

CORYZAS CHRONIQUES

On décrit sous ce nom les diverses variétés d'inflammation chronique de la muqueuse pituitaire.

Étiologie. — Le coryza chronique peut tantôt succéder à des attaques répétées de coryza aigu, tantôt s'installer progressivement sans que l'on puisse invoquer aucune cause immédiate pour expliquer son apparition. L'âge joue un rôle important; en effet, cette affection s'observe principalement chez les sujets jeunes, de huit à quinze ans, et de préférence, semble-t-il, chez les individus entachés de lymphatisme. La présence de végétations adénoïdes, de tumeurs de la cavité naso-pharyngienne, susceptibles d'entraver la circulation dans la muqueuse pituitaire, favorise son développement.

A côté de ce coryza chronique, qui doit à sa fréquence plus grande chez les sujets jeunes et lymphatiques le nom de constitutionnel, il y a d'autres variétés d'inflammation de la muqueuse; elles peuvent être provoquées par l'inhalation habituelle de poussières et de vapeurs irritantes, par l'abus du tabac, par la présence d'un rétrécissement acquis ou congénital des fosses nasales, dû, par exemple, à une déviation de la cloison; enfin les ulcérations de la muqueuse, les altérations osseuses d'origine syphilitique ou tuberculeuse, le lupus, la morve chronique, la lèpre, quelquefois à son début, peuvent donner lieu aux symptômes du coryza chronique.

Description. — Un des symptômes les plus constants est une sensation habituelle d'obstruction des fosses nasales; le malade se plaint d'être toujours enchifrené, de ne pouvoir jamais respirer librement. Cette gêne respiratoire est surtout marquée la nuit; la bouche reste ouverte pendant le sommeil, la respiration est bruyante comme lorsqu'il existe de l'hypertrophie des amygdales. Chez les sujets jeunes, le sommeil est quelquefois interrompu par de brusques accès de suffocation; chez eux enfin il peut survenir à la longue des déformations du squelette caractérisées par un rétrécissement de la cage thoracique. L'odorat est très souvent diminué. La voix est quelquefois nasonnée. Plus ordinaires encore sont les troubles de l'ouïe; fréquemment même ce sont des bourdonnements d'oreille, de la surdité plus ou moins complète qui attirent l'attention du côté des fosses nasales.

Lorsque l'inflammation est circonscrite ou prédominante au

niveau du pharynx nasal, les symptômes de ce *coryza postérieur* (Desnos) sont un peu spéciaux; il y a une sensation permanente de gêne et d'embarras derrière le voile du palais, et la déglutition devient difficile. Cet état se traduit par de brusques mouvements inspiratoires que le malade effectue de temps en temps pour détacher les mucosités accumulées au voisinage de l'orifice des fosses nasales¹.

Dans certains cas, le coryza chronique, véritable catarrhe sec, se borne aux symptômes que nous venons de décrire; mais très souvent aussi il se produit une sécrétion plus ou moins abondante. Quelquefois elle est absolument claire comme dans le coryza aigu; le plus souvent sa production est intermittente et il survient de temps en temps des poussées qui ressemblent à des rhumes de cerveau vulgaires avec exagération des phénomènes de catarrhe; il peut alors y avoir une véritable rhinorrhée; le malade salit en vingt-quatre heures quinze à vingt mouchoirs. Puis l'écoulement devient muqueux, muco-purulent: il est rarement très abondant et a une grande tendance à se dessécher, à former des croûtes jaunes ou verdâtres, surtout nombreuses à la partie postérieure des fosses nasales. Enfin la sécrétion peut être purulente d'emblée: c'est la rhinite purulente des auteurs allemands, la blennorrhée nasale; d'ordinaire elle est amenée par la présence d'ulcères syphilitiques ou scrofuleux, de plaies, de lésions osseuses: elle peut être aussi due à l'infection de la muqueuse nasale par du pus blennorrhagique.

Quand le coryza chronique se développe chez des sujets très jeunes, il y a quelquefois une déformation spéciale de la face: le nez est aplati à la base, le visage allongé, l'ogive palatine est très prononcée comme lorsqu'il existe des végétations adénoïdes du pharynx; chez l'adulte, on ne constate rien de tel; il peut y avoir seulement de la rougeur, ou de l'eczéma de l'ouverture des narines et de la lèvre supérieure.

A l'examen rhinoscopique on constate tantôt que la muqueuse est rouge, un peu gonflée, soit d'une façon uniforme, soit par places, tantôt qu'elle est véritablement hypertrophiée. Cette variété anatomique a été décrite par quelques auteurs sous le nom de *rhinite hypertrophique*; on peut dire que c'est au bout de quelques années l'une des lésions les plus fréquentes du coryza chronique. Cette hypertrophie porte presque exclusivement sur le cornet inférieur, soit d'un seul côté, soit des deux; d'habitude la muqueuse est

1. D'après Tornwald et Tissier, il y a toujours, dans ce cas, une inflammation chronique de la glande de Luschka qui paraît être le point de départ du coryza postérieur.

surtout augmentée de volume à la partie antérieure, rarement à la partie postérieure et dans ce cas la tuméfaction ne peut guère être reconnue que par la rhinoscopie postérieure. La région hypertrophiée est parfois plus pâle que le reste de la muqueuse : elle est très molle et se laisse déprimer facilement; c'est une notion qu'on acquiert sans peine par l'exploration avec le stylet. Elle repose sur une large base d'implantation qui ne permet pas de la confondre avec un polype. Quand le coryza est très ancien, la muqueuse devient de plus en plus dure, elle ne se rétracte plus quand on la badigeonne avec de la cocaïne : à la longue, il se fait une véritable sclérose qui se caractérise histologiquement par la disparition des éléments glandulaires.

Marche. — Le coryza chronique vulgaire a une marche lente, rarement progressive; il n'a pas de tendance à la guérison spontanée. C'est une affection intermittente : de temps en temps on voit survenir des poussées aiguës, caractérisées par une exagération de la sécrétion et des phénomènes d'obstruction des fosses nasales; dans l'intervalle, il ne persiste guère qu'une sensation habituelle d'en-chifrènement. Il doit sa gravité surtout aux complications auriculaires (bourdonnements d'oreille, surdité) et pharyngées (angine glanduleuse chronique) qui l'accompagnent fréquemment. Enfin, dans quelques cas, la muqueuse enflammée a paru être le point de départ des réflexes les plus variés (accès d'asthme, laryngite striduleuse, vertiges, larmolement intermittent, photophobie, blépharospasme).

VARIÉTÉS. — On peut rapprocher du coryza chronique simple, dans lequel la lésion la plus fréquente est la *rhinite hypertrophique*, d'autres variétés d'altérations chroniques des fosses nasales : le coryza pseudo-membraneux, le coryza ulcéreux, l'ozène.

1° Le CORYZA PSEUDO-MEMBRANEUX est une affection plus spéciale à l'enfance, principalement chez les jeunes sujets de cinq à douze ans. Quelquefois le début, assez brusque, est marqué par de la fièvre, de petits frissons et du malaise général, ou bien l'exsudat fibrineux est le premier symptôme observé. Il occupe tantôt les deux fosses nasales, tantôt une seule, et siège de préférence à la partie antérieure de la cloison, ou sur le cornet inférieur, moins souvent sur le cornet moyen; rarement les méats sont complètement remplis par les fausses membranes, qui ne donnent lieu qu'à une sensation d'obstruction plus ou moins prononcée; quelquefois elles se détachent dans les efforts que le malade fait pour se moucher et elles sont expulsées au dehors. Leur épaisseur est très variable : elles peuvent dans certains cas former une véritable

couenne ayant 2 ou 3 millimètres d'épaisseur; elles sont peu adhérentes à la muqueuse sous-jacente qui est un peu rouge, saigne facilement, mais ne présente jamais d'ulcérations. Les fausses membranes de la rhinite fibrineuse se reproduisent très facilement, quelquefois pendant plusieurs semaines; quand elles ont cessé de se reformer, il peut persister à leur suite, souvent pendant fort longtemps, un catarrhe chronique simple avec sécrétion mucopurulente et formation de croûtes. Jamais il n'y a d'adénopathie, jamais de propagation au pharynx nasal.

La nature de cette affection est encore incertaine. Les caractères histologiques de l'exsudat sont ceux de toutes les fausses membranes : réticulum fibrineux englobant quelques cellules de pus et des cellules épithéliales dégénérées. L'absence de ganglions, la bénignité absolue du pronostic, la non-contagiosité de l'affection ne permettent pas de penser qu'il s'agisse d'une forme, même atténuée, de la diphtérie¹.

2° Le CORYZA ULCÉREUX est souvent *professionnel*; les ouvriers qui manient le chromate jaune (Hillairet et Delpéch), le vert de Schweinfurth et en général toutes les substances qui émettent des vapeurs caustiques sont quelquefois pris, au bout d'un certain temps, de picotements, de sécheresse des fosses nasales et d'éternuements auxquels succède bientôt l'écoulement, souvent en assez grande quantité, d'un liquide muco-purulent. A l'examen rhinoscopique on constate la présence d'ulcérations peu profondes, allant très rarement jusqu'à l'os, siégeant presque toujours sur la cloison, en haut et en arrière, au point où le courant d'air provoqué par les mouvements respiratoires a déposé les particules irritantes.

La *syphilis* est une des causes les plus fréquentes du coryza ulcéreux; les plaques muqueuses prennent quelquefois l'apparence de petites érosions, mais elles donnent rarement lieu au catarrhe chronique. Il n'en est pas de même des ulcérations tertiaires; elles siègent de préférence sur la partie osseuse de la cloison, où elles peuvent acquérir d'assez grandes dimensions. Au début, le malade n'accuse qu'un peu d'en-chifrènement et des douleurs très légères; plus tard il se produit une sécrétion sanieuse, purulente, grisâtre, dans laquelle on retrouve quelquefois de petits fragments osseux. D'ordinaire, l'écoulement se fait par une seule narine. Il est très fréquent d'observer en même temps une infiltration très légère du tissu cellulaire sous-cutané à la racine du nez. En même temps, on

1. Pourtant Scheinmann (Soc. de méd. int. de Berlin, 1891) a observé un cas qui aurait donné lieu, par contagion, à une diphtérie véritable; Baginsky dit avoir presque constamment trouvé le bacille diphtérique, mais il n'a fait ni culture ni inoculation, la question est encore à élucider.

constate souvent l'existence d'une gomme ou d'une perforation du voile du palais. Au bout d'un temps parfois très court, le coryza syphilitique peut s'accompagner d'une perforation de la cloison, d'un effondrement du nez à sa base : c'est la déformation connue sous le nom de *nez en lorgnette* (Fournier).

On a encore signalé, mais beaucoup plus rarement, des ulcérations dont l'origine *tuberculeuse* est très probable, siégeant de préférence à la partie antérieure des fosses nasales et qui donnent lieu à des symptômes analogues.

Dans tous les cas de coryzas chroniques ulcéreux, et même dans le coryza chronique simple, les sécrétions exhalent, soit constamment, soit d'une façon intermittente, une odeur fétide souvent très prononcée, rarement perçue par le malade à cause de la diminution de l'odorat qui accompagne cette inflammation de la muqueuse. Cette odeur est quelquefois celle du sphacèle, des tissus en putréfaction : elle ne doit pas être confondue avec celle de l'ozène proprement dit.

3° L'OZÈNE¹ (de *ὄζωα*, puanteur) est une variété de coryza chronique caractérisée par une odeur absolument spéciale des sécrétions, odeur nauséabonde, douce, fade ou piquante et qu'il est impossible de méconnaître lorsqu'on l'a perçue une fois. L'odeur souvent très forte que le malade répand autour de lui fait de cette affection une infirmité des plus pénibles. D'ordinaire elle coïncide avec les symptômes habituels du coryza chronique (sensation d'obstruction, besoins fréquents de se moucher, enchifrènement). Mais tous ces symptômes peuvent être peu marqués; le plus souvent, il n'y a même pas d'écoulement et c'est uniquement à cause de l'odeur qu'il exhale que le malade vient consulter.

Quelquefois son aspect est un peu particulier : on trouve, outre les attributs habituels du facies strumeux, un aplatissement plus ou moins marqué du nez à sa base; le lobule est très relevé et l'ouverture des narines regarde en avant. C'est le *nez en selle* de Zaufal.

L'examen rhinoscopique montre que le plancher des fosses nasales est tapissé par des sécrétions desséchées qui forment des croûtes plus ou moins épaisses, tantôt jaunes, tantôt brunâtres lorsqu'elles sont mélangées de sang, lamelleuses, parfois très adhérentes à la muqueuse; souvent elles envahissent le pharynx nasal où l'on peut les déceler par la rhinoscopie postérieure; elles s'y traduisent par les symptômes habituels de la pharyngite chro-

1. L'ozène, autrefois appelé *puaisie*, est connu depuis longtemps; les anciens auteurs décrivaient à part les ozènes vénériens, syphilitiques, scrofuleux, nerveux : nous croyons qu'il faut réserver ce nom à une variété spéciale de coryza chronique non ulcéreux.

nique (sécheresse de la gorge, toux, etc.), enfin elles peuvent se détacher et tomber dans les ventricules du larynx où leur présence détermine quelquefois de violentes quintes de toux. Le spéculum introduit par la narine est très mobile : il se déplace facilement dans tous les sens. C'est que la cavité des fosses nasales est augmentée de volume d'une façon très notable. Il y a une atrophie portant non seulement sur la muqueuse, mais aussi sur le tissu osseux : parfois il ne reste plus qu'un vestige du cornet inférieur que l'on a peine à reconnaître, tandis que l'on aperçoit la plus grande partie du méat et que l'on peut distinguer l'orifice interne de la trompe d'Eustache. Avec le stylet on constate que la muqueuse est amincie, intimement adhérente à l'os; débarrassée des croûtes qui la recouvraient, elle se montre tantôt légèrement congestionnée, tantôt pâle, grisâtre, anémiée; jamais il n'y a d'ulcérations. Très souvent l'atrophie porte aussi sur la muqueuse du pharynx nasal, dont les follicules ont presque tous disparu.

Plus peut-être qu'aucune autre variété de coryza chronique, l'ozène est une affection de la jeunesse; il se montre d'ordinaire de dix à vingt ans, plus souvent avant la puberté. Il est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Les sujets scrofuleux y paraissent beaucoup plus exposés; on a également invoqué, mais peut-être sans grande raison, l'action de la syphilis héréditaire. Enfin l'hérédité semble aussi jouer un rôle : c'est ainsi qu'il n'est pas très rare d'observer dans une même famille plusieurs cas d'ozène.

Le pronostic de cette affection est grave, car elle constitue une infirmité souvent repoussante, et qui n'a pas de tendance à la guérison. Cependant il faut savoir que les phénomènes de puanteur, qui constituent presque toute la maladie, s'atténuent considérablement quand le malade a atteint l'âge mûr, mais ils ne disparaissent jamais tout à fait : c'est là un point qui avait déjà été signalé par Trousseau.

Quelle est la nature de l'ozène? Cette question est encore fort discutée. Un point paraît actuellement acquis, c'est que l'ozène vrai (qu'il ne faut pas confondre, nous le répétons, avec les autres variétés de coryzas fétides) n'existe pas sans *rhinite atrophique* : ces deux termes sont aujourd'hui synonymes. Mais quelle relation y a-t-il entre l'élargissement des fosses nasales et la puanteur des sécrétions? Pour Gottstein, B. Fränkel et beaucoup d'autres, l'ozène succède le plus souvent à un coryza chronique simple : la rhinite hypertrophique n'est alors que le premier stade de l'atrophie de la muqueuse; les parois vasculaires et le tissu caverneux sont envahis par la sclérose, l'épithélium devient corné, les follicules glandulaires disparaissent en partie, ce qui explique la diminution et les modifications des sécré-

tions nasales. Zaufal considère que l'atrophie de la muqueuse et des cornets est congénitale, mais que l'agrandissement des fosses nasales ne s'accuse qu'au moment de la puberté. L'absence de cornet inférieur augmente la force du courant d'air; à chaque mouvement respiratoire il y a dessèchement des sécrétions normales qui se concrètent et les croûtes ainsi formées sont le point de départ de l'ozène. Récemment on s'est demandé si ces conditions mécaniques suffisaient pour expliquer l'odeur particulière des sécrétions et s'il ne fallait pas faire intervenir un agent spécifique : les recherches faites dans ce sens n'ont pas encore abouti¹.

Diagnostic. — La description des diverses affections qu'on peut réunir dans le groupe des coryzas chroniques montre que le diagnostic en est assez aisé. Quelquefois les *troubles de l'ouïe* sont si accusés qu'ils peuvent donner le change et faire croire à une affection primitive de l'oreille moyenne ou de ses dépendances; il faut savoir que le catarrhe chronique de la trompe est très souvent entretenu par une rhinite hypertrophique avec sécrétion parfois très peu abondante, dont la guérison peut faire disparaître en quelques jours les troubles auditifs. Les *végétations adénoïdes* du pharynx nasal ont bien des symptômes communs avec le coryza chronique; dans les deux cas il y a la même gêne respiratoire, quelquefois les mêmes troubles de la voix, la même sensation d'obstruction; on aura recours, pour faire le diagnostic dans les cas douteux, à la rhinoscopie postérieure et au toucher du pharynx nasal. L'*empyème des sinus* pourrait être confondu avec le catarrhe chronique purulent d'emblée, si la douleur à la pression, l'œdème localisé en un point, l'examen avec le stylet et le spéculum n'indiquaient le point de départ de la blennorrhée. Les *polypes muqueux* des fosses nasales, qui ressemblent parfois à certaines variétés de rhinite hypertrophique circonscrite, siègent presque toujours sur le cornet supérieur ou le cornet moyen auxquels ils adhèrent par un pédicule plus ou moins étroit, tandis que l'hypertrophie de la muqueuse, le plus souvent bilatérale, s'observe presque uniquement sur le cornet inférieur. Rappelons enfin que, dans tout catarrhe chronique, l'examen rhinoscopique s'impose pour déterminer si l'on a affaire à un coryza simple ou à un coryza ulcéreux.

La *valeur sémiologique* de cette affection est quelquefois très grande. Le coryza peut servir à déceler la morve chronique qui reste souvent pendant longtemps cantonnée dans les fosses na-

1. Löwenberg (1883) a trouvé dans le mucus ozéneux un diplocoque, Hajek (1887), Marano (1888), un bacille encapsulé dont les cultures sur gélatine exhalaient une fétidité particulière. Les tentatives expérimentales ont échoué.

sales; il est, dans certains cas, un des symptômes précurseurs de la lèpre. Enfin il laisse après lui des déformations du squelette qui peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic rétrospectif; c'est ainsi que l'effondrement de la base du nez, le nez en lorgnette, sont parfois le stigmate persistant d'une atteinte ancienne de syphilis acquise ou héréditaire, car c'est à cette infection qu'il faut rapporter la plupart des cas de coryza chronique avec altérations osseuses.

Traitement. — Quelle que soit la variété de coryza chronique, quelle qu'en soit la cause, il y a un mode de traitement recommandé par tous les auteurs : le *lavage*. Ce procédé, encore connu sous le nom de *douche nasale*, de douche de Weber, consiste à faire passer dans une fosse nasale une quantité quelquefois considérable de liquide, qui reflue par l'autre narine grâce au soulèvement réflexe du voile du palais. On se sert soit d'une seringue, soit d'un irrigateur, soit, ce qui vaut mieux, d'un vase faisant siphon, que l'on place à une hauteur plus ou moins grande suivant la force que l'on veut donner au liquide. Il faut avoir soin d'introduire la canule horizontalement pour que le liquide n'aille pas frapper brusquement la paroi supérieure des fosses nasales, ce qui pourrait donner lieu à des maux de tête ou à des névralgies; il faut aussi pousser l'injection avec assez de douceur pour que la pression ne fasse pas céder le voile du palais et pour que le liquide ne pénètre pas dans la trompe d'Eustache. On fait usage soit d'eau pure, tiède, qui agit mécaniquement en détachant les croûtes et en balayant les mucosités, soit d'eau chargée de sel marin (deux cuillerées à café par litre) ou de substances antiseptiques (acide borique, naphtol, acide phénique à 1 pour 100, etc.). Dans le coryza chronique simple, sans hypertrophie de la muqueuse, les lavages pratiqués matin et soir peuvent, au bout de peu de temps, amener une disparition presque complète de l'enclenchement et de l'obstruction des fosses nasales.

Quand il y a rhinite hypertrophique, ils sont d'ordinaire insuffisants : on recommande alors de pratiquer des raies de feu sur la muqueuse du cornet inférieur, de préférence avec le galvanocautère (Löwenberg)¹. Cette petite opération est rarement très douloureuse : elle peut d'ailleurs être précédée d'un badigeonnage à la cocaïne; au bout de cinq ou six séances, les fosses nasales peuvent avoir repris leurs dimensions normales.

La rhinite atrophique, l'ozène exige un traitement rigoureux :

1. On pourrait remplacer (Hering) le fer rouge par l'acide chromique pur; on en fait fondre un petit cristal à l'extrémité d'une sonde cannelée que l'on promène à cinq ou six reprises sur la muqueuse hypertrophiée; cette cautérisation, que l'on fait suivre d'un lavage alcalin pour enlever l'excès d'acide, est absolument indolore.

d'abord de grands lavages antiseptiques deux fois par jour pour détacher toutes les croûtes, puis des pulvérisations (acide borique, résorcine), mais surtout des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au quinzième, avec le naphthol camphré : matin et soir on pratique ainsi un véritable pansement de la muqueuse. Gottstein a recommandé de maintenir en permanence un tampon de coton dans le méat inférieur pour rétrécir le calibre des fosses nasales agrandies et diminuer la force du courant d'air qui dessèche les sécrétions et amène, suivant lui, la production des croûtes.

L'ozène est une affection longue, parfois très rebelle : on obtient assez vite une amélioration, mais la fétidité reparaît souvent dès que l'on interrompt ce traitement ; on a cependant cité des cas de guérison complète. Le traitement général (eaux sulfureuses, séjour au bord de la mer, toniques, huile de foie de morue) ne devra pas être négligé.

Le coryza syphilitique est justiciable de la médication spécifique, mais le traitement local est très utile à titre d'adjuvant. Des précautions hygiéniques minutieuses (lavages fréquents des fosses nasales, pulvérisations, etc.) sont indispensables pour enrayer et surtout pour prévenir le développement du coryza professionnel¹.

PIERRE BOULLOCHE.

ÉPISTAXIS

L'épistaxis (de ἐπιστάξω, tomber goutte à goutte) est l'écoulement de sang qui se produit à la surface de la muqueuse pituitaire ; connue depuis Hippocrate et Galien, longtemps décrite sous le nom d'*hemorrhagia*, puis de rhinorrhagie, elle doit son nom à Vogel et à Pinel. La présence d'un tissu spongieux érectile en certains points des cornets, la grande richesse de la cloison en vaisseaux arté-

1. M. Moure recommande, à titre prophylactique, de faire priser plusieurs fois par jour, aux personnes exposées à l'inhalation de poussières ou de vapeurs irritantes, une pincée de la poudre suivante, qui augmente la sécrétion nasale :

Alun ou tannin pulvérisé.....	10 à 20 centigrammes.
Talc.....	} aa 5 grammes.
Bismuth.....	
Benjoin en poudre.....	25 centigrammes.

riels et veineux expliquent pourquoi les hémorrhagies sont plus fréquentes au niveau des fosses nasales qu'en aucun point du corps.

Description clinique. — L'épistaxis est quelquefois précédée de prodromes : céphalalgie, lourdeur de tête, bourdonnements d'oreille, malaise général, sensation de chaleur et de prurit dans les fosses nasales ; ces phénomènes congestifs, sorte de molimen, sur lequel l'école de Stahl avait beaucoup insisté, font absolument défaut quand l'hémorrhagie est très peu abondante ou quand elle succède à un traumatisme. Le plus souvent l'écoulement de sang se fait par une seule narine, tantôt goutte à goutte, c'est le cas le plus fréquent, tantôt d'une manière continue ; alors le sang peut refluer dans la fosse nasale du côté opposé et s'échapper par les deux narines ou surtout, suivant la position de la tête, s'écouler dans le pharynx, d'où il est rejeté au dehors par les crachats ; il peut aussi, quoique plus rarement, envahir l'œsophage ou bien pénétrer dans la trachée et les bronches. Le sang est habituellement rouge, non spumeux, quelquefois noirâtre quand il a séjourné un certain temps dans les fosses nasales, ou mélangé à du mucus ou à du pus. Sa quantité est des plus variables : dans les épistaxis ordinaires l'écoulement de sang est de 50 à 300 grammes, exceptionnellement on l'a vu atteindre des chiffres beaucoup plus élevés.

Le plus souvent l'hémorrhagie s'arrête spontanément par la formation d'un caillot ; mais quelquefois ce caillot se détache, ou bien le malade l'enlève soit avec ses doigts, soit en faisant des efforts pour se moucher, et l'hémorrhagie reparaît. C'est dans ces conditions qu'elle peut se reproduire plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ou plusieurs fois de suite. Si elle est assez abondante, il survient des phénomènes généraux qui reproduisent le tableau symptomatique de l'anémie aiguë : pâleur des téguments, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, petitesse du pouls, sueurs froides, tendance aux syncopes ; quelquefois même la syncope détermine l'arrêt de l'hémorrhagie ; la mort peut survenir dans des cas de ce genre : c'est d'ailleurs une terminaison absolument exceptionnelle de l'épistaxis. Lorsque l'hémorrhagie se reproduit pendant plusieurs jours et en assez grande quantité, elle met en danger la vie du malade qui reste longtemps pâle et anémié, comme après toute perte de sang considérable.

Étiologie. Pathogénie. — Les hémorrhagies de la pituitaire, comme toutes les hémorrhagies en général, peuvent se produire par trois mécanismes bien différents : elles peuvent être causées par des lésions vasculaires, par des modifications de la pression sanguine (fluxion active, stase), enfin par des altérations du sang.

Les épistaxis par lésions des vaisseaux sont les épistaxis de *cause locale* : chutes et coups sur le nez, amenant soit une simple déchi-