1^{er} juin 1893, page 445. Chapitre « Ulcère perforant du septum et épistaxis habituelles. »

entame de plus en plus l'épithélium jusqu'à ce qu'enfin l'hémorrhagie se produise. Cette inflammation circonscrite de la partie inférieure du septum cartilagineux, avec hyper-sécrétion et formation des croûtes est extrêmement fréquente. Elle peut accompagner un catarrhe diffus de toute la pituitaire, mais très souvent elle se produit en l'absence de tout autre lésion nasale. C'est là un point capital. La cause de cette inflammation circonscrite tient, d'après l'auteur, à ce que le courant d'air pénétrant dans la narine arrive directement sur la partie antérieure du septum cartilagineux par suite de la saillie du pli du vestibule vers la cloison. Cette partie du septum est le premier point de dépôt de la poussière contenue dans l'air respiré. Il y a là de nombreux orifices, visibles déjà à l'œil nu, des conduits excréteurs de glandes muqueuses. Cette partie est donc particulièrement propre à retenir longtemps les particules des poussières et les saletés qui peuvent provoquer par irritation mécanique ou chimique l'inflammation en question, et être ainsi la cause indirecte de l'hémorrhagie.

Nous avons observé des ulcérations plus ou moins profondes de la cloison cartilagineuse. La question est de savoir si les ulcérations sont produites par l'action mécanique du grattage de la cloison avec l'ongle plus ou moins septique. En effet, tous nos malades avouent leur habitude de porter les doigts dans le nez pour arracher les croûtes, qui se forment d'une manière incessante. Si on considère combien est riche le réseau vasculaire de la cloison et d'autre part, si l'on considère combien sont fréquentes à ce niveau les dilatations variqueuses, on peut admettre, que sous l'influence d'irritations répétées, il puisse se pro-

duire une altération des parois vasculaires, point de départ des ulcérations de la cloison, mais nous ne croyons pas que ce soit le point de départ des perforations, dont parlent les auteurs cités ci-dessus. Notre expérience nous conduit à émettre l'opinion que les ulcérations par cause mécanique *ne suffisent pas, par elles seules, à produire une perforation*. Pour que celle-ci arrive il faut un *processus nécrotique profond dû à un facteur étiologique spécial qui le plus souvent n'est autre que la syphilis tertiaire ou héréditaire*.

Le siège de ces ulcérations à l'ouverture antérieure des fosses nasales ne donne-t-il pas une grande vraisemblance à l'idée qui accuse un traumatisme comme la cause déterminante ? D'un autre côté, la déviation de la cloison, que nous avons constatée chez presque tous nos malades, ne joue-t-elle pas aussi un rôle important ?

On admet que les ulcérations de la cloison peuvent être produites par les causes les plus diverses. L'irritation persistante de la pituitaire par des corps étrangers ou des productions morbides siégeant sur la paroi externe amène l'inflammation et l'ulcération.

Il est évident que toutes les causes réunies agissent d'une manière encore plus efficace sur la partie déviée de la cloison.

Quelle que soit la cause de la déviation de la cloison, le fait est qu'elle joue un rôle important dans l'étiologie de l'ulcération de la cloison cartilagineuse. Le doigt, que le malade introduit pour soulager les démangeaisons, frotte la partie déviée et le point lésé devient une porte d'entrée à l'infection.

Le point lésé peut être la cause non seulement des épistaxis plus ou moins fréquentes que nous avons observées chez tous nos malades, mais peut être le point de départ de certaines maladies infectieuses : telles que la tuberculose, la syphilis, etc. Koch a déjà attiré l'attention sur le rôle étiologique des affections des fosses nasales dans la phthisie pulmonaire. *Strauss*¹ a fait des recherches sur la possibilité de la contagion de la tuberculose. Il a examiné les narines dans les cas de bacilles virulentes chez les gens en bonne santé et robustes, qui par leur position se trouvaient en relation intime avec les phthisiques et chez quelques malades des hôpitaux, qui ne présentaient pas d'infection tuberculeuse. Sur 29 cas, il a eu 9 fois un résultat positif. Les narines furent lavées, frottées avec de la ouate stérilisée ; ensuite la ouate fut rincée dans un bouillon stérilisé et ce liquide ainsi préparé était injecté dans l'abdomen d'un cochon d'Inde. 7 animaux après cette injection moururent d'une péritonite purulente, 13 donnèrent un résultat négatif, 9 sont morts de la tuberculose après trois semaines.

Chez les personnes saines, qui n'ont point de lésions nasales, l'infection est empêchée comme *Michelson*² a fait voir, par la propriété physiologique de la muqueuse nasale d'agir contre l'infection des bacilles de la tuberculose ; mais une fois la muqueuse mécaniquement irritée elle est plus disposée à l'infection. *Hering*³, qui a pris dans la

¹Archiv für Laryngologie und Rhinologie « Klinisch-Anatomische Beiträge für Rhinitis sicca antero » von D.-U. Ribary, 1896.

²Idem.

³Idem.

littérature 90 cas, considère l'origine de la tuberculose nasale comme provenant d'une infection locale.

*Seifert*¹ trouva dans la littérature 27 cas de syphilis primaire chez les personnes où le septum seul était atteint de rhinite sèche. Dans un cas publié par *Marfan*², la maladie se répandit par le fait que le malade, après avoir touché les organes génitaux infectés, touchait le nez avec les doigts. Ainsi, le virus syphilitique a atteint la muqueuse nasale érodée.

L'érysipèle est une autre complication fréquente de la rhinite sèche antérieure eczémateuse.

Chaque fois que l'on ignore la porte d'entrée d'un agent infectieux quelconque, on devrait se faire une règle d'examiner le septum nasal cartilagineux.

La formation continuelle de croûtes dans la rhinite antérieure eczémateuse donne lieu à l'obstruction des narines. A la longue, cette obstruction peut entraîner des désordres dans les différentes parties de l'appareil respiratoire. La respiration ne pouvant se faire que par la bouche, l'air inspiré est insuffisamment filtré. Il en résultera facilement des phénomènes inflammatoires dans le parcours de l'arbre respiratoire.

M. Siebenmann prétend que le polype hémorrhagique est une des complications possibles de la rhinite sèche antérieure. Cette idée nous semble avoir besoin d'être prouvée par des faits avant de pouvoir être admise. Nous avons tenu, à ce sujet, à relire en détail les 13 cas de polypes

¹ Loc. cit.

² Idem.

hémorrhagiques publiés¹ par Schadowaldt, Alexander, Scheier et P. Heymann et n'avons pu découvrir, dans leurs observations, aucune indication permettant de croire qu'il ait existé dans ces 13 cas une rhinite sèche antérieure.

D'après Schadowaldt, les tumeurs hémorrhagiques de la cloison cartilagineuse paraissent se développer très rapidement.

Dans un cas de polype hémorrhagique observé et traité à la clinique du Dr Wyss, la tumeur s'est développée également sur une surface ne présentant aucun signe de rhinite sèche. Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, habitant la campagne, examinée pour la première fois le 11 mai 1894. Depuis une année environ, cette malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur dans la narine droite, saignant au moindre grattage avec le mouchoir ou avec le doigt. Malgré des ablations successives à l'anse froide ou à l'anse galvanocaustique, la tumeur, de la grosseur d'une cerise, a récidivé à plusieurs reprises. Des examens répétés faits à l'Institut anatomo-pathologique de l'Université ont démontré qu'il s'agissait d'un véritable polype hémorrhagique.

Le 5 juin 1894 la malade a accouché de son premier enfant. Les épistaxis sont revenues vers le 25 juillet 1894.

En mai 1895 il existe encore, à l'endroit du polype hémorrhagique, une petite proéminence saignant assez facilement à l'attouchement avec une sonde.

En octobre 1895, l'endroit malade est entièrement lisse, cicatrisé.

¹ Archiv für Laryngologie und Rhinologie herangeben von Dr B. Fraenkel. Vol. I, livr. 3, p. 259 et suiv.

Malgré la persistance du polype hémorrhagique dans le cas de M. Wyss, on n'a jamais observé l'existence d'une rhinite sèche antérieure.

Diagnostic de la rhinite sèche antérieure eczémateuse.

La rhinite sèche antérieure est, selon Siebenmann, facile à reconnaître par l'examen de l'état local. Pour lui et son élève Ribary, il s'agit d'une lésion purement anatomique. A quoi bon, dès lors, de se préoccuper de la marche de cette affection ou de ses causes étiologiques? Pour nous le diagnostic, et surtout le diagnostic différentiel, ne nous semble pas être aussi simple à établir.

D'après nos observations, la rhinite sèche antérieure eczémateuse doit être considérée, le plus souvent, comme l'équivalent de la période de desquamation de l'eczéma cutané. L'eczéma est une affection de nature inflammatoire, aiguë, subaiguë ou chronique, caractérisée par des rougeurs, des vésicules, des croûtes et des squames existant simultanément ou successivement, accompagnée de prurit et prenant sa source dans la constitution propre de l'individu lui-même. Nous lisons à propos de l'eczéma narinaire une annotation très intéressante des traducteurs du traité du professeur Kaposi de Vienne¹, et que nous tenons à reproduire ici :

« En fait, c'est une épidermodermite exsudative, dans

¹ Pathologie et traitement des maladies de la peau. Moriz Kaposi, traduit par Besnier et Doyon. Tome I, 1891, page 653.

laquelle les lésions typiques, les *lésions symptomés* occupent particulièrement le réseau de Malpighi (malpighite), les colonnes interpapillaires. Mais si l'anatomie de l'eczéma est assez bien connue dans ses altérations réalisées, sa physiologie pathologique, la hiérarchie de ses altérations, les troubles ou les lésions du système nerveux intraépidermique qui lui appartiennent restent encore profondément obscurs. Il est temps, selon la boutade d'Auspitz, de ne plus se bercer exclusivement de « *l'inévitable refrain de la mélodie histologique* » et de chercher d'autres notes. »

Tout en accordant aux descriptions anatomiques et pathologiques des couches diverses de l'épiderme et du derme l'importance qu'elles comportent, nous pensons qu'il serait bien plus utile encore de savoir quel est l'agent de ces désordres ; est-ce un irritant matériel venu du dehors ou du dedans, ou bien ces troubles sont-ils purement trophiques et causés par des actions nerveuses centrifuges ou réfléchies ? Si c'est un irritant, sur quels éléments anatomiques porte-t-il son action, vaisseaux, nerfs connus ou inconnus, cellule vivante ? Les troubles de kératinisation, les irritations prolifératives du réseau, peuvent-ils naître directement de l'action de l'irritant ou de l'excitation nerveuse centrale, ou sont-ils toujours subordonnés à des troubles de circulation, à des irritations préalables développées dans les divers étages du derme ? Voilà ce qu'il faut chercher, discuter, avant de pouvoir établir la nature des affections réunies sous le nom d'eczéma.

Nous ne nous arrêterons pas sur les deux premières périodes : congestive et exsudative. C'est la période de desquamation, qui nous intéresse tout particulièrement. Au

bout d'un temps plus ou moins long, les croûtelles qui se forment pendant les périodes précédentes se détachent d'une façon définitive ; les ulcérations se sèchent et la surface rouge eczémateuse devient le siège d'une desquamation épidermique qui passe par plusieurs phases : le premier épiderme mince, transparent, recouvre une surface lisse, luisante et comme vernissée ; il se flétrit rapidement, se fendille et tombe sous forme de minces lamelles superposées ou de squames plus ou moins épaisses. C'est cette sécrétion vernissée qui constitue l'élément anatomo-pathologique principal de cette forme particulière d'eczéma desquamatif, auquel M. Siebenmann a cru nécessaire de donner un nom nouveau.

Voici, du reste, la description qu'il donne de cette affection¹ : « La sécrétion vernissée de la muqueuse malade amène le feutrage des vibrisses et la formation des croûtes sur la cloison membraneuse et sur la face interne des ailes du nez. Dans les premières phases de la maladie, la muqueuse, d'épaisseur à peu près normale, est d'un brun rougeâtre, souvent gluante au contact de la sonde, parfois sèche et comme poudreuse ou vernie. Ça et là on voit la muqueuse malade parsemée de fines gouttelettes d'exsudat, ainsi qu'on l'observe dans le nez atteint d'ozène. » Siebenmann admet donc que la rhinite sèche antérieure eczémateuse survient ou forme le stade terminal d'une rhinite aiguë ordinaire.

Au fond, selon nous, Siebenmann décrit, sous un autre nom, la période de desquamation de l'eczéma.

Voyons quel est le diagnostic différentiel à établir entre

1. Loc. cit.

l'eczéma desquamatif narinaire, rhinite sèche antérieure de Siebenmann, et d'autres affections du vestibule nasal.

L'eczéma sous-nasal ou sous-narinaire (rhinite sèche antérieure eczémateuse) peut être confondu avec le *sycosis* du vestibule du nez; dans la rhinite sèche antérieure eczémateuse les poils sont normaux, tandis que dans le *sycosis* ils s'arrachent facilement, sont courts, cassés, bifides; de plus dans l'eczéma la peau est rouge et lisse, tandis que dans le *sycosis* elle est parsemée habituellement de tubercules noueux.

Le *sycosis* est une lésion inflammatoire suppurée profonde des follicules pileux des régions velues. Au début, on constate quelques pustules, peu saillantes, qui siègent à l'orifice du follicule pileux; elles sont presque toujours centrées par le poil. Lorsque les pustules se rompent, si elles sont disséminées, la petite croûte isolée qui la recouvre tombe rapidement et l'affection ne persiste que grâce à de nouvelles poussées pustuleuses.

Certains cas de *lupus*, arrivés à la période croûteuse ou squameuse pourraient simuler d'assez près l'eczéma et le *sycosis*, pour qu'un examen attentif soit nécessaire. A ce sujet nous tenons à rappeler l'hypothèse formulée il y a longtemps déjà par le professeur *Neisser*, de Breslau¹ : « Beaucoup de soi-disant eczémats de la muqueuse nasale, dit-il, ne sont probablement pas autre chose que du *lupus* nasal. Toutefois, pour le moment, il nous est impossible de fournir la preuve certaine de notre supposition, aussi longtemps que les processus destructifs plus profonds du septum nasal ou l'apparition du *lupus* sur le tégument

¹ Handbuch der Haut-Krankheiten, des Prof. Ziemssen in München. Chapitre publié par le prof. Neisser, de Breslau. Leipzig 1883, p. 603.

cutané ne nous aient fourni des points de repère plus nombreux quant au diagnostic. »

Parmi les formes multiples de lupus on a décrit aussi le *lupus eczématiforme*. Le diagnostic du lupus des muqueuses, envahies ordinairement par extension, est très difficile au début, lorsque le lupus nasal est primitif. Dans l'immense majorité des cas, le lupus nasal débute à la pointe ou sur les ailes du nez et a une marche différente, suivant les sujets et les formes qu'il affecte. Après avoir enlevé les croûtes on aperçoit une surface rouge, à peine ulcérée, mais parsemée çà et là de petites granulations. Le lupus peut aussi débiter par la muqueuse des fosses nasales et respecter la peau, au moins pendant un temps très prolongé. Plus tard, le diagnostic du lupus devient plus facile par suite de l'aspect de la surface malade, rouge, granuleuse, ulcérée, saignant facilement, par la présence des rétractions cicatricielles.

M. *Hunt*¹ explique la fréquence du lupus du nez par la facilité avec laquelle il s'y fait de petites lésions épidermiques dans le cours du catarrhe nasal, de même qu'il attribue la localisation de ces lésions sur la luette et sur l'épiglotte à ce qu'elles sont plus exposées aux traumatismes. Cet auteur est d'avis que le lupus nasal débute réellement sur la membrane muqueuse et s'étend vers la peau. Il faut reconnaître que le lupus semble s'attaquer de préférence aux régions cartilagineuses.

Siebenmann et *Ribary* nous donnent, ainsi que nous l'avons dit déjà plus haut, la description histologique de la

¹ Traité des maladies du larynx et des fosses nasales, par Lennox-Browne, traduit par le Dr Aigre, 1891, page 537.

rhinite sèche antérieure eczémateuse, en confondant cette lésion avec la rhinite atrophique : l'ozène. Siebenmann prétend que, quand l'altération s'étend sur les parois osseuses, on a alors le tableau de la rhinite atrophique (l'ozène). Mais l'examen attentif de la rhinite sèche antérieure eczémateuse ne nous montre aucun symptôme commun avec l'ozène. Dans l'ozène, par la rhinoscopie antérieure, nous constatons : l'agrandissement de la lumière des fosses nasales, les croûtes lamelleuses tapissant la muqueuse, l'état rudimentaire des cornets, l'absence d'ulcérations et de cicatrices de la membrane pituitaire, qui est sèche et rétractée. La rhinoscopie postérieure nous fournit également des renseignements qui ne sont nullement caractéristiques de la rhinite sèche antérieure eczémateuse. L'examen du pharynx montre constamment les amygdales absentes ou réduites à leur minimum. Ces symptômes ne nous permettent pas de confondre l'ozène avec la rhinite sèche antérieure eczémateuse. De plus, Siebenmann compare les lésions histologiques de l'ozène à celles de la rhinite sèche antérieure. Mais les lésions histologiques de l'ozène ne présentent rien de spécial, ni de caractéristique pour cette affection ; l'état rudimentaire des cornets, principal caractère anatomo-pathologique de l'ozène, est une conséquence d'un arrêt de développement de leur charpente osseuse. Dans les cas d'ozène vrai on ne rencontre qu'exceptionnellement des lésions de la cloison cartilagineuse. Les lésions histologiques sont simplement l'expression d'un état inflammatoire chronique. Elles ne sont ni sa cause, ni même son effet inévitable. L'ostéite raré-

fiance des cornets se greffe sur leur squelette déjà rudimentaire¹.

Après un examen très attentif de tous nos cas et en nous appuyant surtout sur l'expérience de notre maître M. le Dr Wyss, nous croyons pouvoir affirmer que les perforations de la cloison cartilagineuse, que Siebenmann cite comme conséquence de la rhinite sèche antérieure, ni l'excroissance polypeuse hémorrhagique, ne se rencontrent à la suite de la rhinite sèche antérieure eczémateuse.

En analysant nos observations, nous avons insisté sur la disposition héréditaire. Il s'agit, par exemple, d'enfants porteurs d'eczéma du vestibule du nez, rebelles à tous les topiques employés et qui guérissent en quelques semaines à peine, le jour où l'on recherche et où l'on tient compte des stigmates habituels.

Il est plus embarrassant de différencier l'eczéma de la seconde période de celui de la troisième — c'est-à-dire de l'eczéma sec — de la rhinite sèche antérieure de Siebenmann. Et, en effet, pour nous, cette différenciation est toute relative. Ce qu'il importe de noter c'est que la rhinite sèche antérieure eczémateuse, analogue au stade de desquamation de l'eczéma, n'est jamais accompagnée de rhinite suppurée, pas plus que l'eczéma squameux ne se trouve associé à l'eczéma suintant.

Nous insistons sur le fait, que nos malades atteints de rhinite suppurée (empyème des sinus ou des autres cavités accessoires) n'ont jamais présenté trace de rhinite sèche

¹ Voir à ce sujet le travail de Th. Schestakoff, Contribution à l'étude de l'ozène, Genève 1894.

antérieure eczémateuse, quoique leur santé générale eût pu les disposer à cette affection. Nous avons même constaté que la rhinite sèche antérieure eczémateuse disparaissait immédiatement lorsque pour une cause quelconque il survenait de la suppuration nasale.

Pronostic.

Considérée en elle-même la rhinite sèche antérieure eczémateuse n'est pas une maladie grave ; toutefois ses symptômes, sa marche parfois chronique, ses récidives fréquentes en font une affection désagréable et tenace. Chez les enfants, elle comporte un pronostic plus sérieux, à causè de la possibilité de l'introduction dans le corps de microbes pathogènes par l'endroit affecté.

Traitement.

« Il n'y a pas de traitement de l'eczéma en général, disent Besnier et Doyon,¹ il n'y a que des eczémateux qu'il faut traiter non seulement selon l'espèce particulière d'eczéma dont ils souffrent, mais encore selon leur état diathésique, selon les conditions d'organes et de fonctions qu'ils présentent. Celui qui traitera le mieux un eczémateux, au point de vue général, sera celui qui analysera avec le plus de sollicitude et de compétence la situation particulière de chaque malade, et qui fera le nécessaire pour rectifier dans son hygiène, dans sa situation locale,

¹Traité de Kaposi, traduction française par Besnier et Doyon, vol. I, 1891 ; page 715.

dans ses conditions morales, en même temps que dans ses organes et ses fonctions, tout ce qui peut être défectueux. »

Il n'y a rien à ajouter à ces éloquents paroles, qui sont l'expression exacte et supérieure des idées et des opinions de presque tous les représentants actuels de la dermatologie de l'école française, en opposition avec les théories de la plupart des dermatologistes d'autres pays, en particulier de l'école dermatologique de Vienne, pour laquelle le traitement externe de l'eczéma est de beaucoup le plus important.

L'état constitutionnel des sujets atteints de rhinite sèche antérieure eczémateuse, les diverses lésions viscérales qui peuvent accompagner celle-ci et qui doivent être recherchées avec soin, réclament un traitement approprié. Lorsque par une étude approfondie du malade, on sera parvenu à attribuer la genèse de l'affection à un état constitutionnel particulier (arthritisme, lymphatisme, syphilis, scrofulose), à des troubles physiologiques individuels (surmenage, fatigue, nourriture insuffisante, dispepsie, mauvaise alimentation), on en tirera de sérieuses indications thérapeutiques faciles à remplir. On cherchera à combattre les différentes causes d'affaiblissement de l'organisme, par le changement d'air, par l'hydrothérapie (bains journaliers, propreté des vêtements, habitation hygiénique, etc.) Dans tous les cas on surveillera l'alimentation et le bon fonctionnement des voies digestives.

Le *traitement local* doit tout d'abord tendre à rétablir une respiration nasale facile. Dans ce but, on enlèvera les croûtes au moyen d'inhalations ou de pulvérisations faites deux à trois fois par jour, soit avec la pince. Ensuite, on

appliquera sur les endroits malades des agents médicamenteux divers, tels que des pommades à l'oxyde de zinc, à l'acide borique, pommade d'Unna (acide phénique 4 0/0, sublimé 1 0/00), vaseline ou paraffine liquide. Ce traitement suffit généralement pour faire rapidement disparaître les démangeaisons. Les épistaxis, étant le plus souvent provoquées par l'action mécanique du grattage digital ou par un moucher trop fort, il suffit aux malades de s'en abstenir pour en prévenir le retour. A l'application du permanganate de potasse en substance, conseillée par Siebenmann, nous préférons l'application du dermatol en poudre qui a un effet hémostatique très prononcé et qui exerce en même temps une excellente action épidermante.

Conclusions.

I

La rhinite sèche antérieure eczémateuse n'est autre chose qu'un processus eczémateux desquamatif survenant le plus souvent à la suite d'un coryza chez les individus présentant des stigmates constitutionnels (syphilis tertiaire ou héréditaire, scrofulose, arthritisme, etc.)

II

Cette affection, qu'il conviendrait d'appeler par son ancien nom : *eczéma nasinaire desquamatif*, occupe le vestibule du nez, et de préférence la cloison cartilagineuse.

III

La rhinite sèche antérieure eczémateuse a une grande tendance à récidiver et de passer à l'état chronique.

IV

Les symptômes subjectifs de démangeaison et de gêne respiratoire nasale, auxquels cette affection donne généralement lieu, provoquent chez les malades, une tendance instinctive de porter le doigt dans le nez, de gratter l'endroit qui démange et d'enlever ce qui gêne.

V

Cette action mécanique du grattage digital du vestibule nasal est la cause la plus fréquente : 1° des épistaxis à point de départ du septum cartilagineux ; 2° des maladies

infectieuses accusant le nez comme porte d'entrée (érysi-
pèle, tuberculose, etc.)

VI

La rhinite sèche antérieure eczémateuse ne s'observe
pas chez les personnes atteintes de suppurations nasales
(empyème des sinus maxillaires) ou de polypes du nez.

VII

La rhinite sèche antérieure eczémateuse n'est pas la
cause des polypes hémorrhagiques ni de la perforation de
la cloison cartilagineuse.



*La Faculté de Médecine autorise l'impression
de la présente thèse, sans entendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Le Doyen de la Faculté :

H. VAUCHER.

Genève, le 29 Juiu 1897.

Tableau comparatif des cas.

Noms. Age. Profession.	Antécédents de famille.	Antécédents personnels.	Début de la rhinite sèche antérieure eczémateuse.	Marche et durée de l'affection.	EXAMEN NASAL			Pharynx-Larynx. Amygdales. Tissu adénoïde.	Bouche et dentition	Yeux.	Oreilles.	Système ganglionnaire. Corps thyroïde.	État général.	Système nerveux.	Système respiratoire et circulatoire.	Système digestif.	Peau et sécrétion urinaire.	
					Vestibule.	Cloison cartilagineuse.	Fosses nasales. Odorat.											
Cas aigus.	1) L. Auguste, 13 ans, écolier.	Père bien portant, mère souffre de névralgies. Trois frères et une sœur bien portants.	Rougeole. Fluxion de poitrine dans sa première enfance.	Il y a 8 jours.	Courte.	Sécheresse des deux côtés du vestibule, plus prononcée à dr ^o . Croûtes brunâtres, sanguinolentes, adhérentes. Les croûtes se reproduisent rapidement.	Déviée à droite. Ulcération de la cloison cartilagineuse droite. Epistaxis peu abondantes du côté droit.	Cornets normaux. Mouche peu. Pas de sécrétion purulente. Odorat normal.	Légère pharyngite sèche. Amygdales modérément développées. Tissu adénoïde normal.	Bonne dentition.	Normaux. Vue normale.	Obstruction des trompes. L'ouïe un peu diminuée. V. B. à droite 2 mètres, à gauche, 2 m. 50.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde un peu hypertrophié.	Très pâle, maigre. Constitution délicate.	Céphalalgie frontale.	Respiration buccale thoracique trop étroite pour sa taille.	Bon appétit. Digère bien. Pas de constipation.	Peau sèche, jamais d'éruptions. Urine normale ni sucre, ni albumine.
	2) A. Louisa, 10 ans, écolière.	Père mort à 30 ans de pneumonie. 5 frères morts très jeunes, dont 2 avant terme.	Rougeole. Scarlatine. Erysipèle à la jambe. Hérodolus.	Il y a 6 semaines, pendant l'hiver.	Courte et récidivante.	Sécheresse des deux côtés du vestibule. Sensation de brûlure et de démangeaison. Croûtes brunâtres adhérentes, en très grande quantité, se reproduisant rapidement. Coloration blanc grisâtre.	Déviée à droite. Desquamation épithéliale et ulcération par places à droite de la cloison cartilagineuse. Epistaxis fréquentes.	Cornets congestionnés. Mouche peu mais souvent. Pas de sécrétion purulente.	Pharyngite sèche. — Amygdales normales. Végétations adénoïdes.	Dentition irrégulière; pas de dentition de Hutchinson.	Normaux, le malade ne se souvient pas avoir eu de la kératite parenchymateuse. Vue normale.	Otite double chronique. — Ankylose des osselets. Tympan ternes, plats. Surdité très forte.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Anémique.	Aprosexie. Céphalalgie frontale.	Respiration buccale habituelle. Ronfle la nuit. Pouls rapide.	Appétit capricieux. Troubles digestifs. Pas de constipation.	Peau sèche. Pédiculis capitis. Urine normale
	3) M. Louise, 13 ans, écolière.	Père bien portant, mère souffrante de la tête. Frère et sœur bien portants.	Rougeole. Coqueluche.	Début au commencement de chaque printemps	Aiguë à récidives fréquentes.	Sécheresse très prononcée des deux côtés du vestibule. Desquamation épithéliale. Sensation de brûlure plus prononcée à droite. Croûtes sanguinolentes.	Ulcération de la cloison cartilagineuse à droite. Epistaxis rares abondantes.	Cornets augmentés de volume, congestionnés. Pas de sécrétion purulente. Odorat normal.	Pharyngo-laryngite catarrhale. — Amygdales modérément développées. Tissu adénoïde normal.	Bonne.	Pas de conjonctivite ni de kératite. Vue normale.	L'ouïe normale.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Très pâle, maigre.	Céphalalgie frontale de temps en temps.	Respiration buccale habituelle. Ronfle la nuit.	Mauvaise digestion. Constipation.	Peau sèche. Pas d'éruption. Urine normale ni sucre, ni albumine.
Cas aigus à récidives.	4) T. Marguerite 20 ans, repasseuse	Père luétique. Mère bien portante. Un frère et deux sœurs bien portants.	Rougeole. Scarlatine. Un enfant mort-né. Hérodolus.	Depuis que le malade a commencé son traitement de I. K.	Aiguë. 2 mois de durée.	Desquamation épithéliale des deux côtés du vestibule. Sensation de brûlure, de démangeaison. Coloration blanc grisâtre. Croûtes sanguinolentes, adhérentes.	Une petite ulcération du côté gauche de la cloison cartilagineuse. Sur le même côté une grande quantité de croûtes adhérentes. Epistaxis abondantes, mais rares.	Cornets ni atrophiés, ni congestionnés. Mouche beaucoup, pas de pus. Odorat normal.	Pharyngite sèche. Amygdales normales. Tissu adénoïde normal.	Dentition de Hutchinson.	Kératite parenchymateuse spécifique guérie par sirop de Gibert.	Otite double spécifique. Bruits subjectifs. Surdité prononcée.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Pâle, faible, se plaint de lassitude générale.	Céphalalgie frontale de temps en temps.	Respiration buccale. Cage thoracique normalement développée.	Mauvais appétit. Constipation.	Peau sèche. Pas d'éruption. Urine normale ni sucre, ni albumine.
	5) B. Henry, 12 1/2 ans, écolier.	Père mort par accident. Mère bien portante. Un frère et une sœur bien portants.	Rougeole. Douleurs dans l'épaule et la jambe du côté droit, pendant l'hiver.	Il y a 3 mois. Pendant l'hiver.	Aiguë à répétition. Débute pendant l'hiver, dure 4 m.	Sécheresse des deux côtés du vestibule, plus prononcée à gauche. Coloration blanc grisâtre. — Croûtes sanguinolentes, très adhérentes. Sensation de brûlure et de démangeaison.	Déviée à droite. Ulcération d'une partie de la cloison cartilagineuse à droite. Epistaxis fréquentes du côté droit.	Cornets augmentés de volume, hypertrophiés. Mouche peu, pas de sécrétion purulente. Odorat normal.	Pharyngite sèche. Amygdales hypertrophiées. Tissu adénoïde normal.	Bonne dentition.	Rien d'anormal du côté des yeux. Vue normale.	Perforation du tympan à droite. L'ouïe normale.	Engorgement des ganglions cervicaux, surtout d'un ganglion à droite du cou.	Constitution délicate. Pâle. Se fatigue facilement.	Céphalalgie frontale fréquente. Pas d'aproxexie.	Respiration buccale habituelle. Ronfle la nuit.	Mauvais appétit. Constipation.	Peau très sèche. Croûtes sur le cuir chevelu. Urine normale
	6) S. Marguerite 73 ans, ménagère.	Père mort de fièvre typhoïde. Mère morte de vieillesse.	Rougeole. Affections stomacales. Huit enfants: 4 morts, une fausse couche. 1 enfant mort de variole, 2 de scarlatine, 1 de fluxion de poitrine. Luës.	Il y a 4 mois.	Aiguë. Récidives fréquentes en hiver. 5 mois de durée.	Sécheresse des deux côtés du vestibule, plus prononcée à dr. Croûtes sanguinolentes, adhérentes. Sensation de brûlure et de démangeaison.	Ulcération d'une partie de la cloison cartilagineuse à dr. Croûtes très adhérentes du même côté. Epistaxis abondantes et fréquentes.	Cornets augmentés de volume du côté droit, à gauche les cornets sont normaux. Mouche peu, pas de sécrétion purulente.	Pharyngite sèche. Amygdales hypertrophiées.	Manque de dents sur le maxillaire supérieur. Dents cariées sur le maxillaire inférieur. Langue chargée.	Myopie.	Obstruction des trompes. Tympan très épaissi. L'ouïe diminuée V. H. à gauche, 80 cm., à droite, 200 cm. V. B. à gauche 5-10 cm., à droite 10-15 cm.	Pas d'engorgement des ganglions. Goitre volumineux, calcifié; tendance à devenir plongeant.	Se plaint de lassitude générale.	Fortes céphalalgie frontale. Dort très peu.	Respiration buccale habituelle. Oppression. Palpitations fréquentes. Pouls dur 54. Artériosclérose.	Mauvais appétit. Mange très peu. Constipation habituelle.	Peau très sèche. Urine normale ni sucre, ni albumine.
	7) Z. Rose, 12 ans, écolière.	Père très faible, toussé beaucoup, à la fièvre le soir. Mère bien portante. 3 frères bien portants. 1 frère mort, à eu des abcès froids. Tuberculose.	Rougeole. Scarlatine.	Il y a 5 mois.	Aiguë. Récidives fréquentes en hiver.	Sécheresse des deux côtés du vestibule. Sensation de démangeaison et de brûlure. Croûtes sanguinolentes, adhérentes, se reproduisant rapidement. Coloration blanc grisâtre.	Epaissie, déviée à droite. Ulcération profonde d'une partie de la cloison cartilagineuse à droite. Une grande quantité de croûtes à droite. Epistaxis fréquentes.	Cornets pâles, de volume normal. Mouche très peu, pas de pus. Odorat normal.	Légère pharyngite sèche. Amygdales normalement développées. Végétations adénoïdes.	Bonne dentition.	Pas de blépharite ni de conjonctivite. Vue normale.	Rien d'anormal du côté des oreilles, ni de l'ouïe.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Chétive. Peu développée pour son âge.	Céphalalgie frontale très fréquente. Aprosexie.	Respiration buccale habituelle. Ronfle la nuit. Rien d'anormal du côté du système respiratoire.	Appétit capricieux. Constipation.	Peau sèche. Transpiration facile. Urine normale

Tableau comparatif des cas.

Noms. Age. Profession.	Antécédents de famille.	Antécédents personnels.	Début de la rhinite sèche antérieure eczémateuse.	Marche et durée de l'affection.	EXAMEN NASAL			Pharynx-Larynx. Amygdales. Tissu adénoïde.	Bouche et dentition	Yeux.	Oreilles.	Système ganglionnaire. Corps thyroïde.	État-général	Système nerveux.	Système respiratoire et circulatoire.	Système digestif.	Peau et sécrétion urinaire.
					Vestibule.	Cloison cartilagineuse.	Fosses nasales. Odorat.										
8) C. Louisa, 35 ans, lingère.	Tous les pa- rents en bonne santé.	Rougeole. Coqueluche. Luës-tertiaire.	Il y a 2 ans.	Chronique récidivant.	Sécheresse des deux côtés du vestibule. Croûtes sanguino- lentes très adhéren- tes, se reproduisant rapidement. Sensation de brû- lure et de démangeai- son.	Perforation de la cloison osseuse. Croûtes sanguino- lentes, adhérentes sur la cloison cartilagi- neuse. Epistaxis rares, pas abondantes.	Atrophie des cornets à droite; à gauche les cornets sont normaux Mouche peu, pas de pus.	Pharyngite sé- che. — Amygdales petites.	Dents cariées. Les gencives du maxillaire supé- rieure inflammées	Rien d'anormal du côté des yeux. Vue normale.	Enfoncement du tympan à gauche. L'ouïe très peu diminuée. V. B. à droite 3 mètres, à gauche 2 m.	Engorgement des ganglions cer- vicaux. Corps thyroïde normal.	Anémique. Se plaint de lassitude générale.	Céphalalgie nocturne.	Respiration buccale habituelle. Pouls 75.	Mauvaise digestion. Constipation habituelle.	Peau très sèche. Urine normale ni sucre, ni albumine.
9) R. Marius, 5 ans.	Père bien portant, mère a souffert d'une laryngite qui était guérie par I. K.	Rougeole. Scarlatine.	Depuis la pre- mière enfance.	Chronique plus prononcée depuis 8 mois.	Sécheresse pronon- cée des deux côtés du vestibule. Sensation de brûlure et de démangeaison. Croûtes sanguino- lentes, adhérentes, se reproduisant rapide- ment.	Une partie de la cloison cartilagineuse est ulcérée à gauche. Epistaxis fréquentes.	Cornets normaux. Mouche peu. Sécrétion purulente nulle. Odorat normal.	Légère pharyn- gite sèche. Amygdales nor- males. Tissu adénoïde normal.	Bonne dentition.	Rien d'anormal du côté des yeux. Vue normale.	L'ouïe normale.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Très petit pour son âge. Chétif, pâle.	Très nerveux. Sommeil agité.	Respiration buccale habi- tuelle. Ronfle la nuit.	Appétit capri- cieux. Constipation.	Peau sèche. Seborrhœa capitis. Urine normale ni sucre, ni albumine.
10) M. Louis, 14 ans.	Mère atteinte de jaunisse. Père rhumati- sant. Un frère épileptique.	Scarlatine. Rougeole. Conjonctivite phlycténulaire dans sa pre- mière enfance. Hérédo-luës.	Dans sa pre- mière enfance.	Chronique récidive depuis 8 semaines.	Sécheresse des deux côtés du vestibule. Croûtes sanguinolentes très adhérentes. Sensation de brûlure et de démangeaison. Coloration blanc- grisâtre.	Déviée à droite. Ulcération d'une grande partie de la cloison cartilagineuse à droite. Beaucoup de croûtes du côté droit de la cloison cartila- gineuse. Epistaxis fréquentes et abondantes.	Cornets normaux. Mouche peu, pas de sécrétion purulente. Odorat normal.	Pharyngite sèche. Amygdales peu hypertrophiées. Vestiges de végét- ations adénoïdes.	Dentition de Hutchinson.	Conjonctivite phlycténulaire à répétition. Vue normale.	Enfoncement du tympan droit. L'ouïe un peu diminuée à droite.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Constitution faible.	Céphalalgie frontale. Aprosexie.	Respiration buccale habi- tuelle. Ronfle la nuit. Pouls bon.	Mauvaise digestion. Constipation.	Peau sèche, jamais d'érup- tions. Urine normale ni sucre, ni albumine.
11) E. Gustave, 6 ans, écolier.	Tuberculose.	Rougeole. Croup. Trachéotomisé Oïte tubercu- leuse. (Carie tuber- culeuse du ro- cher.)	Dans sa pre- mière enfance.	Chronique récidives fréquentes en hiver.	Sécheresse des deux côtés du vestibule. Sensation de déman- geaison. Croûtes brunâtres très adhérentes des deux côtés. Coloration blanc- grisâtre.	Une partie de la cloison cartilagineuse est ulcérée à gauche. Beaucoup de croûtes adhérentes du même côté. Epistaxis fréquen- tes, mais pas abon- dantes.	Cornets du côté droit congestionnés; du côté gauche nor- maux. Mouche peu, pas de pus.	Pharyngite sèche. Amygdales modé- rément dévelop- pées.	Bonne dentition.	Vue normale.	Bourgeons mar- quant un foyer de carie du promon- toir de l'oreille droite.	Engorgement persistant des ganglions cervi- caux. Corps thyroïde normal.	Très petit pour son âge. Chétif.	Céphalalgie frontale. Indolent, mou.	Respiration buccale habi- tuelle. Ne toussé pas. Ronfle la nuit. Pouls bon.	Appétit capricieux. Mange peu.	Peau sèche. Pas d'éruption. Urine normale ni sucre, ni albumine.
12) D. Louisa, 7 ans, écolière.	Père bien portant, mère de faible cons- titution.	Rougeole en 1894. Blépharite à répétition.	Dans sa pre- mière enfance.	Chronique récidivant. en hiver.	Sécheresse des deux côtés du vestibule, plus prononcée à gau- che. Croûtes sanguinolentes, adhérentes. Coloration blanc- grisâtre.	Desquamation épi- théliale et ulcération des deux côtés de la cloison cartilagineuse sur la cloison cartila- gineuse. Croûtes adhérentes sur la cloison cartila- gineuse. Epistaxis fréquen- tes, pas abondantes à gauche.	Cornets un peu con- gestionnés. Jamais de suppu- ration nasale. Odorat normal.	Légère pharyn- gite sèche. Amygdales mo- dérément dévelop- pées. Pas de végét- ations adénoïdes.	Dentition défectueuse. Les premières molaires ne sont pas encore sorties en haut.	Blépharite à répétition. Vue normale.	Tympan enfon- cés. L'ouïe diminuée. V. B. à gauche 1.50-2, à droite 50-75.	Pas d'engorgement des ganglions. Corps thyroïde normal.	Taille peu développée. Anémique.	Céphalalgie fréquente.	Respiration buccale habi- tuelle. Ronfle la nuit. Pouls 86.	Mauvais appétit. Mange peu. Constipation.	Peau sèche. Pédiculis capi- tis. Urine normale ni albumine, ni sucre.

Cas chroniques.