

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1979

N°

Contribution à l'étude des aspects anatomo - Cliniques et Thérapeutiques du Rhinosclérome au Mali (à propos de 34 cas).

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1979
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par: Tama KONATE
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examinateurs:

Professeur Louis ORCEL

Président

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Docteur Pomerantser GARY

Juges

Docteur Siné BAYO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

Directeur Général : Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome : Monsieur Dionkounda SISSOKO
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique
- Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection
- André MAZER : Physiologie
- Jean-Pierre BISSET Biophysique
- Francis MIRANDA : Biochimie
- Michel QUILICI : Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN Biochimie
- Oumar SYLLA : Pharmacie chimique - Chimie organique
- Georges GRAS : Toxicologie-Hydrologie
Docteur Alain DURAND : Toxicologie
- Bernard LANDRIEU: Biochimie
- J.P. REYNIER : Pharmacie galénique
- Mme P.GIONO-BARBER Anatomie-Physiologies Humaines
- Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines
- Enile LOREAL : O.R.L.
- Jean DELMONT : Santé Publique
- Boubacar CISSE : Toxicologie-Hydrologie.

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie-Secourisme
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales-Phyto & Zoopharmacie
- Pierre SAINT ANDRE Dermatologie-Vénérologie-Lèprologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie -
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique
- Oumar COULIBALY : Chimie organique
- Adama SISSOKO : Zoologie

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Aly GUIINDO	: Séniologie digestive
-	Abdoulaye AG-RHALY	: Séniologie Rénale
-	Sory KEITA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Séniologie chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Mamadou-Lamine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Médecine Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Mamadou Kouréissi TOURE	: Séniologie Cardio-Vasculaire
-	Siné BAYO	: Histologie-Embryologie - Anapath.
Mme	KEITA (Oulématou) BA	: Biologie animale
Mr.	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.

CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christian DUMAT	: Microbiologie
-	Mme SY (Assitan) SY	: Gynécologie
-	Isack Mamby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Séniol.chirurgicale
-	Henri DUCAM	: Pathologie Cardio-Vasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique - Chimie organique - Diététique et Nutrition
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hamadi Modi DIALL	: Chimie ANalytique
-	Mme Brigitte DUFLO	: Séniologie digestive
Mr.	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeur	Tiénoko MALLET	: Mathématiques
-	Amadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
-	Lassana KEITA	: Physique
-	Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
-	Daouda DIALLO	: Chimie générale - Minérale.

-- JB DEDIE CE TRAVAIL --

:-:-:-:-:-:-:-:-

A mon père : Je dédie ce travail à ta mémoire,
tu as été cruellement arraché à notre amour,
tu as sacrifié les beaux jours de ta vie pour
faire de nous, ce que nous sommes aujourd'hui
ton affection demeure dans nos coeurs et dans
nos esprits.

Puisse ton corps reposer en paix.

A ma mère : Ceci est le fruit de tes bénédictions.
Puisse le tout puissant t'accorde encore une
longue et heureuse vie.

A ma femme : Ta patience et ton dévouement m'ont véritable-
ment facilité ces longues années d'études.

A mes enfants :

Que cela vous serve d'exemple.

Sachez que seul le travail anoblit l'homme.

A mes frères et soeurs :

Merci pour tous les conseils.

A ma belle famille : Tous mes respects.

A mes oncles : pour leur assistance, tant morale que
matérielle durant mes années d'étude.
Puisse ce travail être l'expression de ma
gratitude.

A tous mes cousins et à toutes mes cousines :

A tous mes collègues de promotion de l'E.N.M.F.

Les durs moments que nous avons passé ensemble
ont été fort utiles pour nous tous. Nous avons
envisagé ensemble l'avenir que nous souhaitons
meilleur pour l'enseignement reçu de nos maîtres
dont nous restons marqués par le souvenir.

A tous mes amis :

Que je ne puis nommer de peur d'en oublier mais
qui, j'en suis sûr, sauront se reconnaître.

Toute ma sympathie.

A tout le personnel du service Anapath de l'I.N.B.H.

A Madame CCULIBALY née Fatou SALL

Nos remerciements les plus sincères.

A tout le personnel du service C.R.L de l'Hôpital GABRIEL
TOURE

A tout le personnel de L'E.N.M.F.

Mes vifs remerciements.

A tous nos maîtres de l'E.N.M.F du Mali

A tous nos maîtres de stage.

Nous avons trouvé auprès de vous sollicitude et
dévouement.

Toute notre profonde gratitude.

→ ux Membres du JURY

A notre maître et Juge, Monsieur le Professeur Agrégé
Mamadou Lamine TRACRE

Votre enseignement clair et concis et
l'amabilité de votre abord, sont autant de qualité qui nous ont
profondément marqué.

C'est à présent le moment de vous dire
tout le bénéfice que nous en avons tiré pour notre formation.

En acceptant de nous juger, c'est un
honneur que vous nous faites. Nous vous Prions de trouver ici,
l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur POMERANTSER GARY

Vous nous avez fait l'honneur d'être notre
juge.

Trouver ici l'expression de notre respectueuse
gratitude.

A notre Directeur de THESE

Docteur Giné BAYO, maître assistant Chef de
clinique.

Vous nous avez inspiré confiance par votre
gentillesse et par votre expérience ; et nous vous avons demandé un
sujet de thèse.

nous
et vous^vavez guidé d'un bout à l'autre de sa réalisation.

Nous avons toujours trouvé auprès de vous, une
disponibilité des plus enthousiastes et des plus fructueuses.

Nous sommes très heureux de pouvoir exprimer notre
gratitude et notre profond respect.

A Notre Président de Thèse

Professeur Louis CRCEL - Service Central
d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de la Faculté de
Médecine Saint-Antoine.

PARIS

Respectueux témoignage de notre reconnaissance
pour le grand honneur que vous nous avez fait en acceptant la
présidence de cette THÈSE.

-- INTRODUCTION --

-:-:-:-:-

PLAN DU TRAVAIL

INTRODUCTION :	1
GENERALITE	2
- Définition	
- Historique	
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE	5
EVOLUTION	16
THERAPEUTIQUE	17
CONSIDERATION ETIOLOGIQUE	23
CONCLUSION GENERALE	25
RESUME DES OBSERVATIONS	27
BIBLIOGRAPHIE	50

I INTRODUCTION

On doit à VONHEBRA "in (33)" le terme de rhinosclérome (depuis le 11ème Congrès international d'O.R.L. de MADRID en 1932, on lui préfère le terme de sclérome) pour désigner une affection caractérisée cliniquement par des manifestations respiratoires (rhinorrhée muco-purulente, épistaxis, sensation de nez bouché etc...) et anatomiquement par un granulome inflammatoire polymorphe dont l'élément caractéristique est la cellule de MIKULICZ auquel s'associe dans une proportion variable une fibrose.

Affection cosmopolite, le sclérome présente une répartition géographique très inégale :

En Asie : les foyers les plus importants existent en SIBERIE, IRAK, INDES et surtout en INDOCHINE.

En Europe : l'UKRAINE et la POLOGNE sont les plus touchés, des cas sporadiques ont été signalés en FRANCE, en ITALIE, en SUÈDE et en SUISSE.

En Amérique : C'est surtout les états du centre (MEXIQUE et SALVADOR), le Sud Ouest des U S A et à un moindre degré le CANADA qui sont touchés.

En Afrique : Le sclérome se présente à l'état endémique dans plusieurs régions du continent :

En Afrique du Nord, le MAROC occupe la première place d'après les travaux de ARDIN (3), EL MASLOUT ABDERRHMANE (23), QUINAUDEAU (50) et SERGENT (59). D'après ces mêmes auteurs FES serait la région privilégiée : c'est là que les premières études sérologiques africaines ont été effectuées.

- L'ALGERIE possède également des foyers importants surtout dans les régions d'Alger et de CONSTANTINE.

En Afrique de l'Est, l'Egypte serait le plus important foyer d'Afrique d'après les travaux de BOTOS (11), EL MASLOUT ABDERRHMANE (23), EL MOFTY et ATTIA (25).

Au RUANDA et au BURUNDI, KAFERO (34) et MARNEFFE ont décrit également plusieurs cas.

En Afrique Centrale : l'affection a été décrite par les mêmes auteurs au ZAIRE.

En Afrique du Sud, BECKER (8) a rapporté un cas en 1956.

En Afrique de l'Ouest :

Les premières observations de la maladie ont été rapportées en 1959 au Ghana par VERVOORE et DETAGER (68) et au Sénégal par T. REYNAUD et collaborateurs (52).

Puis ce fut les descriptions de L. DIOF et collaborateurs (18, 19) en 1972. Plus récemment (1975) AGBALIKA (1) dans sa thèse signale au Sénégal 2 zones d'endémie :

La région de la Casamance et du Sine Saloum.

Au Mali nos malades proviennent des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou.

Matériel d'étude

Le présent travail porte sur 34 cas de sclérome, se répartissant de la façon suivante :

+ 21 cas colligés en 7 ans (1972 - 1978) dans les documents biopsiques du service d'anatomie-pathologie.

+ 13 cas personnels observés au cours de l'année 1979 pendant mon stage dans le service d'otorhino-laryngologie de l'Hôpital GABRIEL TOURE. Ces chiffres doivent être nettement inférieurs à la réalité, du fait du nombre réduit de services spécialisés en la matière en République du Mali.

Intérêt de ce travail :

Notre but est de fixer les idées sur les différents aspects anatomo-cliniques du sclérome rencontrés dans nos régions, et de rapporter nos résultats thérapeutiques.

II GENERALITE

Définition : Le rhinosclérome (le sclérome, scléroma respiratorium) est une maladie d'évolution chronique des voies respiratoires supérieures à début insidieux frappant exclusivement l'espèce humaine : Le bacille de FRISCH serait pour la plupart des auteurs, l'agent responsable.

Le mécanisme de transmission est encore mal connu, on sait seulement que la contagiosité de l'affection est faible.

Dans les conditions d'hôpital, des cas d'infection du personnel médical et auxiliaire ne sont pas notés.

La maladie est actuellement curable définitivement dans la majorité des cas.

Historique :

Trois grandes étapes ont marqué la connaissance de la maladie.

Le rhinosclérome, encore appelé rhino-pharyngo-sclérome, est connu de longue date :

sa description clinique due au Viennois HEBRA "in (1)" remonte à 1870 ; ses caractères histologiques ont été donnés par MIKULICZ (42), en 1876. Enfin c'est en 1882 que FRISCH (27) a décrit le bacille qui porte son nom et qui est considéré par beaucoup d'auteurs comme l'agent responsable de l'affection.

A - ETUDE DE LA FREQUENCE

1) Selon la provenance :

REGIONS	NOMBRE DE CAS
KAYES	4
KOULIKORO	4
SIKASSO	3
SEGOU	2
NON PRECISE	21
TOTAL	34

Tableau 1 : Fréquence selon la provenance

Les renseignements cliniques ne nous ont pas permis de préciser la provenance de 21 malades sur 34 ce qui limite la portée de nos conclusions quant aux régions les plus touchées au Mali.

2) Selon l'Age :

AGE	NOMBRE DE CAS
9 - 14	4
15 - 20	2
21 - 25	8
26 - 30	9
31 - 35	3
36 - 40	5
41 - 53	3

Tableau 2 : Repartition selon l'âge

L'âge de nos malades va de 10 à 53 ans, la moyenne d'âge étant de 31 ans :

le maximum de recrutement se situe entre 21 - 30 ans :

Cette constatation est conforme aux observations de d'autres auteurs comme ZAKREBSKI (74) qui dans une étude sur 64 cas à la clinique C R L de POENAN montre que l'âge de prédilection de survenu du rhinosclérome se situerait entre 15 et 35 ans. Il faut reconnaître toutefois que le rhinosclérome se rencontre à tout âge et qu'il n'est même pas exceptionnel chez l'enfant.

3) Selon le sexe

Les conclusions sur la repartition du sclérome selon le sexe sont variables suivant les auteurs : dans notre cas nous avons relevé 20 hommes (58,8 %) et 14 femmes (41,2 %) : ces chiffres sont proches de ceux de QUEVEDO (49) au Guatemala qui sur 108 observations de sclérome trouve 60 % d'hommes et 40 % de femmes.

Ailleurs, la prédominance est féminine : BELINCFF (9) dans une étude, compte 58,5 % de femmes pour 41,5 % d'hommes ; des observations similaires ont été faites par Mme DURKA-SARZEWSKA "in (1)" avec 62,5 % de femmes contre 37,5 % d'hommes, REYES (51).

4) Selon l'Ethnie

ETHNIES	NOMBRE DE CAS
BAMBARA	1
DJOLA	1
GANA	1
MALINKE	1
PEULE	2
SARAKOLE	5
SENCUFC	1
INDETERMINE	21

Tableau 3 : Incidence ethnique

Comme dans la repartition selon la provenance, l'ethnie de 21 malades sur 34 n'a pu être précisé ce qui limite une fois encore la portée de nos conclusions quant aux ethnies plus fréquemment touchées par le sclérome.

-- ETUDE ANATOMIQUE CLINIQUE --

-:-:-:-:-:-:-:-:-

III - ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Le début du sclérome est insidieux et progressif : les lésions évoluant très lentement, la symptomatologie est longtemps fruste, non caractéristique et banale.

La conséquence en est que les malades viennent consulter à des stades avancés de la maladie.

A la clinique de Poznan, sur 64 malades observés : 39 ont consulté entre 1 et 6 ans après le début de la maladie ; les 25 autres ont une durée beaucoup plus longue.

Sur 17 observations faites à Dakar par AGBALIKA (1), 13 malades sont venus consulter entre 1 à 3 ans après le début des troubles, un malade s'est présenté en consultation 10 ans après les premiers signes de la maladie.

- Ici 10 de nos malades ont consulté entre 1 et 5 ans après le début des troubles, et les 3 autres bien plus tard.

A) Manifestations cliniques

Signes fonctionnels

Les signes d'appel varient avec le stade évolutif de la maladie.

Premier stade ou stade catarrhal :

Il est dominé par :

- une rhinorrhée muco-purulente ou purulente,
- des épistaxis intermittentes, apériodiques, répétées de moyenne abondance,
- parfois mouchage de croûtes généralement sans odeur à ce stade,
- une obstruction nasale plus ou moins importante,
- une anosmie (diminution ou perte complète de l'odorat) sans trouble du goût,
- une sécheresse de la gorge avec sensation de cuisson désagréable,
- parfois ce sont des épisodes de rhinite banale qui résument toute la symptomatologie du début.

Deuxième stade :

- L'obstruction nasale augmente : elle est bilatérale et permanente,
- le malade mouche de nombreuses croûtes épaisses, jaune-grisâtre, d'odeur fétide,
- l'anosmie s'accompagne de cacosmie (déviation du sens olfactif qui conduit les malades à aimer certaines odeurs désagréables

ou fétides) et elle est très marquée,

- l'existence de céphalées fronto-temporales est assez fréquente et parfois les malades accusent des douleurs dans les régions des sinus maxillaires.

Troisième stade :

Aux signes précédents peuvent s'ajouter :

- une otalgie
- une hypoacousie
- une voix nasonnée

- En fait la division de la symptomatologie en trois stades n'a qu'un intérêt didactique, car en réalité les différents stades sont presque toujours intriqués.

Ainsi les 13 malades que nous avons suivi en clinique, les observations : 22 - 23 - 25 - 26 - 27 - 29 - et 30 ont présenté des épistaxis des rhinorrhées et des céphalées fronto-temporales.

Si deux de nos malades (observations n° 24 et 32) ont présenté au début une rhinite banale, il faut reconnaître que l'obstruction nasale unilatérale ou bilatérale représente le signe fonctionnel le plus fréquemment retrouvé (26 sur 34).

2) Les signes physiques

L'examen clinique permet de découvrir

- dans les cas typiques un gros nez épaté et élargi surtout à sa partie inférieure. Ses ailes sont épaissies et élargies au point de diminuer sensiblement les orifices narinaux, réduits à des pertuis minuscules. Ce nez est immobile on dit "congelé" avec les ailes fixes pendant la respiration.

A la palpation sa dureté cartilagineuse est assez caractéristique de la maladie.

Cet aspect typique du nez scléromateux est rare dans nos observations nous l'avons noté seulement dans nos observations (N° 25 et 28)

- Dans les cas atypiques le nez présente une simple déformation ; il est à peine gros avec une petite voussure droite ou gauche. Cet aspect a été noté 5 fois : (observations 22 - 26 - 29 - 33 - 34).

Enfin dans certains cas aucune modification extérieure du nez n'apparaît, alors seule la rhinoscopie permet de découvrir la lésion : (observations : 23 - 27 - et 32).

La rhinoscopie : Elle est réalisée par le spécialiste. C'est un examen essentiel, qui comporte deux temps.

- La rhinoscopie antérieure.
- La rhinoscopie postérieure

Premier temps : La rhinoscopie antérieure.

Elle permet d'établir la différence entre le sclérome nasal antérieur et endonasal.

Le sclérome nasal antérieur ; c'est la forme dont le diagnostic est le plus faible. Il se présente sous deux formes :

- forme pseudo tumorale
- forme atrophique.

La forme pseudo tumorale se présente sous forme de masses charnues, rouges ou rosées, lisses et assez dures. Elles obstruent partiellement ou complètement les orifices narinaux. L'extension sur les téguments voisins (lèvre supérieure, joue) est toutefois possible, comme l'a signalé EISENCODT (22). Cette forme a été observée chez 5 de nos malades des observations : (22 - 25 - 28 - 31 - et 33).

La forme atrophique : Présente une destruction complète des cornets inférieurs associée à une atrophie de la muqueuse pituitaire. Cette rhinite atrophique, à fosse nasale élargie, a la particularité de s'accompagner d'une sensation de "nez bouché" paradoxale.

Nous l'avons noté une seule fois (observation N° 24).

Le sclérome endonasal

La pseudo tumeur occupe le fond de la fosse nasale recouverte de muco-pus. La muqueuse pituitaire hypertrophiée coexiste avec des brides cicatricielles et des synéchies par soudure des cornets et cloisons. Les reliefs normaux des fosses nasales ne sont plus reconnaissables. La fosse nasale est souvent réduite à une filière étroite, qui laisse difficilement passer un porte coton ou un stylet.

Dans notre étude, nous avons noté cette localisation 5 fois (observations 23 - 26 - 27 - 32 - 34.)

Deuxième temps ; la rhinoscopie postérieure :

Elle demande plus de temps. Elle se pratique chez un patient rassuré et calme, parfois l'anesthésie locale est nécessaire.

Elle permet de décrire ;

Le sclérome nasal postérieur : se présente sous forme de rétrécissement en entonnoir ou en diaphragme pouvant s'étendre sur toute la profondeur des fosses nasales et même au delà dans le nasopharynx dont la largeur se trouve très réduite.

Il se présente :

- soit sous forme de sténose postérieure totale des choanes : une seule de nos observations se prête à cette forme de rétrécissement total (observation 23)

- soit sous forme de sténose postérieure partielle. Nous l'avons noté dans 4 cas (observations 25 - 28 - 31 - et 34).

- soit enfin sous forme d'infiltration simple des choanes et du septum : c'est le cas dans l'observation 27. Cette infiltration serait caractéristique du début du sclérome nasal postérieur pour certains auteurs tels, MARNEFFE (41), MILLER (44).

3) LES EXAMENS PARACLINIQUES :

Ils peuvent être regroupés en :

- examens de routine
- examens spécifiques.

a) Les examens de routine : Nous avons demandé essentiellement le B.W. (pour éliminer une tréponématose) et la N.F.S.

- La réaction de Bordet Wasserman (B.W.) : Nos 13 malades suivis en clinique ont tous bénéficié de cet examen. La réaction a été négative dans tous ces cas.

- La numération formule sanguine : Certains auteurs se sont attachés à pratiquer cet examen dans le but de préciser les modifications qualitatives du sang chez les malades atteints de sclérome.

+ Taux d'hémoglobine : Il serait abaissé chez 70 à 90 % des malades d'après des auteurs comme : BURACK (12), DURSKA-ZAKREWSKA de poznan et FUSTCHKOWSKY "in (1)".

+ Numération des globules rouges : Des travaux russes et polonais font état de la fréquence d'une anémie plus ou moins importante.

+ Numération des globules blancs : Leur taux est normal en général, mais dans certains cas, on note une leucocytose modérée ou forte, qui correspondrait sans doute à une infection intercurrente. En ce qui concerne la formule leucocytaire, le pourcentage des polynucléaires neutrophiles est normale, les éosinophiles sont augmentés de 30 % pour CZARNECKI, en nombre sensiblement normal pour Madame ZAKREWSKA "in (33)" dans la majorité des cas.

A Dakar, dans la formule leucocytaire on a relevé une éosinophilie constante et parfois très élevée (14 à 30 %), AGBALIKA (1), mise au compte d'un polyparasitisme vérifié une seule fois par examen coprologique.

Dans notre étude, 11 malades sur les 13 suivis en clinique ont présenté :

- 8 fois une anémie peu importante,
- un nombre de leucocytes sensiblement normal,
- une éosinophilie peu marquée (5 à 7 %), (observations 24 - 27 - 33 - et 34).
- un taux de lymphocytes légèrement augmenté (observations 28 et 35).
- un taux des plaquettes presque toujours la normale.

b) Les examens spécifiques

- radio
- bactériologie
- sérologie
- histologie

Ils permettent d'affirmer le diagnostic de rhinosclérome.

+ Les examens radiologiques : Complètent le bilan du malade. Ce sont les radiographies des sinus antérieurs et des poumons qui sont les plus demandées.

- Au niveau des sinus : on relève chez 4 de nos malades un voile des sinus maxillaires avec intégrité radiologique des sinus ethmoïdaux et frontaux (observations 23 - 25 - 27 - et 31).

- Au niveau des poumons nous avons découvert une image péribronchite bilatérale (observation 24).

+ La bactériologie : La recherche du bacille de FRISCH et FELIZZARI constitue un élément important dans le diagnostic du sclérome.

Bacille gram négatif, immobile, il fait partie du groupe KLEBSIELLA dont il a été isolé grâce à certains caractères cultureux, surtout biochimiques et sérologiques.

- Caractères cultureux du bacille de FRISCH. Le bacille se cultive sur les milieux usuels, aérobies et anaérobies :

. en bouillon, il trouble le milieu, forme habituellement une colorette visqueuse et un dépôt muqueux,

. sur gélose, les colonies sont volumineuses et visqueuses avec tendance à la confluence,

. sur milieu à l'éosine bleu de méthylène, les colonies sont teintées en rose avec parfois au centre un point violacé.

- Caractères microscopiques du bacille de FRISCH et FELIZZARI.

.. Bacille court, trapu de 2 à 8 micron de long, à extrémités arrondies,

.. immobile,

.. en capsulé dans la grande majorité des cas,

.. isolé ou groupé en figures variées,

.. se colorant facilement par toutes les couleurs basiques d'aniline, mais ne prenant pas le gram.

Les bacilles de FRISCH et PELIZZARI peuvent être extra cellulaires et envahir les espaces lymphatiques, mais sont surtout répandus dans les cellules de MIKULICZ et les corps hyalins de RUSSELL-UNNA.

Il suffit d'ensemencer quelques gouttes de sérosité nasale prélevée au porte-coton stérile, pour les mettre en évidence.

Caractères biochimiques : Les cultures fermentent avec production d'acide mais sans formation de gaz.

.. Absence de fermentation ou fermentation tardive du lactose alors que le groupe KLEBSIELLA est habituellement lactose positif, ce qui signe la présence de bêta-galactosidase :

.. réaction VOGES PROSKAWER est négative,

la réaction au rouge neutre est positive (acidification lors de la fermentation du glucose).

.. citrate (simmons) négatif.

Caractère différentiel avec les autres souches du groupe KLEBSIELLA, se fera par les réactions biochimiques et l'étude antigénique, mais des difficultés peuvent se présenter vis à vis des souches provenant de l'Ozène. L'étude de l'antigène capsulaire permet la différenciation.

Les méthodes sont :

- agglutination sur lame,

- agglutination en tubes,

- Précipitation des surnageants de cultures,

- réaction capsulaire spécifique (réaction de Neufeld).

La détermination du type capsulaire des KLEBSIELLA n'est pas couramment recherchée, il faut disposer des 72 sérums correspondants aux types connus, sérums qui doivent souvent être saturés pour éliminer les réactions croisées. Aussi toutes les souches de KLEBSIELLA rhinoscléromatis possèdent l'antigène capsulaire K : 3 ; tandis que le KLEBSIELLA CZENEA est de type K : 4 ; K : 5 ; K : 6.

Le bacille de FRISCH ou KLEBSIELLA rhinoscléromatis, est pratiquement toujours présent dans les sécrétions muqueuses de malades atteints de sclérome, mais plusieurs prélèvements sont parfois nécessaires pour le mettre en évidence.

C'est une recherche qui est souvent négative.

C'est ainsi que le bacille n'a été isolé que 4 fois seulement sur 15 examens pratiqués par : SERGENT (59) chez des scléromateux avérés.

D'autres germes prédominaient surtout les pneumocoques.

A Dakar sur 10 examens, 4 fois le bacille a été isolé après culture de broyat de biopsie endonasal ou du mucus. Les germes isolés chez les autres malades étaient le bacille pyocyanique, le citrobacter, le protéus, l'aerobacter.

Dans notre étude, 5 malades ont bénéficiés de cet examen ; 2 fois (observations 25 et 31) le bacille de FRISCH a été isolé après culture de broyat de biopsie endonasale ou de mucus. Chez les 3 autres nous avons rencontré d'autres germes : pneumocoques, staphylococcus auréus.

La difficulté relative d'isolement du bacille de FRISCH serait due, selon SERGENT, à sa fragilité et sa lyse rapide en présence des autres germes des voies aériennes supérieures.

C'est dire que le test sérologique spécifique est un complément de l'examen bactériologique.

+ Sérologie : Le test sérologique spécifique est la réaction de fixation du complément : des difficultés techniques ne nous ont pas permis de réaliser cet examen.

Pour KLINE (35), 92 % des malades ont une réaction de fixation positive.

A la clinique de poznan, sur 64 cas étudiés de 1949 à 1955, avant tout traitement 56 malades ont une réaction positive. Les 8 cas négatifs concernent, 4 malades atteints de lésions récentes et limitées, 3 malades déjà irradiés, 1 malade porteur de lésions cicatricielles du larynx et de la trachée.

Dans les travaux de Dakar, AGBALIKA (1), sur 9 malades qui ont pu bénéficier de cet examen : 6 d'entre eux ont une réaction de fixation positive.

Cependant les auteurs polonais considèrent la sérologie comme un élément de diagnostic et de pronostic très important, puisqu'elle permettrait de suivre pas à pas les progrès du traitement, T.REYNAUD (53).

L'antigène n'étant pas commercialisé, cette sérologie est peu courante. Aussi avons-nous eu toujours recours à :

+ Histologie

Tous nos malades ont pu bénéficier de l'examen histologique indispensable pour confirmer le diagnostic.

Tous nos prélèvements ont été fixés au formol neutre à 10 % et les coupes colorées selon la méthode standard (hématoxyline-éosine).

- L'image histologique classique du rhinosclérome a été retrouvée dans la presque totalité de nos prélèvements.

- Il s'agit d'un granulome inflammatoire, polymorphe, à prédominance lympho-plasmocytaire dans lequel on trouve un élément très évocateur du sclérome : la cellule de MIKULICZ : sans être pathognomonique (elle existe dans la lèpre lépromateuse, la peste bubonique, la morve), la présence de la cellule de MIKULICZ dans le granulome nous a toujours permis dans le contexte clinique de poser le diagnostic de rhinosclérome. C'est une cellule de nature histiocytaire, de taille importante (50 à 100 μ de diamètre) à cytoplasme clair parce que criblé de multiples petites vacuoles sans contenu visible ; à noyau habituellement petit, dense, fortement coloré, le plus souvent excentré.

Certains auteurs ont décrit dans ce granulome des éléments dits "corps hyalins de RUSSEL et UNNA" il s'agirait de cellules de 20 à 40 μ de diamètre dont le cytoplasme est bourré de granulations hyalines. Ces cellules seraient des plasmocytes dégénérés : nous n'en avons pas observé dans nos coupes.

Il s'associe à ce granulome une fibrose d'importance variable.

Selon la prédominance de l'un des éléments, les auteurs distinguent 4 stades histologiques.

1er Stade marqué par une métaplasie épidermoïde de l'épithélium pituitaire avec infiltrat inflammatoire diffus de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires.

Dès ce stade il est possible de retrouver quelques cellules de MIKULICZ. Nous avons retrouvé une telle image chez 8 de nos malades (observations : 2 - 5 - 6 - 8 - 9 - 18 - 21 - 26).

2è Stade marqué par l'apparition des cellules de MIKULICZ contenant des bacilles de FRICKE en grand nombre : ce serait pour certains auteurs ces éléments qui se transformeraient progressivement en fibroblastes. Ce stade a été noté dans 5 observation (1 - 10 - 12 - 25 - 34).

--- I C O N O G R A P H I E ---

PHOTO N° 1 : Granulome inflammatoire polymorphe parsemé de cellules de MIKULICZ (cellules claires) avec un début de fibrose (observation N° 4).

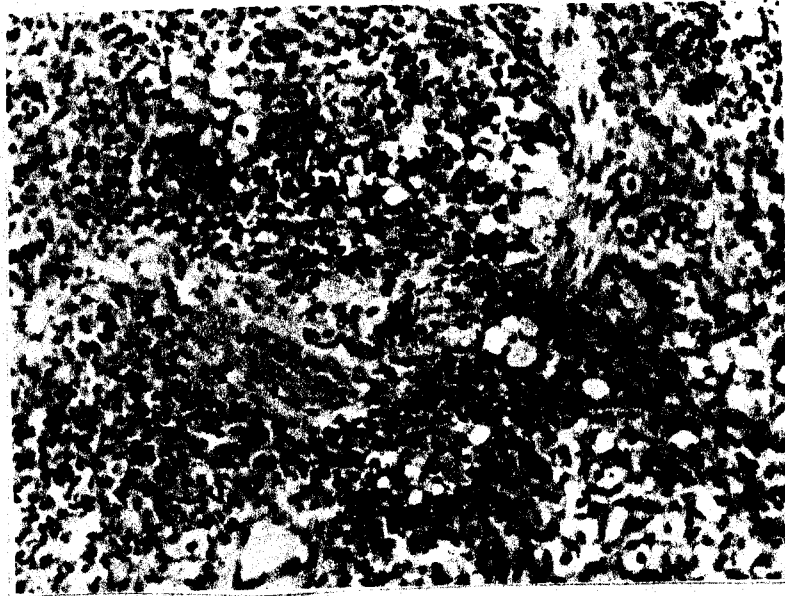
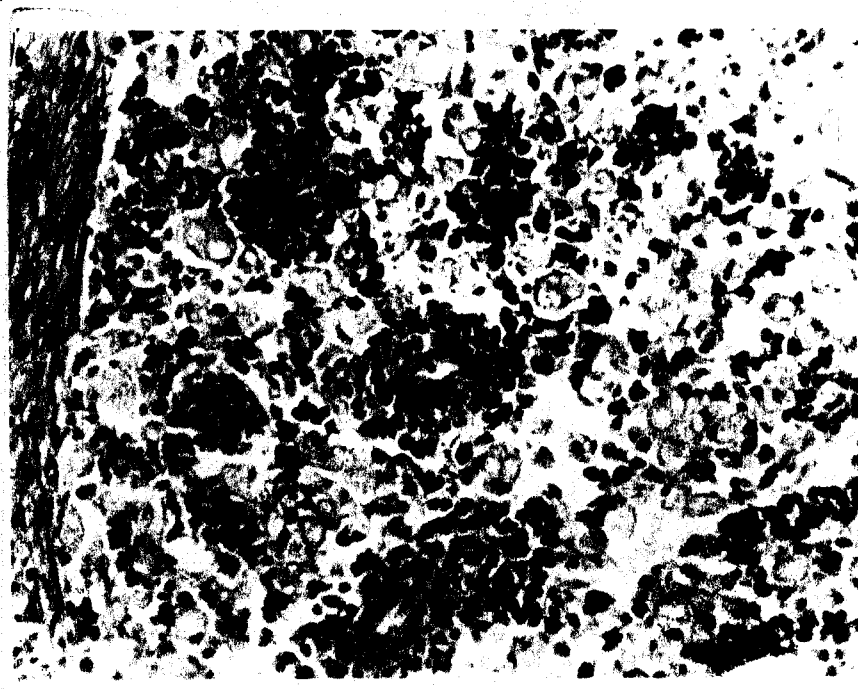


PHOTO N° 2 : Granulome inflammatoire dominé par les cellules de MIKULICZ. Les autres éléments ont une localisation surtout périvasculaire (observation N° 25).



3e Stade marqué par une augmentation en taille et en nombre des cellules de MIKULICZ alors qu'on note aussi une multiplication et une densification des fibres collagènes. Trois de nos observations répondent à cette image (4 - 20 - 31).

4e Stade le tissu conjonctif s'épaissit tandis qu'on assiste à la disparition progressive des éléments cellulaires (observations 3 - 13 - 14 - 15 - 27 - 29 - 32 - 33).

En fait, il n'est pas toujours aisé de procéder à une telle classification car souvent sur une même coupe, plusieurs images peuvent coexister ainsi nous avons : un stade I et II dans les observations 22 - 23 - stade I et IV (7 - 17), II et III (28 - 30), II - III et IV (19), II et IV (11).

B - Diagnostic différentiel

En milieu tropical, le diagnostic différentiel du rhinosclérome se pose avec un grand nombre d'affections naso-géniennes.

1 - La lèpre Dans sa forme lépromateuse avec rhinite chronique et faciès léonin peut poser un problème de diagnostic différentiel avec le rhinosclérome pour des sujets non suffisamment avertis. La recherche et la mise en évidence du bacille de Hansen, la biopsie cutanée qui montre une atrophie épidermique importante et un derme infiltré par des histiocytes (cellules lépreuses de VIRCHOW) contenant des bacilles (globi) permettent aisément de faire le diagnostic de la maladie de Hansen.

2- La Syphilis à sa phase tertiaire avec atteinte nasale (écoulement muco purulent fétide, hypertrophie de la pyramide nasale et épaississement de la cloison) peut prêter à confusion avec certaines manifestations du rhinosclérome mais la notion d'un chancre et la positivité des réactions sérologiques permettent habituellement de faire la différence.

3 - La forme pseudo-tumorale de la tuberculose

Dans sa situation nasale (partie antérieure de la cloison, rebord des choanes et cornet moyen) peut aussi poser un problème de diagnostic avec le rhinosclérome : ici aussi les examens bactériologiques (recherche du B.K, inoculation au cobaye) et la biopsie permettent de sortir du "dilemme".

4 - Le lupus nasal dans son siège à la partie antérieure des fosses nasales à la tête du cornet inférieur et à la cloison, avec ses formations granulomateuses, mûrifformes non dures peut pour des sujets non avertis simuler le rhinosclérome.

Il s'en différencie par ses lésions non dures, non fibreuses en plus la biopsie profonde pour l'histologie et la réponse au traitement à la vitamine D permettent de faire la différence.

5 - Le Fian dans son atteinte nasale (rhino-pharungite mutilante, éfondrement de la pyramide nasale, cicatrices multiples et retractiles) peut aussi prêter à confusion avec certaines manifestations du rhinosclérome. Mais les signes généraux et les tests sérologiques identifient le pian.

6 - La rhinite atrophique (ozène) atrophie de la muqueuse, odeur, croûtes, anosmie, céphalées) peut prêter à confusion avec certaines formes du rhinosclérome.

Mais la recherche bactériologique permet de faire la différenciation :

Le "KLEBSIELLE OSENEA" est uréase variable, citrate simmons positif, son antigène capsulaire est de type K : 4 - K : 5 - K : 6 ; alors que celui du KLEBSIELLE rhinoscléromatis est toujours K : 3.

7 - Le papillome avec sa tumeur (à aspect vineux, mûriforme ou choux fleur, pédiculée) vesticulaire ou intra nasale peut se confondre avec le rhinosclérome à première vue. Le diagnostic se fera grâce au caractère pédiculé de sa tumeur et l'histologie.

8 - Le rhinophyma acné hypertrophique avec intégrité intranasale absolue ne s'aurait se confondre avec le rhinosclérome pour un clinicien averti.

J ETUDE DES ASSOCIATIONS

Certaines associations du rhinosclérome avec d'autres affections ont été décrites dans la littérature.

1 - Rhinosclérome et lèpre : Cette association peut poser des problèmes de diagnostic dans les pays où les deux maladies existent. Sans destruction de la charpente ostéo-cartilagineuse, on pourrait prendre des synéchies scléromateuses comme des séquelles hanseniennes. Cette association est rare. Elle n'a été observée que par MARNEFFE (40).

2 - Sclérome et tuberculose : dans la littérature un seul cas a été également rapporté par PADONAN et WEISGLASS (48).

3 - Sclérome et cancer : Cette association n'a été signalée que par ATTIA (4). Elle souleva beaucoup de discussions, pour savoir s'il y avait une relation entre les deux maladies ou s'il s'agissait d'une coïncidence. Car le seul granulome qui pourrait se cancériser est le lupus vulgaris. D'après ERMAN (26), l'irritation chronique et la septicité jouerait un rôle favorisant dans cette transformation carcinomateuse.

Dans nos observations, nous n'avons pas rencontré cette association. Seulement, notre observation n° 32 présentait rhinosclérome et tumeur maligne de l'oeil, que nous avons supposé une simple coïncidence.

--- EVOLUTION ---

IV - L'EVOLUTION

L'évolution du sclérome est extrêmement lente et s'étend sur de nombreuses années.

- En l'absence de traitement :

Les lésions envahissent les régions voisines et causent des déformations. L'extension se fait à la région lacrimale et à la lèvre supérieure.

Le processus scléromateux atteindra successivement :

- Le pharynx, l'isthme du gosier dont l'atrésie entraîne des troubles de déglutition, des difficultés d'alimentation : le malade perd alors du poids et se cachectise.

- Le larynx entraînant un gêne respiratoire pouvant aboutir à l'asphyxie et à la mort si une trachéotomie d'urgence n'est pas pratiquée.

La cancérisation des lésions scléromateuses et la rupture du coeur sont très peu courantes dans la littérature. Ce sont les complications asphyxiques qui demeurent le mode d'exitus des malades. Notre observation N° 31 en a été victime.

Dans notre étude nous avons noté une fois une image de la péribronchite bilatérale (observation 24).

Sous traitement

Avec les antibiotiques, l'évolution fatale du rhinosclérome est bien moins fréquente de nos jours.

La maladie se stabilise habituellement et guérit.

Les récurrences sont également moins fréquentes.

Mais les risques pour la constitution d'une fibrose rétractile avec sténose narinaire existent obligent à pratiquer une plastie de nécessité.

Les complications

Elles surviennent habituellement en dehors de tout traitement sous forme d'asphyxie ou de rupture du ventricule droit emportant ainsi de façon brutale le malade.

--- THERAPEUTIQUE ---

-:-:-:-:-

IV - THERAPEUTIQUE

Pendant longtemps, le sclérome a été considéré comme incurable. Les différents traitements utilisés ne donnaient qu'une guérison partielle, peu durable, si bien que la récurrence était presque toujours la règle.

Avec l'introduction des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique du sclérome, la possibilité d'une vraie guérison est apparue.

1 - Moyens thérapeutiques

Diverses méthodes thérapeutiques ont été employées dans le traitement du sclérome. Nous allons donner une brève revue des anciennes méthodes pour insister sur l'emploi des antibiotiques et son corollaire qu'est la chirurgie "réparatrice".

a- Les anciennes méthodes thérapeutiques ; elles comprennent : Les agents chimiques

+) Les caustiques chimiques, qui ont été utilisés : nitrate d'argent, acide chromique, acide trichloracétique, chlorure de zinc sont les plus employés.

Ils peuvent avoir une certaine valeur en association avec la radiothérapie ou les antibiotiques.

+) Les préparations mercurielles, arsenicales ont été injectées par voie intra-musculaire ou intra veineuse : leur action semble porter tout simplement sur les infections secondaires et non sur les lésions scléromateuses.

+) Par analogie avec la lèpre, l'huile de chaulmoogra a été utilisée par HAFEN et ABCULKER "in (33)" en 1935 ; ils ont obtenu une régression totale des lésions.

- Les agents physiques

+) La galvano-cautérisation et l'électro-coagulation, au stade où les lésions sont encore limitées, amènent une amélioration de l'obstruction nasale par destruction du tissu scléreux. Mais les résultats ne sont que temporaires, si aucun traitement complémentaire n'est institué.

+) La radiothérapie et même le radium ont été préconisés : les résultats immédiats sont bons, mais à la longue les lésions fibreuses se réforment.

Certains auteurs ont signalé des rechutes au bout de 1 à 2 ans avec dyspnée grave.

+) Les injections intra-veineuses de sang irradié par rayon X ont été utilisées par LEMBIFISZ (39) en 1949. Les cas récents, non traités au paravant par radiothérapie ou la chirurgie ont donné les résultats satisfaisants.

+) Vaccinothérapie : c'est une vaccination par auto-vaccin. L'expérience est rapporté par FIRRODA "in (1)" et collaborateurs en 1950.

Il semble que cette méthode soit un adjuvant du traitement par streptomycine.

+) Vitaminothérapie, le calciférol a été employé par les auteurs polonais, Mme ZAKREBNSKA et SLOMINSKI "in (33)". Cette expérience a été considéré comme un traitement d'appoint.

Les armes thérapeutiques que nous venons de passer en revue méritent certes d'être retenues pour l'histoire thérapeutique du sclérome. Mais de nos jours elles sont épassées au profit des antibiotiques qui ont transformé le pronostic du sclérome.

b - Le traitement moderne : il est basé sur les antibiotiques. Ils ont été introduits dans le traitement du sclérome à partir des antibiogrammes réalisés après isolement du bacille de FRISCH.

+) La streptomycine : elle a été la plus utilisée dans le traitement du sclérome. MILLER (44) l'employa pour la première fois en 1946, qui ne publie les résultats de ses 3 observations qu'en 1949, la streptomycine a été utilisée en aérosol et par voie intra-musculaire. Dès lors, les rapports se succèdent sur l'emploi de la streptomycine dans le traitement du sclérome.

Les auteurs suivants se sont employés à l'utiliser : PIRODDA "in (1)", GALY (28), QUINAUDEAU et bien d'autres. Mais le travail le plus important est sans contredit, celui de la clinique C.R.L. de POZNAN où 64 cas ont été observés et traités à la streptomycine. Des recherches expérimentales approfondies ont de plus montré que les différentes souches du germe ont presque la même sensibilité vis à vis de la streptomycine.

+) La Terramycine : utilisée dans le sclérome par FOLHRB et MAHEOFF "in (38)". La terramycine a connu peu d'adeptes, malgré le bon résultat obtenu par ces auteurs.

Il semble que la terramycine soit moins active, même à hautes doses (100 à 150 gr). MARNEFFE (41), trouve qu'elle est plus efficace au stade II où on note une nette stabilisation.

+) D'autres antibiotiques utilisés

Il s'agit en particulier de l'utilisation de THIOPHENICOL seul ou associé à d'autres produits.

C'est en 1970 que L.DICF et collaborateurs (19) ont utilisé pour la première fois l'association TERRAMYCINE-THIOPHENICOL à propos d'un cas de sclérome. La guérison a été complète.

Plus tard en 1972, les mêmes auteurs ont traité deux cas de la même maladie par le seul Thiophénicol. Le résultat obtenu a été encore plus satisfaisant.

Les doses : en association : 86 gr de Thiophénicol à la dose quotidienne de 750 mg en injection intra-musculaire profonde : plus 90 grammes de terramycine per os à raison de 1 g par jour.

Thiophénicol utilisé seul les doses varient entre 18 grammes et 125,25 grammes.

C. La chirurgie : Elle consiste en une reperméabilisation des voies nasales.

Elle est utilisée en général contre les brides scléromateuses post-thérapeutiques ; cette dernière n'étant plus évolutive, on pratique surtout le recalibrage des fosses nasales, suivi d'une plastie dermo-épidermique.

2- Conduite du traitement

Un seul schéma thérapeutique se dégage de notre étude. Il associe la chirurgie au traitement médical.

CHIRURGIE : Elle consiste en une reperméabilisation des voies nasales. L'opération de plastie se fait sous anesthésie locale à l'aide de curette.

Après ablation de tout le granulome, on introduit un drain ou tube de caoutchouc dans chaque narine pour une semaine. Le rôle du tube est de permettre la respiration et d'empêcher la refermeture des fosses nasales pendant le traitement.

Au niveau local, on applique de la pommade H.B.C (hémostatique et cicatrisante), de la pommade B P A (action antiseptique douce, décongestionnante, cicatrisante) comme gouttes nasales nous donnons de l'oléosorbate "80", 3 fois par jour.

Médical : La streptomycine est à la base de notre traitement médical. Elle a été utilisée seule dans la majorité des cas et a donné de bons résultats.

Nous l'avons donnée à la dose de 1 gramme par jour en injection intramusculaire profonde. Suivant le résultat obtenu la durée du traitement varie de 3 à 4 semaines soit une dose totale de 21 à 30 grammes de streptomycine par malade.

Ainsi dix de nos malades ont subi l'acte chirurgical en plus du traitement streptomycinique. Nos patients reçoivent une semaine de traitement streptomycinique avant l'acte chirurgicale.

Tableau N° 4

Malades opérés et doses d'antibiotiques reçues.

OBSERVATIONS	INTERVENTION CHIRURGICALE	DOSE DE STREPTOMYCINE	AUTRES ANTIBIOTIQUES
22	Curetage endonasal	21 g	
23	Curetage endonasal	30 g	
24	Opéré	plus de 100 g	Thiophénicol 10 Terramycine sol retard 8 flacons de 250 mg.
25	Curetage endonasal	30 g	
27	Opéré	30 g	
28	Opéré	30 g	
29	Opéré	21 g	
31	Curetage endonasal	14 g	
33	Opéré	30 g	
34	Curetage endonasal	21 g	

N.B. Trois de nos malades suivis en clinique ne figurent pas sur ce tableau ce sont :

Les observations N° 26 : elle n'a subi aucun traitement par opposition de son mari pour son état de grossesse.

Observation 30 : Qui a reçu le traitement médical seulement 30 g de streptomycine.

Observation 32 qui a reçu de la terramyare (dose non déterminée) et de l'Endoxan ; car ce malade devait passer une fois par semaine au service d'C.R.L. pour contrôle, mais il n'est jamais revenu.

3) Nos résultats

a) Immédiats

- Bon dans l'ensemble : 12 malades sur les 13 suivis en clinique ont été traités ; trois malades ont obtenu une guérison au bout de 3 semaines (observation N° 22 - 29 - 34) ; six malades pour un délais de 30 jours. (observations 23 - 25 - 27 - 28 - 30 - 33). L'observation N° 24 a subi des années de traitement (depuis 1966).

Les lésions se sont stabilisées après une dose totale de plus de 100 gr de streptomycine.

Un malade fut décédé (observation 31).

Nos malades à la sortie de l'hôpital avaient un délais de 6 mois pour faire un contrôle. Mais pour l'instant aucun d'eux n'est retourné pour ce contrôle.

b) Lointains :

Nos résultats ne sont pas suffisamment reculés pour en parler car les premiers malades (recensés dans le service d'anatomie-pathologie) n'ont pas été suivis.

--- CONSIDERATION ETHICOLOGIQUE ---

VI- Considération étiologiques

1 - Les conditions favorisantes :

a) La contagiosité :

Elle est assez discutée. Selon H. HARA (32) cette contagiosité se ferait par contact prolongé.

REYES (51), STREIT "in (1)", pensent que le sclérome est très peu contagieux ou pas du tout. Les études de BARTEN (7) et celle de COHEN sont en faveur de cette hypothèse.

Nous n'avons pas retrouvé pour notre part cette notion de contact prolongé.

b) L'hérédité

Les observations de plusieurs auteurs sur des cas familiaux peuvent faire penser à la transmission héréditaire. En effet, HARA (32) a observé 7 cas de sclérome dans une même famille. REYES (51), aux U.S.A. cite le cas de deux frères porteurs de la maladie scléromateuse découvert à quatre mois d'intervalle.

Cette notion d'hérédité reste à confirmer par des études plus poussées, nous n'avons pas observé des cas de caractère familial.

2 - Les facteurs déterminants :

a) Le bacille de VON FRISCH ET PELIZZARI

Pour la plupart des auteurs, le bacille de VON FRISCH et PELIZZARI est l'agent causal du sclérome : ils s'appuient sur des arguments d'ordre.

- Bactériologique :

Le bacille de VON FRISCH et PELIZZARI a été découvert pour la première fois en 1882 dans les sécrétions nasales d'un sujet atteint de rhinisclérome. C'est un diplobacille encapsulé, gram négatif appartenant au groupe KLEBSIELLA par ses caractères culturels et biochimiques. On peut l'isoler aisément à partir des broyats de végétations nodulaires du scléromateux. Il ne se rencontre que chez des sujets ayant eu un contact prolongé avec ceux-ci.

- Immunologique :

Des anticorps spécifiques existent dans le sang des malades et peuvent y être mis en évidence au moyen d'une réaction de fixation du complément ou d'agglutination ou encore par une intra-dermoréaction.

- Thérapeutique

La guérison est possible par le seul traitement d'antibiotique.

Ces faits qui militent en faveur de la responsabilité du bacille de VON FRISCH dans le sclérome n'ont pas été étarjés par des faits expérimentaux : ainsi il n'a pas été possible de transmettre expérimentalement la maladie à l'homme ou à l'animal aux moyens d'injections de bacilles de VON FRISCH.

C'est pourquoi certains auteurs pensent que l'agent causal serait un virus et que le bacille de VON FRISCH n'agirait que comme un agent de surinfection ; il faut reconnaître cependant qu'aucun virus à notre connaissance n'a été encore isolé des lésions.

b) - Les conditions hygiéniques :

La misère pourrait jouer un rôle favorisant, mais non essentiel dans le développement de la maladie. Les foyers endémiques se trouvent fréquemment dans les régions marécageuses parfois montagneuses (l'Est du Congo) où les conditions d'hygiène sont très mauvaises. La maladie scléromateuse atteint les classes pauvres à hygiène douteuse et même sous alimentées.

La plupart de nos observations sont constituées par des paysans dont les conditions d'existence sont assez difficiles.

-- CONCLUSION GENERALE --

---:---:---:---:---:---

VII - CONCLUSIONS GENERALES

L'étude de 34 cas de rhinosclérome nous permet de tirer certaines conclusions générales.

1°) Le Mali à l'instar des autres pays d'Afrique occidentale est aussi touché par le rhinosclérome qui y sévit à l'état endémique. Certains de nos malades dont la provenance a pu être précisée proviennent des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou.

2°) Le rhinosclérome est une affection chronique à début insidieux frappant surtout les sujets de la tranche d'âge de 15 à 35 ans. Nous avons décrit trois formes cliniques.

- La forme nasale antérieure d'aspect pseudo-tumoral avec obstruction narinaire est la plus facile à reconnaître. Elle se trouve le plus souvent en association avec :

- Les formes endo nasales ou naso-pharyngées qui sont aussi fréquentes, mais demandent un examen spécialisé.

- La forme avec rhinite croûteuse, tenace et récidivante, ou atrophique est assez rare.

La contagion du rhinosclérome est très faible. Elle semble surtout familiale et paraît se faire par les sécrétions nasales ou pharyngées (mucus et croûtes) chez des sujets jeunes qui cohabitent sous le même toit qu'un sujet infecté. Les conditions hygiéniques environnantes y jouent un rôle favorisant.

Mais dans nos régions, il importe de suspecter ces différentes formes de sclérome en présence d'une gêne respiratoire importante, d'une modification de la voix et de l'existence de cicatrices pharyngées.

3°) La confirmation du diagnostic exige à notre avis en plus de la clinique, trois moyens d'investigation.

- La bactériologie est plus fréquemment positive dans le mucus nasal et sur le broyat du granulome. Elle doit être pratiquée avant toute antibiothérapie. L'isolement du bacille de FRISCH et PELIZZARI ou KLEBSIELLA rhinoscléromatis est un pas important vers l'établissement du diagnostic.

La bactériologie est souvent couplée par la sérologie.

Cette dernière utilise une réaction de fixation du complément (antigène de FRISCH).

- Enfin la biopsie des lésions permet la découverte microscopique d'un granulome inflammatoire dont l'élément caractéristique : la cellule de MIKULICZ impose le plus souvent le diagnostic.

4°) L'introduction d'antibiotiques dans le traitement du rhinosclérome a marqué un tournant décisif dans l'évolution de la maladie. Le bacille de FRISCH et FELIZZARI ou *KLLEBSIELLA* rhinoscléromatis est sensible à plusieurs antibiotiques. Ce qui offre des perspectives de choix dans le traitement.

Les antibiotiques les plus utilisés sont :

la streptomycine - la terramycine, et de plus près de 9 ans le thiophenicol, utilisé par L. DICP (19) et collaborateurs soit seul ou en association avec la terramycine.

- Nous avons toujours associé le traitement médical (streptomycine) et le traitement chirurgical plastique. Cette association nous a permis de diminuer la dose totale de streptomycine. Ce qui est en général très élevée dans le seul traitement médical du sclérome.

5°) Notre travail constitue un premier pas dans la connaissance du rhinosclérome en république du Mali. Nous pensons qu'il pourra être complétée plus tard par une étude épidémiologique afin de situer l'importance de cette affection dans le pays./.

-- R E S U M E D E S O B S E R V A T I O N S --

-:-:-:-:-:-:-:-:-

VIII - RESUME DES OBSERVATIONS

Observation N° 1

Mr. M. TRACRE : 25 ans - Sexe : M

Diagnostic d'entrée : Tumeur du nez

EXAMEN N° 53 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE.

" Le fragment de tissu de granulation examiné présentait : des plasmocytes, des cellules de MIKULICZ, des zones de fibrose ; hyalinisation des parois vasculaires, une hyperplasie épithéliale. Donc un granulome à prédominance lympho-plasmocytaire, polynucléaires neutrophiles en minorité.

CONCLUSION : / Rhinosclérome : avec type histologique II".

Observation N° 2

Mr KIMAHY : 35 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Sclérome du nez

EXAMEN N° 91 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE.

"Granulome très vascularisé plein de néovaisseaux, hyperplasie de l'endothélium, avec un infiltrat pluricellulaire homogène, prédominance lympho-plasmocytaire, des polynucléaires neutrophiles, quelques cellules de MIKULICZ relativement réduites.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 3

Mr. S. TRACRE : 36 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 113 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Biopsie endonasale : granulome avec des travées de fibrose, très peu de cellules de MIKULICE. Epaissement des parois vasculaires la prolifération de la conjonctive est considérable.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV".

Observation N° 4

Mme M. BALLO : 27 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Tumeur du nez

EXAMEN N° 210 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Aspect typique de rhinosclérome avec de très nombreuses cellules de MIKULICE, écumeux, à aspect vacuolaire. Présence de cellules conjonctives, de fibres collagènes denses.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique III".

Observation N° 5

Mr. S. SYLLA : 27 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 447 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Tissu de granulation à disposition périvasculaire ; infiltrat lympho-plasmocytaire en faveur d'un rhinosclérome.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 6

Melle F. MAGASSCUBA : 12 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 448 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Métaplasie épidermoïde de la muqueuse nasale, granulome monocyttaire, plasmocytes +++, plusieurs néovaisseaux, tissu de granulation.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 7

Mme K. SAMAKE : 40 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Sclérome de la trachée

EXAMEN N° 558 de 1972

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Tissu de fibrose extensive avec de rares cellules de MUKULICE dans une première zone de fragment. Nous avons aussi des fragments qui présentent un infiltrat pluricellulaire homogène, à prédominance lympho-plasmocytaire, des neutrophiles en moins grande quantité,

CONCLUSION : / Sclérome avec types histologiques I et IV".

Observation N° 8

Mme A. DOUCURE : 19 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Tumeur du nez

EXAMEN N° 2 de 1973

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"La muqueuse nasale présente une métaplasie épithéliale avec infiltration cellulaire diffuse dominée par les lymphocytes, plasmocytes et des polynucléaires, vaisseaux à paroi épaisse.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 9

Mme L. SACKO : 30 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Tumeur endonasale

EXAMEN N° 290 de 1973

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Muqueuse nasale très infiltrée de cellules inflammatoires, avec prédominance lympho-plasmocytaire en faveur d'un rhinosclérome.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 10

Melle W. KONATE : 10 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Sclérome du larynx

EXAMEN N° 311 de 1973

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Lésion granulomateuse avec hyperplasie épithéliale.

De nombreuses cellules de MIKULICE volumineuses à cytoplasme finement réticulé avec noyau refoulé à la périphérie.

CONCLUSION : / Sclérome avec type histologique II".

Observation N° 11

Mr. Kl. BAGAYOKO : 28 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 535 de 1974

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Fibrose annulaire en larges travées qui dissèque le granulome sans cellules de MIKULICE dans certains champs ; dans d'autre, granulome équilibré avec de nombreuses cellules de MIKULICE et un grand nombre d'éléments histiocytaïres.

CONCLUSION : / Sclérome avec types histologiques II et IV".

Observation N° 12

Mr. S. SYLLA : 27 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Rhinite hypertrophique

EXAMEN N° 86 de 1975

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome très vasculaire avec un fond lympho-plasmocytaire des polynucléaires neutrophiles, de nombreuses cellules de MIKULICE, pas de fibrose.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique II".

Observation N° 13

Mr. T. KONE : 38 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 702 de 1975

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Biopsie endonasale. Rhinosclérome au stade de tissu fibreux et conjonctif avec très peu de cellules de MIKULICE et d'éléments lympho-histio-plasmocytaires.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV".

Observation N° 14

Mr.M. TRACRE : 24 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Sclérome du larynx

EXAMEN N° 264 de 1976

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

" Sclérome au stade cicatriciel : fibrose extensive avec de rares cellules de MIKULICE et très peu d'éléments lympho-plasmo-histio-cytaires.

CONCLUSION : / Sclérome avec type histologique IV".

Observation N° 15

Mr. T. Kone : 39 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Polype du nez

EXAMEN N° 324 de 1976

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Biopsie endonasale : rhinosclérome ; aspect typique : tissu conjonctif épaissi avec remaniement fibreux et très peu de cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV".

Observation N° 16

Mr. K. BAGAYOGO : 26 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Tumeur du nez

EXAMEN N° 335 de 1976

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Prolifération conjonctive considérable, avec hyalinisation et épaissement des parois vasculaires. Quelques volumineuses cellules à aspect vacuolaire rappelant les cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV".

Observation N° 17

Mme . N. KEITA : 23 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome

EXAMEN N° 194 de 1977

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Stade cicatriciel et stade I ; tissu de fibrose extensive avec de rares cellules de MIKULICZ , prolifération granulomateuse polymorphe en faveur d'un rhinosclérome.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec types histologiques I et IV".

Observation N° 18

Melle F. DRAME : 11 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome avec
obstruction nasale

EXAMEN N° 580 de 1978

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Biopsie endonasale : Métaplasie épithéliale avec infiltration cellulaire diffuse dominée par les plasmocytes, lymphocytes et des polynucléaires. Ce qui est en faveur d'un rhinosclérome.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 19

Mr. T. COULIBALY : 27 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Obstruction nasale
avec tumeur.

EXAMEN N° 619 de 1978

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome polymorphe à prédominance lympho-plasmocytaire dans lequel on distingue de nombreux néovaisseaux et des cellules de MIKULICZ. Nous avons des zones cicatricielles avec fibrose sans cellule de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec types histologiques II - III - et IV".

Observation N° 20

Mr M. TRACRE : 30 ans - Sexe M

Diagnostic d'entrée : Polype du nez

EXAMEN N° 785 de 1978

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Les fragments examinés montrent une nappe presque homogène de cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique III".

Observation N° 21

Melle S. DIARRA : 16 ans - Sexe F

Diagnostic d'entrée : Rhinosclérome avec
obstruction nasale

EXAMEN N° 1075 de 1978

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome polymorphe dans lequel on note quelques rares
cellules de MIKULICZ. le fond est lympho-plasmocytaire.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I".

Observation N° 22

Mr S. DIARRASOUBA : 44 ans - Sexe M - ETHNIE : DJOLA

Profession : Paysan - Région KOULIKORO

Admis en C.R.L le 21/1/1979 pour bourgeon nasal antérieur
bilatéral et céphalées persistantes.

Debut : Il remonte à 2 ans : apparition d'épistaxis
d'abondance moyenne, rhinorrhée purulente puis apparition de bourgeon
nasal antérieur bilatéral avec obstruction nasale bilatérale.

Antécédents : Néant

EXAMEN C.R.L. Nez : déformation antérieure.

Rhinoscopie antérieure : impossible obstruction par masse
charnue granulomateuse.

Rhinoscopie postérieure : Sans particularité ; Pharynx -
Larynx - Tympan : normaux.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Radio des sinus et des poumons : R.A.S.

B.W. : Négatif

Hémogramme : G.R. 4.000.000 ; G.B. 3.000 /mm³ ; Thr 185.000.

Formule leucocytaire :

N : 58 %

M : 7 %

T.S. = 6'

E : 3 %

B : 0 %

L : 32 %

T.C. = 5'

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Métaplasie épithéliale de la muqueuse nasale ; granulome polymorphe avec de nombreuses cellules de MIKULICZ ; nous avons des Zones où l'infiltration de cellules inflammatoires prédominent : lymphocytes, histiocytes, plasmocytes éosinophiles à corps de RUSSEL.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec les types histologiques I et II

Traitement : Chirurgie : recalibrage des fosses nasales et l'introduction de drain pendant une semaine.

Local : Pommade H.E.C ; puis pommade B.F.A. Cléosorbate "8C" gouttes nasales : V gouttes 3 fois par jour.

Médical : Streptomycine 1 gr par jour pendant 3 semaines.

RESULTAT : / Bon à la sortie.

Observation N° 23

Mme F. TRACRE : 50 ans - Sexe F ; ethnique SENCUFC Profession Ménagère ; Région : SIKASSO

Admise en C.R.L. le 25/1/79 pour rhinosclérome endonasal.

Le début de la maladie remonte à 2 ans, elle a été marquée par :

Episodes hémorragiques entre coupées de périodes de rhinorrhée purulente peu abondante et fétide.

des céphalées fronto-temporales. Par la suite se sont installés, des bourdonnements et une obstruction nasale bilatérale progressive.

La malade est en bon état général.

EXAMEN C.R.L. Découvre une forme endonasale, baignée de pus, bilatérale avec hypertrophie de la muqueuse pituitaire. Des brides cicatricielles à l'intérieur des fosses nasales, les cornets et la cloison sont soudés ensemble, les reliefs normaux des fosses nasales ne sont plus reconnaissables.

- La F.N. Dte : est complètement bouchée.

- La F.N Gauche : laisse difficilement passer un porte-coton ou un stylet.

La respiration est buccale.

Rhinoscopie postérieure : Choanes complètement fermé + mucopus.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : les sinus antérieurs : opacité banale du sinus maxillaire droit.

Les poumons : R.A.S.

Bactériologie : La recherche du bacille de FRISCH ; négative.

- B.W. : Négatif

- Hémogramme : GR : 4050.000 - GB : 3100 mm³ Thr 160.000 mm³

T S : 6' - T C : 5'

Formule leucocytaire :

N : 42 % M : 5 %

B : 0 % L : 49 %

E : 4 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Les fragments examinés montrent un granulome hautement inflammatoire. Dans l'infiltration prédominent lympho-histiocytes et surtout plasmocytes éosinophiles à corps de RUSSEL. En plus avons des champs microscopiques avec des cellules claires, spumeuses à petits noyaux excentriques semblables aux cellules dites de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec les types histologiques I et II.

TRAITEMENT :

- Chirurgie : ablation du granulome scléromateux et recalibrage des fosses nasales, introduction de drain pendant une semaine. Localement pommade H E C et oléosorbate "80" gouttes nasales 3 fois par jour.

- Médical : 1 gr par jour en injection I.M. pendant un mois de streptomycine.

RESULTAT : / Bon à la sortie.

Observation N° 24

Mr. M. GUIDJIRA : 32 ans - Sexe M - Ethnie SARAKOLE -

Profession : Commerçant Région KOULIKORO

Nous rapporterons pour ce malade son ancien dossier et ce que nous avons constaté chez lui à la date du 16/2/79 à notre première rencontre.

Le début remonte à 15 ans. Mais il est connu au service C.R.L de l'H.G.T. depuis 1966 pour des épistaxis de temps à autre.

Rhinite banale à bascule, céphalées fronto-orbitaires ; puis une obstruction nasale progressive, rauçité de la voix, aphonie, dyspnée qui entraîna une trachéotomie au courant de l'année 1966. Diminution de l'audition.

Le 5/2/1972 la laryngoscopie par miroir laryngé montre une néoformation, un blocage de l'hémilarynx gauche.

" Une lettre datant du 26 Août 1977, devant accompagner ce malade en France dont voici le libellé : Bamako, le 26/8/1977.

Je soussigné le Docteur POMERANTSEB GARY, Médecin traitant d'otorhino-laryngologie de l'H.G.T.

- Examine ce jour le nommé M. GUIDJIRA, âgé de 29 ans et constate ce qui suit : Sclerome du nez, du larynx et de la trachée avec péribronchite. Il a déjà subi 5 trachéotomies de 1971 au 2 Janvier 1977, date de la dernière trachéotomie ; et environ 15 bronchoscopies pour nettoyage.

Après chaque décanulation, il présente des difficultés respiratoires qui entraînent une nouvelle trachéotomie.

Actuellement, le nommé M. GUIDJIRA présente une réaction sous antibiothérapie.

Je vous serais très reconnaissant cher confrère de bien vouloir reexaminer si possible, ce cas de maladie afin de le prendre en charge.

Je vous prie de bien agréer, cher confrère, mes salutations les plus distinguées."

L'état de M. GUIDJIRA à la date du 16/2/1979

- Rauçité de la voix
- Hypoacousie
- La respiration est nasale et satisfaisante.
- L'état est bon.

EXAMEN C.R.L.

Le nez et la lèvre supérieure : aspect externe normal.

Rhinoscopie : Les F.N. sont libres, mais il ya une sclérose cicatricielle narinaire et intranasale.

Laryngoscopie : discrète bride cicatricielle fibreuse au niveau de la commissure antérieure, corales vocales mobiles, pas de croûtes.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : image de la péribronchite bilatérale elle date du 8/8/1977.

Serologie spécifique et la bactériologie n'ont pas été faites.

B.W. : Négatif.

Hémogramme

G.R : 5.520.000

GB : 5.400

Thr 203.000

Hb = 16,5g/100

N.G.M : 93 μ^3 -

T S : 3 - T C : 4'

Formule leucocytaire

N : 47 %

B : 5 %

B : 1 %

M : 5 %

L : 42 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Dans le matériel reçu, une hyperplasie de l'épithélium pavimenteux est présent ; le tissu sous épithélial est infiltré et diffus par les cellules plasmocytes épithéloïdes, lymphocytes avec formation de granulome. On voit aussi le globe hyalinique et les cellules géantes à protoplasme clair type cellules de MIKULICZ ; le tissu est très vascularisé et scléromateux.

CONCLUSION : / Sclérome avec type histologique II".

TRAITEMENT

- Chirurgie : Recalibrage des fosses nasales et trachéotomie au nombre de 5 avec succès.

- Médical :

1972 + Streptomycine plus de 100 gr.

- Cléosorbate "80" 1 fl

5 gouttes 3 fois par jour.

- Pommade M B C : 3 application par jour dans les narines.

- Alpha chymotrypsine 1 boîte : une injection I.M. par jour.

- Collargent 1 fl : 3 pulvérisations de la gorge par jour.

1976 + Thiophénicol : 15 g

- Solumédrol : 80 mg : 6 fl. une injection I.M par jour.

- Calcibronat effervescent : 2 boîtes 2 comprimés x 2 fois par jour matin et soir.

- Sirop étaphylline 1 fl 1 c à s matin et soir.

1977 + Deltaphylan 1 boîte 1 comp 3 fois par jour.

- Tedralan 1 boîte 1 comp matin et soir

- Cac 1000 : 1 boîte 1 comp matin - midi.

1978 + Terramycine soluretard 8 fl à 250 mg une ampoule I.M par jour,

Neutrephylline 1 boîte : une ampoule matin et soir.

Celestene : une ampoule le matin en injection I.M.

Bactrim : 1 boîte : 2 comp matin et soir.

Résultat : Bon depuis plus d'un an maintenant.

Observation N° 25

Mr B. DIARRA 22 ans - sexe M - Ethnie Gana - Profession : élève - Région : SIKASSO

Admis en C.R.L le 19/2/79 pour obstruction nasale bilatérale et tuméfaction du seuil narinaire.

Début : Il ya 4 ans : rhinite purulente, puis granulome sur la face latérale gauche de la cloison nasale avec augmentation progressive et bilatéralisation.

Enfin des cephalées fronto-temporales, bourdonnements d'oreilles et la respiration n'est possible que par la bouche.

EXAMEN C.R.L Pyramide nasale épatée, déviée légèrement à droite ; infiltration pseudo-cartilagineuse.

- Rhinoscopie antérieure : tuméfaction bilatérale sous et endo-narinaire plus importante à gauche, qui déborde sur la columelle. A droite orifice narinaire à peine perméable, laissant passer difficilement une tige porte-coton, plus écoulement muqueux.

à gauche : orifice narinaire complètement obstrué.

- Rhinoscopie postérieure : Les choanes sont peu rétrécies, pharynx - larynx sont normaux.

Tympan : blanchâtres.

L'état général est assez bon, pas d'antécédents notable.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Radio : sinus : les maxillaires sont opacifiés : sinusite.

Les poumons pas d'atteinte.

Bactériologie : Recherche de bacille de FRISCH Positive dans le mucus nasal.

B.W. : Négatif

Hemogramme : GR : 4.550.000 mm³ - GB : 6.800 mm³ - Thrombo : 220.000 mm³ - T.S. 7'30" - TC : 7'.

Formule leucocytaire :

N : 40 % M : 4 %
 B : 0 % L : 36 %
 E : 20 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome inflammatoire polymorphe et très vascularisé ; présence de nombreuses cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique II.

TRAITEMENT : Chirurgie : Ablation du granulome et recalibrage des fosses nasales, introduction et maintien de drains dans les fosses nasales pendant une semaine. Localement : Pommade H.B.C utilisé le jour de l'opération et en cas de saignement. Cléosorbate "80" gouttes nasales : 5 gouttes dans chaque narine 4 fois par jour ; puis pommade B.P.A en application locale.

Médical : 1 gramme par jour en I.M. de streptomycine au total 30 gr.

Alphachymotrypsine : 1 boîte 1 fl par jour pendant 5 jours en I.M.

Résultat : Assez bon à la sortie, la respiration nasale est parfaite.

Observation N° 26

Mme K. SIDIBE : 27 ans - Sexe F - Ethnie Peulh - Profession
 Secrétaire - Région : SBGOU

Elle consulte le 20/4/1979 pour polype du nez.

Le début remonte à un an : rhinorrhée purulente, de rares épistaxis, des céphalées frontales.

EXAMEN C.R.L : Nez : une simple voussure droite.

- Rhinoscopie antérieure : masse charnue, saignant au contact.

- Rhinoscopie postérieure : normale.

Pharynx - Larynx - Tympan normaux.

Radio : des sinus : n'est pas faite.

B.W. : Négatif.

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome polymorphe inflammatoire au niveau duquel on note quelques cellules de MIKULICZ à cytoplasme clair.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique I."

Résultat : Mme K. SIDIBE étant en grossesse de 5 mois, son mari s'est opposé à tous les autres investigations et traitement avant son accouchement.

Observation N° 27

Mr. D. TRACRE : 26 ans - Sexe M - Ethnie : BAKARA - Profession : Paysan - Région : SEGOU

Hospitalisé en C.R.L le 27/3/1979 pour sclérome endonasal et pharyngé.

Début : Il ya 9 ans : apparition d'épistaxis de moyenne abondance, rhinorrhée purulente. Dans ses antécédents nous retrouvons un résultat histopathologique datant de 1977 qui ne confirme pas le sclérome. L'inflammation chronique sans signes spécifiques. L'absence de cellules de MIKULICZ, ne permet pas de constater un sclérome. Actuellement l'obstruction nasale est devenue permanente, bilatérale.

L'examen C.R.L dénote à la rhinoscopie antérieure : une forme endonasale de rhinosclérome avec des masses charnues, végétantes rosâtres et fibreuses par endroit donnant dans l'ensemble l'aspect de "pulpe de goyave" et obstruant les fosses nasales. La tumeur est bilatérale d'emblée. Il n'existe pas d'adénopathie satellite.

- Rhinoscopie postérieure : choanes très rétrécies, cavité buccale et pharynx : ulcération sur toute la région palatine avec de très rares plages saines. Extension des lésions vers les régions amygdaliennes droite, gauche et la luette.

Tympan : blanchâtres, mats et scléreux.

L'état général est passable.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Radio : opacité banale des deux sinus maxillaires.

- Poumons : scopie : T.P.N.

- Bactério : La recherche du bacille de FRISCH : Négative.

B.W. : Négatif.

Hémogramme : GR : 4.550.000 mm³ - GB 4.750 mm³ - Thr : 199.000 mm³ - T S : 4' - T C : 6'30".

Formule leucocytaire :

N : 24 % M : 17 %
 B : 0 % L : 54 %
 E : 5 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Sous un épithélium papillomateux, on observe une nappe d'un granulome dense, polymorphe au sein duquel on note de rares cellules de MIKULICE, beaucoup de fibrose et quelques métaplasie épidermoïde.

CONCLUSION : / Sclérome avec type histologique IV."

TRAITEMENT : Chirurgie : curettage des fosses nasales pour les recalibrer, introduction de drains pour une semaine. Local : oléosorbate "80" : 3 applications nasales par jour. Formade H B C et B F A.

Médical : Streptomycine 1 gr par jour pendant 4 semaines soit 30 gr. Alphachymotrypsine 2 boites une injection I.M par jour.

Résultat : Bon à la sortie.

Observation N° 28

Mr A. CAMARA : 33 ans - Sexe M - Ethnie - SARAKOLE - Profession : Paysan - Région KAYES

Admis en C.R.L le 29/3/1979 pour obstruction endonasale.

Début : apparition d'une masse endonasale depuis 2 ans augmentant le volume du nez devenu énorme.

EXAMEN C.R.L Nez volumineux, déformation de la pyramide nasale.

Rhinoscopie antérieure : impossible obstruction complète par masse granulomateuse recouverte de croûtes, saignant facilement au contact.

- Rhinoscopie postérieure : Choanes très rétrécies ; pharynx, larynx - cavité buccale tympanes sont normaux.

L'état général n'est pas atteint.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Radio : des sinus ant. et poumons : normaux.

Recherche de bacille de FRIEDL : Négative.

B.N. : Négatif.

Il n'existe pratiquement aucun signe généraux ou fonctionnel, hormis la gêne respiratoire.

Radio : des sinus : manque de film.

Bactériologie : non faite.

B.W. : Négatif.

Hémogramme : GR : 5.200.000 mm³ - GB : 7.800 mm³ - Thr : 230.000 - T S 4' - T C 7'.

Formule leucocytaire :

N : 32 %

B : 0 %

E : 3 %

M : 8 %

L : 57 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Granulome plus ou moins lobulé par une fibrose et comportant très peu de cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV.

TRAITEMENT :

Chirurgie : ablation du granulome scléromateux et curettage pour recalibrer les fosses nasales, introduction et maintien de drains pour une semaine. Local : pommade H E C et oléosorbate "SC" gouttes nasales. Médical : Streptomycine 1 gr par jour pendant 3 semaines soit 21 gr.

Résultat : Bon à la sortie, respiration parfaite.

OBSERVATION N° 30

Mr M. TOURE : 53 ans - Sexe M - Ethnie : SARAKOLE - Profession : Paysan - Région : KOULIKORO

Admis le 6/4/1979 en C.R.L pour sclérome du larynx.

Antécédents : première hospitalisation le 18/2/1977 pour dyspnée laryngée mais n'ayant pas nécessité une trachéotomie. Il a été traité médicalement par la streptomycine.

Début : remonte à 7 ans : par une raucité de la voix, sécheresse de la gorge et une sensation de cuisson désagréable et la dyspnée apparaît progressivement.

L'Examen C.R.L : l'examen laryngoscopique nous montre des lésions qui siègent dans la sous-glote, surtout en avant et latéralement. Il ya une infiltration croûteuse de la paroi latérale droite de la sous-glote.

L'aspect est celui d'une infiltration diffuse, nodulaire, la muqueuse est recouverte de croûtes semblables à celles rencontrées au niveau des fosses nasales, cordes vocales de coloration rose et épaissies.

B.W. : Négatif.

Radio : Pas de lésions visibles.

Bactériologie : non faite.

COMTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Tissu de granulation avec un infiltrat massif de plasmocytes, de lymphocytes et d'histiocytes à cytoplasme clair (cellules de MIKULICZ).

CONCLUSION : / Sclérome du larynx avec types histologiques II et III.

TRAITEMENT : Deux laryngoscopies pour nettoyage.

Médical : streptomycine 1 mois de traitement en raison de 1 gr I.I. par jour.

Résultat : Malade sous contrôle.

Observation N° 51

Mr. M. GORY : 26 ans - Sexe M - Ethnie SARAKOLE - Profession Paysan - Région : KAYES

Entré en C.R.L le 26/4/1979 pour rhinosclérome car c'est un malade qui est connu depuis 1975 pour rhinite scléro-hypertrophique.

Début : apparition d'une masse endonasale depuis 5 ans qui fut traitée en 1975 à l'C.R.L de l'H.G.T. masse qui a augmenté le volume du nez devenu énorme.

Rhinoscopie antérieure : F.N. Droite : diaphragme cicatriciel obstruant partiellement la fosse nasale. F.N. gauche impossible, obstruction complète par masse granulomateuse recouverte de croûtes saignant facilement au contact.

Rhinoscopie postérieure : Choanés rétrécies, assez de pus dans le cavum cavité buccale : caries dentaires multiples ; tympan pâles.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : sinus : sinus : opacité partielle des sinus maxillaires ; poumons sont normaux.

Bactériologie : après culture et identification : présence de KLEBSIELLA rhinoscléromatis dans le mucus nasal.

B.W. : Négatif.

Hémogramme : GR : 5.650.000 mm³ - GB : 5.400 mm³ - Thr :
2000.000 - T S : 8' - T C : 10'.

Formule leucocytaire

N : 56 %	M : 4 %
B : 0 %	L : 38 %
E : 2 %	

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

" Sous un épithélium malpighien non kératinisé à peine modifié, on note un granulome inflammatoire polymorphe à prédominance lymphoplasmocytaire dans lequel on note de nombreuses cellules à cytoplasme clair (cellules de MIKULICZ).

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique III".

TRAITEMENT :

Chirurgie : recalibrage des fosses nasales par curettage introduction de drains pour une semaine.

Local : Pommade M.E.C - oléosorbate "80" gouttes nasales

Médical : streptomycine 14 gr en raison d'un gr par jour.

Dicynone comp : 1 boîte : 1 comp 3 fois par jour.

CEBEVIT K3 : 1 Boîte : 1 comp 3 fois par jour en raison de l'état infectieux du malade malgré le traitement habituel le totapen fut ajouté en raison d'un gr matin et soir.

Des perfusions de sérum glucosé et salé en raison d'un litre de glucosé isotonique et 500 ml de serum salé.

Résultat : Mauvais, le malade est décédé le 9/5/1979.

Observation N° 32

Mr T. DIALLO : 35 ans - Sexe M - Ethnie Peulh - Profession :
Paysan - Région SIKASSO

Reçu en C.R.L le 1/6/1979 pour tumeur du nez et de l'œil droit ; donc c'est un malade qui intéresse deux services l'O.R.L et l'I.C.T.A.

EXAMEN CLINIQUE : Début : l'atteinte nasale remonte à deux ans par un "rhume" persistant avec obstruction à bascule. L'exophtalmie est apparue il ya seulement 15 jours à droite : paupière dépliée disparition du pli orbito palpébral supérieur.

Mouvements oculaires : C.D. fixé pas de mouvement de latéralité. L'exophtalmie est unilatérale, droite, non réductible, non pulsatile ; discrètement déviée en temporale : mydriase areflectique.

F C D : Papille décolorée.

CONCLUSION : Vue l'évolution rapide on pourrait penser à une T.M.

C.R.L : nez simple voussure droite, rhinite purulente fétide, saignant facilement au contact.

Hypertrophie du cornet inférieur,
obstruction de l'orifice narinaire droit,
dents et gencive normales, cavité buccale normale.

L'état général est satisfaisant.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : pas de lésions traumatiques sur les clichés du crâne.

D.W. : Négatif.

Hémogramme : GR : 3.920.000 mm³ - GB : 7.800 mm³ - VS :
150 mm à la 1ère heure et 164 mm à la 2è heure.

Formule leucocytaire :

N : 43 %

B : 0 %

E : 7 %

M : 5 %

L : 45 %

autres : glycémie : 0,90 g/l - Urée : 0,38 g/l

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

Biopsie : bourgeon endonasal : rhinosclérome au "stade de fibrose extensive avec de rares cellules de MIKULICZ et très peu d'éléments lympho-plasmo-histiocytaires".

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV.

TRAITEMENT : Purement médical avec deux produits :
terramycine dragée : N° 6 par jour en 3 prises ; endoxan : 2 dragées
par jour loin des repas.

Résultat : Le malade n'a point voulu suivre les conseils
que nous lui avons donnés, c'est-à-dire de passer une fois par
semaine au service C R L pour un contrôle.

Observation N° 33

Mme D. DANSIRA : 32 ans - Sexe F - Ethnie : Malinké - Profes-
sion : Ménagère - Région : KAYES

Admise en C.R.L le 7/6/1979 pour obstruction nasale bilaté-
rale.

Début : Phase prodromique : rhinorrhées muco-purulentes plus hémorragies nasales de moyenne abondance depuis 3 ans. Maintenant la respiration est buccale.

EXAMEN C.R.L : Le nez partiellement augmenté de volume dans sa partie antérieure.

Rhinoscopie antérieure : bourgeon charnu obstruant les 2 fosses nasales ; un cas de rhinosclérome nasal antérieur.

Rhinoscopie postérieure : ne décèle pas d'anomalie notable.

Pharynx - larynx - cavité buccale et tympans : Normaux.

Il n'existe pas d'adénopathie satellite et la malade conserve un état général relativement bon.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : la transparence des sinus frontaux et maxillaires semble normale. Poumon de face : pas de lésions parenchymateuses en foyer.

B.N. : Négatif

Bactériologie : non faite par manque de milieux appropriés.

Hémogramme : G R : 4.250.000 mm³ - G B : 6.400 mm³ - Thr : 220.000 mm³ - T S : 2'3" - T C : 4'30" (lame)
Formule leucocytaire

N : 36 %

B : 0 %

E : 6 %

M : 8 %

L : 50 %

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Biopsie endonasale, rhinosclérome au stade de tissu fibreux et conjonctif avec très peu de cellules de MIKULICZ et d'éléments lympho-histio-plasmocytaires ; par contre on rencontre quelques corps de RUSSEL".

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique IV.

TRAITEMENT :

Chirurgie : ablation du granulome par curettage, introduction et maintien de drains pendant une semaine.

Local : pommade H B C et oléosorbate "80" gouttes nasales 3 fois par jour.

Médical : Streptomycine : 30 gr

Résultat : Bon à la sortie.

OBSERVATION N° 34

Mme N. TRACRE : 38 ans - Sexe F - Ethnie : Bambara - Profession : Ménagère - Région KAYES

Admise en C.R.L le 25/7/1979 pour rhinosclérome entraînant une sténose narinaire et endonasale.

Début : par rhinite purulente chronique, au bout de 2 ans apparition de tuméfaction pseudotumorale bilatérale du vestibule nasal.

Examen C.R.L Nez à peine déformé.

Rhinoscopie antérieure : F.N. droite : obstruction en diaphragme, cornet presque complètement disparus plus muco-pus.

F.N gauche : obstruction complète.

Rhinoscopie postérieure : obstruction choanale laissant un petit pertuis de 2 mm environ, lésions granulomateuses et sclérosantes à la fois de la luette et des bords du voile.

La malade souffre un peu au point de vue mental.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio : des sinus antérieurs et des poumons : non faite.

B.M. : Négatif

Hémogramme : G R : 3.940.000 mm³ - G B : 7.900 mm³ - Thr : 210.000 - T S : 6' T C : 8'

Formule leucocytaire :

N : 45 %	M : 7 %
B : 0 %	L : 42 %
E : 6 %	

COMPTE RENDU HISTOPATHOLOGIQUE

"Muqueuse nasale très infiltrée de cellules inflammatoires dont de nombreuses cellules de MIKULICZ.

CONCLUSION : / Rhinosclérome avec type histologique II".

TRAITEMENT :

Chirurgie : ablation des infiltrats de rhinosclérome par curettage, introduction et maintien de drains pendant une semaine.

Local : pommade H B C et oléosorbate "80" gouttes nasales 3 fois par jour.

Médical : Streptomycine 1gr par jour pendant 3 semaines.

Résultat : Bon, respiration parfaite à la sortie ; bonne cicatrisation.

-- BIBLIOGRAPHIE --

-:-:-:-:-

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1°) AGBALIKA (T) (Félix)

Le rhinosclérome au Sénégal. Aspect anatomo-cliniques et
Thérapeutiques à propos de 17 observations.

Thèse "Méd" Dakar, 1975, N° 16

2°) ANDRADE-FRABILLO (J)

Résumé des études réalisées à l'hôpital général sur le
sclérome.

Rev. "Méd" Hop Gén. (Mexico) 1956, 1919, Page 595 - 611.

3°) ARDCIN (A) et SERGENT (K) (Casablanca)

Sclérome du nez et du larynx.

Maroc "Méd" 1957, (385) : P 555 - 560.

4°) ATTIA (O.M.)

Rhinoscléroma and malignancy, two cases of rhinoscleroma
associated with carcinoma.

The Journal of otology and laryngology 1958, 72, N° 7 P 412 -
415.

5°) AZEVEDO-BERNARDA (R)

Rhinoscleroma

Cent. Afr. J. Méd 1971, 17 - P 225 - 228.

6°) BADRAWY (R) (Cairo)

Dacryoscleroma : scleroma of the lacrymal passages.

The annals of otology (St. Louis) 1962, 71, P 247 - 254.

7°) BARTEN (J.J.C.)

Scleroma respiration in INDONESIA.

Particularly the scleroma endemic in North CELEBES.

Doc. De Médecina Geog. et Trop. 1956, 8, P 101 - 116.

8°) BECKER (B.J) and DORFMAN (R.F.)

Scleroma report of a case in south Africa.

South African Médical Journal 1956, 30 (25) : P 581 - 584.

9°) BELINOFF

Epidemiologie du sclérome 11e Congrès international C.R.L de Madrid 1932.

Ref Arch. Otolaryngology 1933, 18 P 398

10) BERGE (C.M)

Un cas de rhinosclérome en Tunisie.

Arch. Institut Pasteur de Tunisie 1942, 31, P 197.

11) BCTRCE, HAMILTON, FLOYD

Le sclérome en Egypte.

The Ann. of otology rhinology and laryngology, 1954, 63 (4)
P 1031 - 1055.

12) BURACK

Signes cliniques et traitement du sclérome.

11e Congrès International C.R.L de Madrid 1932, P 165 - 300.

13) BURBAU (J.P.) ; LOUBIERE ; ETTE (A)

Cytodiagnostic du rhinosclérome.

Arch. Anat. Cytol. Path. 1977, 25 (3) P 206 - 208

14) BURRAUD

International le gislation on scleroma.

Arch Cf otoryngology 1933, 18, (1 - 3) P 396.

15) CAMPUS (G)

Sur 2 cas de sclérome observé en SARDAIGNE

Revue de Laryngologie, otologie, rhinologie, 1957, (1 - 2)
P 157.

16) CORNIL, ALVAREZ

Sur les micro-organismes du sclérome.

Ann de Dermatologie et syphilographie 1895, P 708.

17) CURCOVIC (M)

Streptomycin in treatment of scleroma.

Arch otolaryng. 1950, 52, P 255 - 256.

18) DICP (L), MEDJI (A.L)

Le THIOPHENICOL dans le traitement du rhinosclérome (à propos de 4 observations).

Afr. Méd 1972, 11, (96) P 765 - 770.

- 19) DICP (L), MEDJI (A.L), NCUHCUAYI (A) et Mme CASTETS.
Le rhinosclérome traité par l'association de Thiophénicol et la Terramycine (à propos d'un cas).
Bull. Soc. Méd Afr.Noire Lgue Fse 1970, 15, (2) P 257 - 259.
- 20) DICP (L), MEDJI (AL), NCUHCUAYI (A) et Mme CASTETS.
Le Thiophénicol dans le traitement du sclérome (à propos de 2 observations).
Bull.Soc.Méd.Afr.Noire Lgue Fse 1970, 15 (4) P 595 - 596.
- 21) DURSKA-ZAKREBNSKA (A)
Le traitement spécifique du sclérome par la streptomycine.
Revue de laryngologie, otologie et rhinologie 1957, N° 5 - 6,
P 360 - 419.
- 22) EISENTODT (L.W)
Sclerome of the nose and lip.
Arch. oto. rhinolaryng. Chicago 1951, 53 (4) P 446 - 451.
- 23) EL MASLOUT ABDERAHMANE (M)
Le rhinosclérome : expérience et résultats du C.H.U. de Rabat.
Thèse, Méd, Rabat, 1973. N° 39.
- 24) EL MOFTY (A)
Histological examination of scleroma.
The ann of otology St.Louis 1962, 71, P 377 - 381.
- 25) EL. MOFTY (A.) , and ATTIA (C), (Cairo).
The treatment of scléroma locally with auréomycin.
The Ann. of otol. St.Louis 1957, 66, P 994 - 1001.
- 26) EMAN (A.M) (Cairo)
Malignant change in rhinoscleromatous ulcer.
J. Egypt. Méd Ass. 1958, 1, 506, P 310 - 315.
- 27) FRICCH (Von)
Sur l'étiologie du sclérome.
Wien. Med WCHUSCHR 1882, 33 : 969.
- 28) GALY
Rhinosclérome traité et guéri par la Streptomycine.
Bull Soc. Dermat. 1948, (3) P 222.

29) GIGNOUX (Y)

Un cas de rhinosclérome autochtone traité par la pénicilline.
Ann. d'oto-laryngol, 1948, P 514 - 516.

30) GUERRIER (Y)

Un cas de rhinosclérome autochtone traité par la pénicilline.
Ann. d'oto-laryngol 1948, P 514.

31) GUINAUDEAU

Le sclérome est-il guérissable par la Streptomycine ?
Revue de laryng.Otol.rhino, Sept, Oct. 1954, 75, (N° 9 - 10)

P 680 - 684.

32) HARAR (H), PRATT (C), LEVINE (M) et HOYT (R).

Sclérome : Etude clinique et pathologique de Sept cas dans
une même famille.

Annals of oto rhino laryngology 1947, 56, P 769 - 788.

33) HERBOLD (Serge)

Contribution à l'étude du sclérome des voies respiratoires
supérieures et rapport de deux cas.

Paris, VEBIN, 1975, In 8°, 79 pages.

Thèse, Med, Paris, 1957, N° 324.

34) KAFERO (B.D.)

A case of rhinoscleroma.

East African Medical Journal 1951, 28, P. 315 - 317.

35) KLINE (F)

Le sclérome

Revue de la littérature et premier rapport de multiples cas
familiaux aux U.S.A.

Arch. Derma. Syphil. 1949, 59 (N° 6) : P 606 - 619.

36) LASAGNA (D.F)

Bacteriology of scleroma

Arch. of otolaryngology 1938, 18, P 396 - 397.

37) LEVINE (M.G), HOYT (R.B) and PETERSON

Etude étiologique du sclérome.

J.Clin. Investig, 1947, 26, P.280 - 286.

38) LEVINE (M.G) and HOYT (R.B)

Diagnostic of scleroma

Arch. of otolaryngology 1948, 47, P 438 - 445.

39) LEWENFISZ (H).

Traitement du sclérome par injection de sang irradié par
rayon X.

Ann. otolaryngologie 1949, 66, (N° 1 - 2) P 35 - 37.

40) MARNEFFE (J)

Notes cliniques sur une association rhinosclérome - lèpre.
Ann. Soc Belg. Méd. Tropic. 1957, 37 P 987 - 991.

41) MARNEFFE (J)

Le sclérome au Ruanda - Urundi. Etude oto-rhino-laryngologique
Acta oto. rhino. laryngologie.
Belgica 1959, 13 (4), P 307 - 334.

42) MIKULICZ (J)

Cyt. Wedlug. Nowickiego W. Twardziel, panstw. Zaklad Wydaw.
Lek ; warszawa 1950.

43) MICKULICZ (J)

Rhinosclérome
Arch FURKLIN. C hir. 1876.

44) MILLER

Scléroma of the larynx, trachea, bronchi-laryngoscope 1949,
59 P. 438 - 445.

45) MORWITZ and MORWITZ

Rhinoscleroma report of a case treated with dihydro-strepto-
mycine.
The annals of otology and laryngology 1950, 59, P. 569 - 571.

46) NEUBER (E)

Serology and allergy of scleroma
Arch of otolaryngology 1933, 18, P 397 - 398.

47) NEW (G.B), WEBB (L.A), NICHOLS (D.R) and DEVINE (K.D)

Rhinoscleroma apparently cured with streptomycine.
The annals of otology-rhinology and laryngology 1948, 57,
P 412 - 417.

48) FADOVAN (I), WEISGLASS (M)

Un cas rare de tuberculose sclérome et cancer chez un même
patient.

Radovi (Zagreb) 1955, 3, P 211 - 224.

49) QUEVEDO (J)

Le sclérome au GUATEMALA : Etude la maladie basée sur l'expérience de 108 cas.

Annals of C.R.L, Saint-Louis, 1849, 58 F 613 - 645.

50) QUINAUDEAU.

Le sclérome est-il guérissable par la streptomycine ?

Revue de Laryn. Otol.rhino, 1954, 75, N° 9 - 10 F 680 - 681.

51) REYES (E)

Rhinoscleroma : observations based on a study of two hundred cases.

Arch. Dermat. and Syphil. 1946, 54, F 531 - 537.

52) REYNAUD (J)

Rhinosclerome

Bull.Soc Méd Afr Noire Lgue Fse 1959, 4, F 436 - 439

53) REYNAUD (J)

Rhinosclérome. Remarques cliniques et thérapeutiques.

Méd Afrique Noire, 1960, 7, F 133 - 136.

54) REYNAUD (J)

Quelques aspects de l'O.R.L en milieu tropical.

G.M de FRANCE 1962, 1, 12, F 3379.

55) REYNAUD (J), DIOF (L), et NOUKUAYI (A)

Un cas de rhinosclérome en Casamance.

Bull. Soc. Méd Afr.Noire Lgue Frse, 1965, 10, (3) F 499.

56) REYNAUD (J), DIOF (L), et MEIDJI (L.A.)

Rhinosclérome en Afrique.

Bull. Soc. Méd Afr. Noire Lgue Frse 1968, 13, (4) : F 892 -

894.

57) RUSSEL (D.A.), MCCRE (J.A), and MATTMANN (L.H)

Rhinoscleroma succes fully treated with streptomycin.

J. Am. Med. A. 1952, 148, F 642 - 643.

58) GERBER (A)

Experimental pathology of scleroma.

Arch. of Otolaryngology 1933, 18, F 395 - 396.

59) SERGENT (H)

Le sclérome au Maroc en 1959.

Semaine des hôpitaux de Paris 1961, 37, (2) : P 185 - 187

60) SIMONETRA (B)

La streptomycine dans la thérapeutique du sclérome.

Ann. d'Oto.Rhino.Laryng. 1949, 66, P 396 - 397.

61) SINGH (A.F)

Malignant changes in scleroma.

Laryngoscope 1972, 82 (6) : P 444 - 446.

62) SMURELO (J)

Anatomico pathology of scleroma.

Arch. of Otolaryngology 1938, 18, P 392 - 393

63) SPASCH (K.R) (Sofia).

Rhinosclérome.

Khirurgiya 1953, 71 (7), P 613 - 620.

64) TAN (M.G) and SIMHANGCO (S.A)

Scleroma (rhinoscleroma) : First case report in the Philippines.

J. Philippine Méd. Ass. 1951, 27, P 163 - 169.

65) TERRACOL (J)

Maladies des fosses nasales - les localisations nasales du sclérome.

Masson de cie. 1953, P 574 - 583.

66) THIJS (A)

Le rhinosclérome au Congo Belge et Ruanda-Urundi.

Ann. Soc. Belge Méd. Tropicale 1956 5 bis, P 781 - 791.

67) TITCHE (L.L)

Scleroma report of a case apparently cured by streptomycin

The Ann. Cf Otol.Rhinol. and laryngol. 1952, 61, P 400 - 4

68) VERVOORN (J.D) and DETAGER (H)

Rhinoscleroma in Ghana : report on a case.

Trop. and Geog. Méd 1959, 11, P 182 - 185.

68) VERVOORN (J.D) and DETAGER (H)

Rhinoscleroma in Ghana : report on a case.
Trop. and Geog. Méd. 1959, 11 P 182 - 185.

69) WEXLER (M.R)

Scleroma simulating atrophic rhinitis.
Chinical differenciation and laboratory confirmation.
Laryng. St. Louis 1949, 59, (9) : P 1026 - 1029.

70) YUAN, HSIUNG, HSIANG

A case of rhinoscleroma involving ethmoid cells, maxillary
sinus and orbit.

Chinese Médical, Journal, 1958, 77, P 262 - 265.

71) ZAKRZEWSKI (A)

Traitement spécifique du sclérome par la Streptomycine.
Panst. Wy daw nank.Poznan, 1955.

72) ZAKRZEWSKI (A)

La curabilité du sclérome.
Congrès Français d'O.R.L, Octobre 1956.

73) ZAKRZEWSKI (A) (Poznan)

Traitement du sclérome par les antibiotiques.
Revue de laryngologie, otologie et rhinologie, 1957, N° 3 -

P 310.

74) ZAKRZEWSKI (A)

Rhinosclérome
Encyclopedie médico-chirurgical.
O.R.L, 1955, 9, 20380 A.

75) ZERNE (G.E)

Scleroma in panama report of two cases.
Arch of Otolaryngology 1953, 57, P 452 - 453./..

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.