La Syphilis des Cavités Accessoires du Nez

Par Viggo Schmidt

To cite this article: Par Viggo Schmidt (1921) La Syphilis des Cavités Accessoires du Nez, Acta Oto-Laryngologica, 3:1, 196-208, DOI: [10.3109/00016482109121182](https://doi.org/10.3109/00016482109121182)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/00016482109121182>

Published online: 08 Jul 2009.

Submit your article to this journal [↗](#)

View related articles [↗](#)

La Syphilis des Cavités Accessoires du Nez.

Par VIGGO SCHMIDT,

Assistant de la Clinique d'Oto-laryngologie de l'Hôpital Royal de Copenhague.

Tandis que les affections syphilitiques des fosses nasales sont très exactement décrites dans les Manuels d'anatomie pathologique et de rhinologie, ainsi que dans de nombreuses monographies, en même temps qu'elles sont bien connues à la fois des syphili-graphes et des rhinologistes, en raison de leur grande fréquence et des altérations caractéristiques très visibles à l'œil de l'observateur, par contre, l'étude des affections syphilitiques des sinus en est encore au stade où l'on fait remarquer leur rareté et leur minime importance par comparaison avec le nombre considérable des affections sinusiennes provoquées par les bactéries pyogènes.

Il est vrai que l'étude des caractères exacts de l'affection des sinus est très difficile; tandis que par la rhinoscopie, on peut se faire une idée extrêmement certaine de l'état de la muqueuse nasale, on ne voit pas, au contraire, l'intérieur du sinus, sauf lors des interventions opératoires.

A priori, on pourrait par le raisonnement, dire que de même que dans la vie quotidienne on trouve journellement de nombreux cas de syphilis tertiaire du nez, de même aussi il peut exister des cas de syphilis tertiaire dans les sinus, car, pourquoi une gomme ne pourrait-elle pas avoir son origine dans la muqueuse sinusienne ou dans les parois osseuses, aussi bien que dans les parois de la cavité nasale elle-même? Or, nous savons que les processus inflammatoires tertiaires de la syphilis du périoste et du tissu osseux ont leurs sièges de prédilection, comme, par exemple, les os frontaux et pariétaux, le tibia, le sternum, la clavicule, la cloison nasale et qu'il existe aussi des régions où

on les rencontre rarement; mais nous savons également qu'on *peut* rencontrer l'inflammation gommeuse pour ainsi dire partout dans le tissu osseux en plus de ces régions de fréquence maximum; nous savons encore que cela s'applique aussi aux altérations tardives des muqueuses dans la syphilis et qu'elles siègent de préférence en des endroits déterminés: muqueuse nasale, palais, paroi postérieure du pharynx, larynx, rectum, mais qu'on les trouve aussi décrites, pour ainsi dire, dans toutes les autres muqueuses. Il peut encore paraître probable que l'éruption secondaire sur la muqueuse, qui, outre les muqueuses de la bouche et du pharynx, est également constatée sur la muqueuse nasale, peut se trouver en même temps dans les muqueuses sinusiennes, car le virus qui est amené aux muqueuses par voie sanguine, ne peut choisir de se laisser transporter de préférence par des rameaux déterminés de la même artère. Cependant nous ne pouvons pas voir les muqueuses des sinus; nous avons seulement des signes qu'elles se comportent ainsi, par les indications, fournies par les malades, de douleurs et de pesanteur aux dites régions lors du stade d'éruption, par exemple: la céphalée frontale si fréquente lors des manifestations secondaires.

Mais, avant de passer de la théorie à la pratique, je me permettrai de résumer brièvement quelques renseignements fournis par la littérature sur la syphilis tertiaire des sinus du nez.

La syphilis des cavités accessoires du nez n'est pas mentionnée dans les anciens manuels, en particulier elle n'est pas citée par Scheff (1886) ou Rosenthal (1892); on trouve seulement deux lignes dans le Manuel de Voltolini «Die Krankheiten der Nase (1888)» où il écrit: «La carie et la nécrose du labyrinthe ethmoïdal est très souvent provoquée par la syphilis et assez souvent dans l'hérédosyphilis.» Lang et Michelson (1882 et 1888) sont les premiers qui mentionnent la possibilité pour les cavités accessoires, d'être le siège de processus syphilitiques. Dans un travail sur la syphilis des voies aériennes supérieures, Seifert (1893) dit que la syphilis n'attaque que rarement le sinus frontal par la voie du nez, mais souvent, elle oblitère par infiltration l'ostium frontal. De même, Kuhnt ne fait qu'effleurer la question dans sa monographie: «Sur les affections inflammatoires du sinus

frontal», Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhle (1895). Mais, au début des dix dernières années du XIX^{ième} siècle, on commence à voir apparaître les communications d'observations, parmi lesquelles les plus saillantes sont celles de Levin et Heymann et de Fournier. Dans le chapitre des affections du sinus frontal et du sinus maxillaire dans le Manuel de Heymann (1897) Killian dit que les observations cliniques rendent vraisemblable la syphilis de l'antre d'Highmore, en tant qu'affection indépendante, mais qu'on manque de matériaux certains pour établir cela comme doctrine. Dans un travail sur la syphilis du nez et de la gorge, paru en 1895, Gerber demande que l'attention soit dirigée sur la syphilis dans les affections du sinus maxillaire; mais, 14 ans plus tard, dans son travail: «Die Komplikationen der Stirnhöhlenempyeme», 1909, il déclare que la syphilis, par rapport aux autres facteurs étiologiques, joue un rôle particulièrement minime.

La publication de Chauveau de 9 cas en 1905 et d'un cas en 1906 fournit un point d'appui réel et important dans la question; il publia en effet 4 cas d'empyème du sinus frontal et 6 cas d'empyème du sinus maxillaire chez des syphilitiques, qui disparurent, souvent même trois semaines après le début du traitement spécifique. Dans sa thèse de Bordeaux, en 1905, Jambon ajoute à ces 10 cas 4 cas personnels, 1 de Ardenne et 1 de M. Bloch. En 1909, Zarniko, dans son Traité, dit qu'en se fondant sur les communications parues jusqu'à ce jour on est en droit de parler d'empyèmes spécifiques des cavités accessoires, provoqués par des gommes des parois des sinus, caractérisés par ce qu'ils disparaissent par le traitement spécifique et se différenciant des empyèmes non-spécifiques dus à la migration de bactéries pyogènes à travers une paroi sinusienne perforée par la syphilis tertiaire qui sont caractérisés par ce qu'ils ne disparaissent pas par le traitement spécifique, ainsi que les a décrits Grünwald, entre autres auteurs.

En 1911, parut la deuxième confirmation de la fréquence assez grande des empyèmes sinusiens syphilitiques autonomes dans l'article de Kuttner dans l'«Archiv für Laryngologie». Il représente un tout autre point de vue que Gerber, qui comme nous l'avons dit, avait considérablement varié dans sa manière

de voir. Gerber, en effet, ne niait, certes, pas l'existence de la syphilis dans les cavités accessoires, mais réduisait son rôle à un minimum. Kuttner pense que chez 15% de tous les syphilitiques non traités, il faudrait s'attendre à trouver des affections des sinus de nature spécifique. Il y arrive de la façon suivante: Fournier admet que chez 19% de tous les syphilitiques, aux stades ultérieurs, les manifestations morbides se présenteraient dans le nez et Zuckerkandl dit que sur 10 sujets autopsiés, avec affections nasales syphilitiques, 8 avaient eu des affections spécifiques du sinus maxillaire. Mais, Kuttner ajoute, que même si on devait rabattre beaucoup de ce chiffres, notre attention ne peut et ne doit manquer de rester éveillée sur les affections syphilitiques des cavités accessoires. Malgré des publications importantes et malgré la discussion approfondie, faite par Kuttner, de l'existence d'affections syphilitiques des cavités accessoires, avec publication de 10 nouveaux cas, Gerber répond à cela que sa manière de voir est et demeure la même: l'altération de la paroi du sinus a, pour ainsi dire, toujours, un caractère inflammatoire général. Il maintient son point de vue, bien que Kuttner ait démontré que dans la statistique qui forme la base de l'opinion différente de Gerber, on peut trouver, sans parti pris, pas moins de 3,7% de syphilitiques sur 778 cas.

A cela s'ajoute que la statistique de Gerber fut recueillie à une époque où on n'avait pas la réaction de Wassermann et où, lorsque le malade ne disait pas ou ignorait qu'il avait eu la syphilis et que l'aspect clinique n'était pas typique, on considérait simplement l'affection sinusienne comme ayant un caractère inflammatoire général. Il y a toujours contestation au sujet de cette question et ce qui étonnera tout autant que l'opinion de Gerber, c'est que dans le Traité des affections des sinus de Hajek, paru en 1915, on ne trouve qu'une mention très superficielle des affections syphilitiques dont il a observé un petit nombre, chez lesquels il existait des fistules allant de la cavité nasale dans le sinus maxillaire et dans lesquels il s'agit probablement d'une propagation du processus de la cavité nasale sur le sinus. Il mentionne la possibilité de l'exactitude de l'opinion de Kuttner, aussi en se rapportant à la description, donnée par ce dernier, de l'empyème

syphilitique vrai, non dû à une gomme, et dans lequel l'altération syphilitique de la muqueuse consisterait en un «gonflement» général diffus avec sécrétion purulente.

Parmi les publications, du reste assez nombreuses, des dernières années, la monographie de Heindl »Die Syphilis der Stirnbeine und der Stirnhöhle«, les cas publiés par Kellermann, Fleischer et autres sont la preuve que l'attention se tourne de plus en plus vers cette affection.

Si mon intérêt a été éveillé sur cette question, cela est dû au fait qu'en octobre 1918 entra à la Policlinique oto-laryngologique de l'hôpital royal une malade dont la vraie maladie avait été depuis longtemps méconnue.

I. Il s'agissait d'une ménagère, non mariée, âgée de 46 ans, habitant la campagne aux environs de Copenhague. Au début de sa maladie actuelle, elle n'eut aucun symptôme du côté du nez ou des sinus. Elle ignore toute infection syphilitique. Pendant de longues années, elle a eu de mauvaises dents et les a fait extraire ultérieurement, sauf la première molaire droite du maxillaire supérieur. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle commença à avoir des douleurs dans la région frontale droite qui persistaient nuit et jour. Pas de sécrétion par le nez. Elle n'avait pas de douleurs dans le maxillaire; mais elle pensait que les douleurs provenaient de la dent qui lui restait; c'est pourquoi elle s'adressa au dentiste de l'endroit qui enleva cette dent. Elle dit qu'en outre, on fit une perforation à travers l'alvéole, qu'il sortit du pus et que pendant longtemps elle fut traitée avec des irrigations à travers l'alvéole. S'étant adressée à un spécialiste, ce dernier ne constata par transillumination aucune opacité nette du sinus maxillaire droit, ni aucune affection nasale.

Un mois avant de venir à la policlinique, elle remarqua un gonflement du côté droit de la racine du nez et, en même temps, elle eut de la diplopie et de l'épiphora du côté droit. L'examen fit constater une saillie demi-molle au niveau de l'angle interne droit, au fond de la fossette naso-lacrymale, passant, sans limites définies, sur la paroi osseuse interne de l'orbite et aussi siégeant sur la paroi externe des cellules ethmoïdales. Il n'existait pas de pus dans les fosses nasales et en particulier pas dans le méat moyen. Le cornet moyen et les cellules ethmoïdales étaient vus par rhinoscopie, comme étant d'aspect naturel, peut-être légèrement hypertrophiés. *La diaphanoscopie* montrait de l'opacité de l'antre d'Highmore du côté droit et des cellules ethmoïdales droites, mais pas des sinus frontaux. *La radioscopie* révélait un voile du sinus maxillaire droit et des cellules ethmoïdales

antérieures droites. *A l'ophtalmoscopie*, le fond d'œil était normal. *Réaction de Wassermann* positive 0—60.

Comme traitement initial à faire chez elle on lui donne: Sirop de Gibert 15 grammes 3 fois par jour.

13 jours après le début du traitement spécifique, les douleurs avaient disparu; la diplopie avait cessé et le gonflement avait, pour ainsi dire, totalement disparu lui aussi. Après application *d'un tampon à la cocaïne* et *aspiration*, on trouva de minimes quantités de pus dans le méat moyen droit. Au bout de trois semaines, *la diaphanoscopie* montra un sinus maxillaire droit complètement clair. Les deux pupilles s'éclaircissent de même manière. Les cellules ethmoïdales sont claires. *La radioscopie* indique un éclaircissement du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales. On conseille à la malade un traitement prolongé au néosalvarsan. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique; empyème syphilitique du sinus maxillaire droit.

A la même époque, Borries attira mon attention sur le malade suivant.

II. Officier de 40 ans, ayant eu la syphilis 15 ans auparavant. Il a subi 400 cures de frictions et a pris de l'iodure de potassium. Depuis, pas de manifestation. 6 mois avant de venir consulter à la clinique de l'hôpital de la garnison, il se sentit «enrhumé du cerveau» et depuis, il avait de l'obstruction nasale et des douleurs dans les régions frontales. *Rhinoscopie*: hypertrophie diffuse généralisée de la muqueuse; pas d'ulcérations; pas de pus, en particulier pas dans le méat moyen après application d'un tampon cocaïné et aspiration. Au bout de 4 mois, on constata une légère tuméfaction au niveau de l'angle interne de l'œil droit; mais toujours sans pus dans le nez. 6 semaines après, la tuméfaction était devenue demi-molle et en même temps, *la rhinoscopie postérieure* révélait une partie ulcérée autour de l'ouverture de la trompe d'Eustache gauche. Il existait de l'épiphora à droite et du pus très net dans le méat moyen droit. *La clinique ophtalmologique* nous fait savoir que la tumeur en question est située en dedans du sac lacrymal dans le fond de la fosse naso-lacrymale et aussi dans la paroi externe des cellules ethmoïdales antérieures. *Réaction de Wassermann* positive.

Le malade déclare que, 2. à 3 semaines après avoir commencé le traitement antisypilitique, tous les symptômes disparurent: tuméfaction, épiphora, mal de tête. On l'examina 4 mois après; la tuméfaction était disparue, il n'y avait pas de pus dans le méat moyen, pas même après application d'un tampon cocaïné et aspiration. *A la diaphanoscopie*, tous les sinus sont clairs. Au niveau de l'orifice de la trompe gauche, on voit une perforation à bords nets, comme taillée à l'emporte-pièce. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique.

Je décidai alors de pratiquer systématiquement *la réaction de Wassermann* chez tous les malades avec affections des sinus et cette façon de procéder mit en lumière peu de temps après 2 cas d'affection syphilitique des sinus, cas qui ne se révélaient par aucun caractère spécifique et chez lesquels on fit l'intervention opératoire, parce que le résultat de la réaction de Wassermann ne nous parvint que quelques jours plus tard.

III. Femme de 25 ans, non mariée. Ignore avoir eu la syphilis. Il y a 4 mois, elle eut une sensation d'obstruction nasale avec tendance à sécrétion de pus des deux côtés. Elle n'a jamais eu de douleurs. Elle est entrée à l'hôpital il y a une semaine avec une otite moyenne aiguë: on pratique une paracentèse. *La rhinoscopie* révèle du pus épais et blanchâtre des deux côtés avec du gonflement de la muqueuse. *Diaphanoscopie*: opacité des deux sinus maxillaires. *Radioscopie*: les deux sinus maxillaires sont opaques, celui de droite l'étant davantage.

Sous anesthésie locale, on pratique la trépanation du sinus maxillaire droit, suivant la méthode de Denker.

On trouve une certaine quantité de pus dans le sinus. La muqueuse présente un épaississement diffus.

Après l'opération, nous reçûmes la réponse suivante: *Wassermann* positif 0—0—40—100. On lui administra donc du sirop de Gibert 15 grammes 3 fois par jour.

Un mois plus tard on fait *la transillumination*: on ne constate pas d'opacité dans le sinus maxillaire gauche; il existe encore un peu d'opacité dans le droit. *Fosses nasales*: il n'existe de pus d'aucun côté.

3 mois plus tard: *transillumination*: sinus maxillaires clairs, surtout le gauche. *L'examen aux rayons X* ne révèle rien d'anormal.

Dans ce cas, le pus disparaît du nez ainsi que l'opacité, également du côté non opéré. Nous conseillons un traitement prolongé au Néosalvarsan. *Diagnostic*: empyème syphilitique bi-latéral des sinus maxillaires.

IV. Homme de 54 ans, ignore la syphilis. Se portait bien antérieurement, autant qu'il peut savoir, jusqu'à il y a 6 mois, époque où sans symptômes précurseurs il présenta de l'obstruction du côté droit du nez. Il y a 2 mois, il se présenta à la Polyclinique. On enleva un certain nombre de polypes muqueux et, dans le fond de la fosse nasale droite, on constata une saillie analogue à une tumeur. L'examen d'un fragment prélevé pour biopsie indiqua: inflammation chronique; aucun signe de tuberculose, de cancer ou de sarcome. *Examen radiographique*: le sinus maxillaire droit et le sinus ethmoïdal droit sont très fortement voilés. La trépanation du sinus

maxillaire ne montre pas de pus; la muqueuse paraît normale; mais la paroi osseuse était épaissie. *Réaction de Wassermann* positive 0—60—100.

Comme traitement de début on administre: Sirop de Gibert 15 grammes 3 fois par jour.

Un mois plus tard: bonne perméabilité du nez; l'infiltration à aspect de tumeur du fond de la fosse nasale droite a disparu. Le cornet moyen est toujours tant soit peu polypoïde et hypertrophié. *Diaphanoscopie*: opacité du sinus maxillaire droit.

Ce n'est qu'au bout de 6 mois de traitement spécifique (iodure de potassium, injections de calomel à 0,05 centigrammes) que l'opacité du sinus maxillaire droit disparaît, après s'être déplacée de plus en plus vers la région externe, de sorte que la partie interne du sinus maxillaire à un certain moment était totalement claire à la *diaphanoscopie*, tandis que la partie externe était très opaque. On conseille un traitement prolongé avec le Néosalvarsan. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique droite; ostéo-sclérose syphilitique de la paroi de l'antre d'Highmore du côté droit.

Chez les 6 malades suivants il existait des modifications caractéristiques ou très suspectes dans les fosses nasales outre l'affection sinusienne.

V. Femme de 36 ans, mariée à un ouvrier. Ne sait pas avoir eu la syphilis. 5 enfants en bonne santé; pas de fausse couche. Depuis plus de 6 mois, obstruction de la fosse nasale droite. Son médecin l'a opérée (résection du cornet moyen droit). A cette époque, il existait de l'épiphora du côté droit. Quand elle se présenta au Rigshospital (Hôpital Royal), elle présentait un *ozène atrocement fétide* qui empestait l'atmosphère des locaux, de sorte qu'elle ne put être soignée en même temps que les autres malades venus à la clinique. *Réaction de Wassermann* positive 0—0—0—0—60. Traitement antisypilitique. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique; ozène syphilitique.

VI. Homme de 53 ans; ouvrier, marié. Depuis 7 semaines, l'air passe mal dans le nez. Ignore avoir eu la syphilis. Sa femme a eu 4 fausses couches. Objectivement, on constate: la voûte nasale à l'endroit des cellules ethmoïdales est remplie de granulations; il semble y avoir des synéchies avec la cloison. *Réaction de Wassermann* positive 20—100. *Transillumination*: cellules ethmoïdales opaques; autrement, il n'y a rien d'anormal. *Examen radiologique*: il semble y avoir un peu d'opacité correspondant aux cellules ethmoïdales médianes. Traitement spécifique (mercure; néosalvarsan).

On examine le malade 6 mois après le début du traitement. *Rhinoscopie*: état absolument normal; le passage de l'air est libre. Pas de symptômes subjectifs.

VII. Ouvrier peintre de 23 ans; marié. A eu la syphilis il y a 4 ans. A subi 50 + 10 + 7 traitements par frictions et a pris de l'iodure de potassium. Fosses nasales: ulcération sur le cornet inférieur droit. *Transillumination*: opacité du sinus maxillaire droit. *Radioscopie*: léger voile du sinus maxillaire droit. *Wassermann* positif 0—0—60.

Examiné 4 mois après le début du traitement spécifique (mercure, salvarsan): *diaphanoscopie*: il n'y a plus d'opacité. Les pupilles s'éclairent de façon égale.

VIII. Vacher, 23 ans, célibataire. Il y a 10 ans, il a séquestré un os par le nez. Il a un nez ensellé très net. Pus en abondance des deux côtés du nez. Hypertrophie et inflammation bourgeonnante des cellules ethmoïdales des deux côtés. *Réaction de Wassermann* positive. *Examen radiologique*: voile très net des deux côtés, tant des cellules ethmoïdales que des sinus maxillaires. Le malade ne revient plus. La preuve définitive de la disparition de l'inflammation après traitement spécifique fait défaut; mais l'aspect est tellement net qu'on est en droit de poser le diagnostic de syphilis congénitale. Empyème bi-latéral du sinus maxillaire (syphilitique?). *Ethmoïdite syphilitique* bi-latérale.

IX. Femme de 27 ans. Syphilis en 1912. Elle a subi 150 traitements par frictions et 22 traitements par injections. Elle dit qu'il y a eu une perforation dans son voile du palais et qu'il est sorti des esquilles osseuses par sa fosse nasale droite. Elle apporte des séquestres qui semblent représenter une bonne partie d'un cornet. *La rhinoscopie*, outre de grandes ulcérations sur le cornet moyen, montre une vaste perte de substance dans la paroi externe jusqu'à l'antre d'Highmore droit, dont la muqueuse est recouverte de pus et de croûtes, de même que celle de la fosse nasale. Il existe une certaine fétidité rappelant celle de l'ozène. *Réaction de Wassermann* positive 0—60. *Diagnostic*: syphilis nasale. Syphilis du sinus maxillaire droit. Ozène syphilitique.

On lui conseille un traitement prolongé avec le néosalvarsan.

X. Jeune fille de 19 ans avec hérédo-syphilis. Elle présente une ensellure nasale très marquée. La cavité nasale ne forme presque qu'une seule cavité, car, il ne reste que la partie la plus antérieure de la cloison. L'intérieur du sinus maxillaire droit est en large communication avec la cavité nasale. Sa muqueuse est couverte de croûtes et de pus comme aussi celle de la cavité nasale. *Diagnostic*: syphilis des fosses nasales. Syphilis du sinus maxillaire.

XI. Mécanicien de 41 ans; marié. Ignore avoir eu la syphilis. Pendant un an et demi a eu des douleurs des deux côtés dans la région frontale, et, pendant quelques mois, de l'obstruction de la fosse nasale droite. *Rhinoscopie antérieure*: gonflement considérable de la muqueuse

du toit de la cavité nasale du côté droit. Pas d'ulcération. *Diaphanoscopie*: opacité du sinus maxillaire gauche et des cellules ethmoïdales du côté droit. *Radioscopie*: voile correspondant au même niveau. *Réaction de Wassermann* positive 0—0—60. Grâce à un traitement spécifique énergique (injections de calomel à 0,05 centigrammes et néosalvarsan), les sinus sont complètement clairs au bout de 4 mois. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique droite; affection syphilitique du sinus maxillaire gauche.

XII. Veuve de 42 ans. Vient consulter parce qu'elle a le nez bouché depuis quelques semaines. Se plaint de violente céphalée frontale.

Rhinoscopie antérieure: l'examen du nez est rendu difficile par un gonflement diffus généralisé de la muqueuse. On ne voit pas d'ulcération. Il y a du pus sur les cornets moyens. Après emploi du *tampon cocaïne* et de *l'aspiration*: pus en abondance sur les cornets moyens gonflés. *Diaphanoscopie*: sinus maxillaires clairs. Les cellules ethmoïdales se montrent obscures. *Réaction de Wassermann* positive 0—60.

3 mois après le traitement spécifique, il n'y a pas de gonflement de la muqueuse nasale; l'air passe librement; il n'existe plus de céphalée, ni de pus. *Diaphanoscopie*: cavités accessoires claires. *Diagnostic*: ethmoïdite syphilitique.

XIII. Femme de 25 ans, mariée à un ouvrier. Ignore avoir eu la syphilis. Depuis longtemps, elle vient à la clinique pour rhinite atrophique. *La rhinoscopie antérieure* montre une atrophie considérable de la muqueuse nasale; mais pas d'ozène à proprement parler. On voit du pus dans le méat moyen gauche. *Diaphanoscopie*: opacité considérable du sinus maxillaire gauche. *Radioscopie*: on voit un voile très net correspondant au sinus maxillaire gauche. *Réaction de Wassermann* positive 0—60—100. On lui donne provisoirement du sirop de Gibert 15 grammes 3 fois par jour.

Au bout de 6 semaines, le sinus maxillaire gauche est également clair; le pus du méat moyen gauche a disparu. L'atrophie de la muqueuse nasale est sans modification. On lui conseille un traitement spécifique prolongé. *Diagnostic*: empyème syphilitique du sinus maxillaire gauche.

Sur ces 13 malades, le 1^{ier} et le 2^{ième} n'avaient aucun signe clinique certain de syphilis quand ils vinrent pour la première fois consulter le spécialiste. Ce n'est qu'au bout de 6 mois que l'affection révéla son caractère spécifique. Le 3^{ième} et le 4^{ième} ne furent reconnus comme syphilitiques que grâce à la série systématique d'examens par réaction de Wassermann. Les 5^{ième}, 6^{ième}, 7^{ième}, 8^{ième}, 9^{ième} et 10^{ième}, outre l'affection sinusienne avaient des

altérations nasales, soit caractéristiques (ozène syphilitique), soit très suspectes (ulcérations); mais chez le 5^{ième} malade on avait déjà fait une intervention. Les malades no. 11, 12 et 13 ne furent découverts que grâce à l'examen systématique par la réaction de Wassermann.

Il est très vraisemblable que 7 de ces 13 malades se seraient tôt ou tard révélés comme syphilitiques, parce qu'il se serait produit des altérations caractéristiques ou parce qu'il se serait manifesté des symptômes syphilitiques en d'autres régions de l'organisme; mais, c'est dans le fait qu'on ait pu les déceler *avant que la maladie ait fait d'autres progrès*, que se trouve le point le plus intéressant de notre sujet. De même, dans plusieurs cas relatés dans la littérature on a fait d'abord une intervention opératoire et c'est seulement *ensuite* qu'on a reconnu la nature de la maladie, parce que le tableau clinique a progressé dans cette direction, ou à la suite de renseignements fournis accidentellement par le malade ou par son médecin.

Si l'on veut rechercher le nombre des affections syphilitiques des sinus par rapport aux inflammations ordinaires de ces cavités, le nombre qu'on obtiendra dépendra de la manière dont on fait la statistique et aussi de l'étendue des matériaux cliniques. Je ne veux pas me prononcer sur le pourcentage probable. Je me contenterai de me prononcer sur mes cas personnels. Si l'on compte les 6 malades qui avaient en outre de la syphilis nasale et le cas relaté plus loin et qui était indubitablement un cas de syphilis sinusiennne, on en trouve en tout 14, rencontrés parmi 81 malades avec affections des sinus. C'est à dire 17,3%. Si l'on supprime les 6 malades dont il vient d'être question et si on n'en compte que 8 qui avaient une affection sinusiennne *seule*, il reste 9,9%. Donc, parmi les affections sinusiennes indépendantes, chaque 10^{ième} cas était d'origine syphilitique. *Il est probable que dans les grandes statistiques le nombre réel est bien inférieur.*

On peut, certes, donner raison à ceux qui affirment que les affections syphilitiques des sinus jouent un rôle minime par comparaison avec les autres formes inflammatoires, mais, on peut aussi affirmer le contraire. C'est seulement une discussion sur des mots et sur des chiffres.

Ce n'est pas du tout mon opinion qu'en clientèle particulière on doive de but en blanc demander aux malades s'ils ont eu la syphilis ou faire l'examen du sang sans aucun égard. Mais, on peut penser à ce groupe spécial d'affections sinusiennes.

Dans un service d'hôpital on peut mieux être systématique, mais il faut en même temps se souvenir qu'une réaction de Wassermann positive associée à une affection sinusienne ne suffit pas pour donner à cette affection l'épithète de syphilitique. Ce n'est que si l'affection sinusienne disparaît par le traitement spécifique qu'on a le droit de la qualifier de syphilitique; mais, en revanche, on a *en même temps* le diagnostic et le traitement.

Cette manière de voir peut servir de fil conducteur dans le sujet qui nous occupe; mais, naturellement, on peut lui faire des objections. Tout d'abord, on pourrait avoir une affection sinusienne syphilitique avec réaction de Wassermann négative, de même que nous voyons souvent de vastes ulcérations tertiaires du pharynx ou du larynx avec Wassermann négatif et qui disparaissent par le traitement antisypilitique, ou bien encore la syphilis du système nerveux. Dans les cas de notre travail, nous avons eu plusieurs cas d'affection sinusienne qui disparut extraordinairement bien, avec réaction de Wassermann très faible, et le passage de celle-ci à une réaction négative est très délicat. J'ai également observé une malade, ouvrière de manufacture (femme du no. XI), qui eut la syphilis il y a 14 ans.

Elle suivit un traitement par frictions pendant un mois et, de temps à autre, depuis cela, 12 cures de frictions, quand il lui semblait qu'elle se couvrait d'éruptions, et elle suivit quelques cures d'inhalation de vapeurs mercurielles auprès d'un spécialiste. Cette fois, elle avait une réaction de Wassermann positive. Elle vint à la Polyclinique avec des signes nets d'affection sinusienne; elle avait de la céphalée frontale et un peu de sensibilité au bord inférieur du sinus frontal et, en outre, une légère opacité et, à la radioscopie un voile du sinus maxillaire droit avec du pus dans le méat moyen. La céphalée frontale et l'affection du sinus maxillaire disparurent avec le traitement spécifique, de sorte qu'il n'est pas douteux qu'il se soit agi d'une affection sinusienne spécifique. Mais, quand on n'a aucun renseignement sur la syphilis

et sur la réaction de Wassermann, on n'ira évidemment pas expérimenter sur son malade. S'il y avait des facteurs orientant vers la syphilis, on tâchera d'obtenir des renseignements pour savoir s'il existe *d'autres* signes de syphilis (examen neurologique, ponction lombaire).

Inversement, il faudrait, aussi, penser à la possibilité d'une affection syphilitique des sinus qui ne disparaît pas par le traitement spécifique, surtout quand il y a des séquestres qui entretiennent la suppuration. Il y a dans la littérature plusieurs cas, où il fallut associer le traitement antisypilitique à l'intervention chirurgicale.

Si une affection sinusienne de nature syphilitique existe depuis longtemps sans avoir produit aucune nécrose, on peut penser à une transformation polypoïde de la muqueuse et infection mixte, de sorte que l'affection du sinus sera seulement améliorée, mais ne disparaîtra pas complètement par le traitement spécifique. Si l'on veut objecter que tant qu'on n'aura pas recherché et trouvé le spirochète dans les sinus, on ne peut pas prouver qu'il s'est agi réellement de syphilis dans tous ces cas, et si on nous dit qu'on peut penser que, par exemple, l'iodure de potassium pouvait amener une amélioration ou une guérison passagère par suite de l'augmentation de sécrétion des muqueuses, je répondrais que je me suis assuré contre cette source d'erreurs par trois examens de contrôle; de même que parmi 70 syphilitiques du service de vénéréologie, j'ai trouvé deux sujets avec empyème des sinus, d'un caractère général, que les malades avaient eu avant leur infection par la syphilis et qui ne furent pas du tout influencés par l'iodure de potassium, le mercure et le néosalvarsan. On pourrait, aussi, dire que dans la majorité des sinusites, il y a des améliorations spontanées, surtout quand les malades sont placés dans de bonnes conditions d'hygiène, sont mis au lit et sont au repos dans un hôpital etc. Mais pour ces 14 malades, c'est justement l'inverse qui a eu lieu; ils ont guéri de leurs affections sinusiennes syphilitiques avec traitement ambulatoire, plusieurs ont travaillé dans des fabriques ou en plein air.