ches sur la physiologie méd. de la resp. Paris, 1869. — P. Bert. Leçons sur les phénomènes comparés de la respiration. Paris, 1870. — Laennec. Auscult. médiate. — Jobelin. Étude crit. sur les muscles intercostaux, th. Strasbourg, 1871. — Mandl. Maladies du larynx, 1867. — Duchenne. (de Boulogne), Fonctions des intercostaux et du diaphragme, in Électrisation localisée, 3e édition, 1872. — Cornil. Leçons sur l'anat. path. et sur les signes fournis par l'auscult. dans les malad. du poumon (Mouvem. méd., 1873). — I. Straus. Revue critique sur les gaz du sang (Arch. de méd., 1873). — Rosapelly. Rech. exp. sur les causes et le mécanisme de la circulat. du foie, th. Paris, 1873. — Troisier. Lymphangites pulmonaires, th. Paris, 1874. — Coyne, Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx, etc., th. Paris. 1874. — Jourdanet. Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme, 1875. — Cl. Bernard. Leçons sur les anesthésies et sur l'asphyxie, 1875. — Du même. Leçons sur la chaleur animale, 1876. — D'Arsonval. Recherches sur l'élasticité du poumon, th. Paris, 1877. — J. Grancher. Lymphatiques du poumon (Soc. de biol., 1877). — Charcot. Leç. sur la struct. du poumon (Cours de la Faculté, in Progrès méd., 1877). — Chauveau et Bondet (de Lyon). Contribution à l'étude du mécanisme des bruits resp. normaux et anormaux (Revue mens., 1877). — P. Bert. Recherches sur la pression barométrique, 1877. — J. Grancher. Tuberculose pulmonaire, in Arch. physiol., 1878. — M. Sée. Calibre de la trachée et des bronches (Acad. méd., 1878). — G. Sée. Sur les dyspnées, in Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Paris, 1879. — François-Franck. Innervation des vaisseaux du poumon (Soc. biol., 1888). — A. Gouguenheim. Adénopathie trachéo-laryngienne, in Gaz. hebd., 1881. — Lalesque. Étude critique et expérimentale sur la circul. pulm., th. Paris, 1881. — Lasègue et Grancher. Technique de l'auscultation, de la palpation et de la percussion. Paris, 1882. — P. Bert, Marcet, Lombard. Influence des altitudes (Comptes rendus du Congrès d'hygiène de Genève, 1882). — Émile Spehl. De la répartition du sang circulant dans l'économie, th. d'agrég., Bruxelles, 1884. — Gouguenheim et Leval. Étude anat. et patolog. sur les ganglions péribrach. (An. des malad. de l'oreille et larynx, 1884). — Garnier. Rôle physiologique du tissu pulmonaire dans l'exhalation de l'acide carbonique (Arch. phys., 1885). — A. Gouguenheim et Lermoyez. Physiologie de la voix et du chant, 1886. — Morell-Mackenzie. Hygiène des organes de la voix, 1886. — Garel. Centre cortical du larynx (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1886). — Grancher. Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation, Paris, 1890. — Habershon. Pathologie du pneumogastrique. Trad. de l'espagol de M. Bertherand. — Ch. Richet. Mesures des combustions respiratoires chez le chien (Arch. de phys. 1890). — Rossbach. Contribution à la localisation du centre cortical de la phonation chez l'homme (Arch. für klin. Med. 1890). — Krause. Contribution à la localisation du centre cortical des fonctions laryngées (Berlin klin. Wochenschr. 1890). — Livon. Action des nerfs récurrents de la glotte (Arch. de phys. 1890). — Preebraschensky. Des centres corticaux des mouvem. respiratoires (Wien. klin. Woch. 1890). — Litten. Mouv. du diaphragme visible sur le thorax à l'état normal (Deutsche med. Woch 1892. — Lazarus. Société de méd. int. de Berlin, 1891. — Garel et Louis Dor. Du centre moteur cortical laryngé, et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent.) Annales mal. de l'or. avril 1890.) — J. Gad et Marinesco. Rech. respir. sur le centre respiratoire bulbaire (Acad. scienc., 1892). — De Varigny. Les centres respiratoires. Rev. in J. d'Hayem., 1891. — Coyne. Anatomie pathologique, 1893.

I. — MALADIES DES FOSSES NASALES.

CORYZA.

Synonymie : *Rhinite, Rhume de cerveau.*

Le coryza (en langue vulgaire, rhume de cerveau) consiste dans l'inflammation de la muqueuse des fosses nasales. Il est *aigu* ou *chronique*, *primitif* ou *secondaire*.

Étiologie. — Le *coryza aigu* est le plus souvent idiopathique, il représente le type des inflammations catarrhales. La richesse de la membrane pituitaire en vaisseaux et en glandules rend compte de sa fréquence. Le coryza est déterminé, en général, par le refroidissement de la tête ou des extrémités, par certaines modifications dans l'état de l'atmosphère (température basse et humide), ou par l'action prolongée des rayons solaires sur les parties supérieures du corps, principalement à l'époque du printemps. Les poussières et les vapeurs irritantes (poudre d'ipéca, gaz chlorhydrique, acide osmique, etc.) exercent une influence marquée sur son développement. Il en est de même pour l'odeur du foin, qui, chez quelques personnes prédisposées, occasionne un coryza tout spécial, accompagné de toux spasmodique (*hay fever* des Anglais, asthme de foin ou rhino-bronchite spasmodique de plusieurs auteurs français).

Le *coryza aigu* s'observe encore au début de plusieurs affections générales : la grippe, la rougeole, dont il constitue une des premières manifestations. Il est fréquent dans la morve, dans la diphthérite, et apparaît souvent à la suite de l'ingestion de préparations à base d'iode. Dans ces derniers cas, le coryza est dit secondaire ou symptomatique.

Le *coryza chronique* est rarement primitif; presque toujours il n'est que l'expression d'un vice constitutionnel, en première ligne de la scrofule et de la syphilis ; l'herpétisme, le rhumatisme et la goutte ne viennent qu'au second plan. Meigs et Pepper ont décrit le coryza chronique postdiphthéritique. Chez les chanteurs, les buveurs et les fumeurs, on observe souvent un coryza chronique limité à l'arrière-cavité des fosses nasales et que, pour cela même, on désigne sous le nom de *coryza postérieur* (Desnos).

Anatomie pathologique. — Les lésions du *coryza aigu* n'ont rien qui leur soit spécial et qui les distingue des autres inflam-

mations catharrales. La muqueuse est rouge, injectée ; elle est boursouflée, épaissie, et le siège d'une exsudation dont les caractères varient avec l'âge de l'inflammation. Au début, l'exsudation, claire et légèrement filante, contient de la mucine et du chlorure de sodium en grandes proportions, ainsi que du chlorhydrate d'ammoniaque (Donders) ; elle ne renferme que quelques éléments figurés, ce qui justifie sa transparence. Bientôt le liquide s'opacifie : d'abord louche, il ne tarde pas à devenir jaune ou jaune verdâtre, quelquefois sanguinolent ; en même temps il s'épaissit ; la présence d'éléments anatomiques en grand nombre (cellules épithéliales gonflées et granuleuses, leucocytes, globules sanguins, etc.) explique cette transformation.

Le contact prolongé du liquide irritant qui s'écoule constamment par les narines provoque souvent de l'inflammation du sillon naso-labial : tantôt ce n'est que de l'érythème simple, tantôt il se produit de petites ulcérations ; on a vu dans certains cas des éruptions vésiculeuses.

L'inflammation ne se limite pas toujours à la membrane pituitaire ; elle peut gagner les sinus frontaux ou s'étendre du côté de l'arrière-gorge ; d'autres fois elle se propage par l'intermédiaire du canal nasal jusqu'à la conjonctive.

Les ulcérations de la pituitaire sont exceptionnelles dans le coryza aigu ; c'est à peine si l'on observe dans quelques points de légères excoriations ou éraillures de la muqueuse. Elles sont au contraire plus fréquentes dans le *coryza* ou *rhinite chronique*; cependant elles sont loin d'y être constantes. La rhinite chronique peut en effet se présenter sous deux aspects bien différents et affecter tantôt la forme hypertrophique, tantôt une forme atrophique. Dans la première, la muqueuse est le siège d'un épaississement considérable et qui peut aller parfois jusqu'à l'obstruction des fosses nasales : les cornets inférieurs et moyens sont souvent le siège d'une altération analogue, et à leur niveau, la muqueuse hyperplasiée va jusqu'à former des bourrelets plus ou moins mobiles simulant assez bien des polypes à large base d'implantation.

La forme hypertrophique de la rhinite s'accompagne d'une sécrétion abondante qui s'accumule dans les parties postérieures; mais les ulcérations n'y sont pas habituelles ; à moins toutefois qu'on ait affaire à des sujets syphilitiques ou scrofuleux, auquel cas elle peut être le prélude d'ulcérations destructives.

Dans la seconde forme (rhinite atrophique), l'aspect de la muqueuse nasale est tout différent : la muqueuse est amincie, les cornets inférieurs diminuent de volume et l'espace qui les sépare de la cloison se remplit de mucosités épaisses, adhérentes, qui se dessèchent facilement sous l'influence du courant d'air qui traverse les fosses nasales dilatées. Ces mucosités desséchées forment des croûtes qui déterminent un peu d'excoriation de la muqueuse, mais pas de véritable ulcération.

Le plus souvent la rhinite atrophique est atrophique d'emblée, bien que quelques auteurs admettent qu'elle passe par la forme hypertrophique qui en deviendrait le premier stade. Quoi qu'il en soit, l'atrophie peut être telle, que les cornets inférieurs disparaissent presque entièrement, et qu'on peut apercevoir la paroi du pharynx à travers les fosses nasales transformées en une vaste cavité. Quelquefois cependant le cornet moyen subit une sorte d'hypertrophie compensatrice et vient combler en partie le vide formé par le processus atrophique.

Trousseau avait bien décrit ce coryza chronique non ulcéreux ou punaisie proprement dite.

Quand la *rhinite chronique* est *ulcéreuse*, on trouve alors une altération profonde de la muqueuse : non seulement l'épithélium est détruit dans certains points, mais les couches sous-jacentes sont intéressées ; les os peuvent être mis à nu ; souvent le travail d'ulcération les envahit et détermine des perforations (de la cloison principalement) ; d'autres fois ils se nécrosent par places et sont éliminés sous forme de petits séquestres.

L'exsudat qu'on observe en pareil cas est habituellement épais et verdâtre ; il exhale une odeur repoussante (ozène, punaisie) et peut se concréter sous forme de croûtes qui se dessèchent au niveau des ulcérations qu'elles masquent ; quand on cherche à détacher ces croûtes, on produit de petites déchirures qui occasionnent des épistaxis.

Le *coryza postérieur* n'est pas plus ulcéreux que la rhinite atrophique, il est caractérisé par les altérations anatomiques du catarrhe chronique : la muqueuse est épaissie, pâle dans quelques points, rouge et variqueuse dans d'autres, et parsemée de saillies bourgeonnantes dues à l'hypertrophie des follicules glandulaires. Thornwalt de Dantzig et Tissier pensent que le point de départ des accidents réside dans l'inflammation primitive de la glande de Luschka et dans la production de mucosités très adhérentes qui entraînent l'atrophie de la muqueuse et la production de granulations pharyngées. Celles-ci ne seraient plus une affection primitive, mais une conséquence directe du coryza postérieur (Gouguenheim).

Description. — Le *coryza aigu* débute généralement par une sensation de chatouillement et de chaleur à la racine du nez, avec courbature, céphalalgie frontale quelquefois gravative, de l'enchifrènement ou embarras des fosses nasales, suivis bientôt d'une

certaine gène de la respiration, et assez souvent d'une diminution de l'odorat. La fièvre est ordinairement peu marquée ; cependant elle peut être assez intense quand la courbature est prononcée.

Dans quelques cas on provoque de la douleur en pressant au niveau des sinus frontaux ; la pression digitale peut même y déceler un léger degré d'œdème (Peter).

Tout d'abord les narines sont sèches. Au bout de quelques heures, la sécrétion s'établit ; il se produit alors des picotements et des éternuements (sortes de spasmes réflexes occasionnés par l'action irritante de l'exsudation sur les extrémités nerveuses du trijumeau).

La respiration par les fosses nasales est difficile ou impossible ; le malade est forcé de respirer par la bouche, ce qui devient parfois l'origine d'une angine causée par l'arrivée brusque d'une trop grande quantité d'air froid ou non chargé de vapeur d'eau. La voix est par cela même considérablement modifiée : elle est nasonnée, ou mieux pharyngophonique, suivant l'expression de Krishaber[1].

Le gonflement de la muqueuse au niveau des orifices des sinus provoque des douleurs souvent très violentes qui sont dues à l'étranglement que la muqueuse éprouve à ce niveau. Le gonflement peut être tel que les voies de communication se trouvent interrompues ; l'exsudat s'accumule alors dans les sinus, il les distend, et donne lieu quelquefois à une sensation de ballottement.

Les rapports de certaines branches nerveuses (rameau ophthalmique de Willis, nerf maxillaire inférieur) avec les sinus rendent compte des douleurs périorbitaires ou périalvéolaires éprouvées par quelques malades. La propagation de l'inflammation au canal nasal et aux conjonctives occasionne souvent le gonflement et la rougeur des paupières avec larmoiement ; son extension à la trompe d'Eustache peut déterminer la surdité.

Les choses durent ainsi de six à huit jours ; puis, à moins de complications, assez rares, du reste, l'exsudat se modifie, les symptômes s'amendent et disparaissent progressivement. Aussi le coryza aigu est-il chez l'adulte une indisposition plutôt qu'une maladie. Chez l'enfant à la mamelle il en est tout autrement. Pendant qu'il tète, le nouveau-né ne peut respirer que par les fosses nasales ; si cette voie est obstruée, la succion devient impossible ; l'enfant refuse le sein et peut mourir dans le marasme que cause l'inanition. Chez lui, en outre, la coexistence de l'amygdalite et du coryza est fréquente, souvent même l'inflammation gagne le larynx, la trachée et les bronches ; il y a de la fièvre et l'on se trouve en face d'un véritable état catarrhal grave.

1. Les cavités des fosses nasales et les sinus qui s'y rattachent constituent, nous l'avons vu, des caisses de résonance où se produisent des *harmoniques*, qui vont concourir à la production des sons fondamentaux. Dans le coryza, les *harmoniques nasales* ne se produisent plus.

Les coryzas répétés, comme le coryza chronique, peuvent, chez l'enfant, déterminer des déformations thoraciques ; celles-ci sont le résultat du défaut d'équilibre que provoque entre les pressions intrathoracique et extrathoracique l'obstacle apporté par le mauvais fonctionnement des fosses nasales à la libre entrée de l'air dans le poumon (Peter).

Quelquefois les coryzas se succèdent chez le même individu à courts intervalles et sans phénomènes aigus bien accentués. On a donné à cette variété de l'affection le nom de *coryza subaigu à répétition*. Celui-ci se propage souvent à la caisse du tympan et jusqu'aux cellules mastoïdiennes. Dans cette forme, la perforation du tympan a été plusieurs fois observée. Le coryza subaigu est plus spécial à l'enfance ; la dureté de l'ouïe et le ronflement pendant le sommeil constituent en général les premiers symptômes qui attirent l'attention.

Quant au coryza plus particulièrement connu sous le nom de coryza des foins et qu'on attribue depuis les travaux de Blackley à l'action irritante du pollen des graminées sur la muqueuse oculaire et nasale, il se développe de préférence dans les classes riches et chez les citadins ; il implique une susceptibilité particulière des réactions nerveuses et peut affecter deux formes spéciales : celle de la grippe et celle de l'asthme (voy. plus loin ce dernier article).

Le *coryza chronique*, indépendamment des symptômes qui appartiennent à tous les coryzas, et que nous avons déjà décrits (enchifrènement, douleurs de tête, diminution de l'odorat, altération de la voix, gène de la respiration, etc.), présente quelques caractères spéciaux et qui varient avec la forme de la détermination anatomique. C'est ainsi que dans la rhinite hypertrophique ou obstruante on peut voir apparaître, assez fréquemment d'ailleurs, à titre de complications, un certain nombre de ces accidents que Voltolini, Hack, Hering ont décrits, plus particulièrement dans ces dernières années, sous le nom de névroses réflexes et qui sont l'asthme, la coqueluche, la migraine, les névralgies de la cinquième paire, l'aphonie, etc. La guérison de ces accidents à la suite de la destruction de l'obstacle nasal

semble bien confirmer le rapport de cause à effet admis par ces différents auteurs. Dans la rhinite atrophique on trouve une sécrétion muqueuse épaisse, purulente, et quelquefois d'une odeur fétide (ozène, punaisie); une rougeur prononcée de la pituitaire, appréciable même à l'œil nu; des ulcérations que le rhinoscope fait découvrir, des croûtes adhérentes, etc. Sa marche est lente, sa durée désespérante de longueur.

Diagnostic. — Le coryza est très aisément reconnu; ce qui importe surtout, c'est d'en établir la nature et la signification.

Un coryza à début brusque, avec sensation de courbature généralisée et dépression considérable des forces, indique généralement l'invasion de la grippe. S'il est accompagné de phénomènes de catarrhe oculaire, bronchique, avec élévation de la température, et surtout s'il existe une influence épidémique, on devra penser à la rougeole.

Quant au coryza chronique, il n'est pas toujours aisé de dire s'il tient à la scrofule ou à la syphilis, malgré l'existence des ulcérations ; ce n'est qu'en tenant compte des antécédents du malade, et quelquefois en attendant les effets du traitement spécifique, qu'on pourra se prononcer. Le coryza syphilitique du nouveau-né n'a rien en lui-même de caractéristique, quoi qu'en aient dit certains auteurs ; ce n'est qu'en le rapprochant des autres accidents présentés par le petit malade (rhagades autour des lèvres ou de l'anus, éruptions de pemphigus, ballonnement du ventre avec tuméfaction du foie, ostéophytes crâniennes ou périphériques de Parrot, etc.), et surtout en tenant compte de l'état général (coloration bistrée de la peau, cachexie précoce, épuisement rapide malgré une alimentation réparatrice), qu'on pourra affirmer l'origine syphilitique de l'affection.

Le coryza subaigu est souvent assez difficile à reconnaître à son début. Chez les vieillards surtout il donne lieu à des hallucinations de l'ouïe, à de l'anosmie avec céphalalgie frontale, ensemble de symptômes qui peut en imposer pour une disposition à l'apoplexie cérébrale. Avec un peu d'attention on arrivera à éviter l'erreur.

Le coryza postérieur est caractérisé surtout par un sentiment de gêne derrière le voile du palais : on voit les malades qui en sont affectés chercher à se débarrasser des mucosités qui encombrent l'arrière-gorge par des mouvements de déglutition répétés, ou par un raclement tout particulier, avec aspirations sonores, que les Anglais désignent sous le nom d'*hawkin*.

L'application du miroir laryngoscopique à l'examen de l'arrière-gorge et de l'arrière-cavité des fosses nasales permet de se rendre un compte exact de l'état anatomique des parties.

Traitement. — Chez l'adulte, le traitement du coryza aigu simple se borne en général à l'emploi de quelques moyens hygiéniques ; s'il y a de la courbature, on prescrira le repos à la chambre et des boissons chaudes ; s'il y a enchifrènement, punaisie, il faut remédier, autant que faire se peut, aux inconvénients qui résultent pour la respiration de l'obstruction des narines. Parmi les différents moyens conseillés à cet effet, les aspirations de vapeurs émollientes ou même d'iode, d'ammoniaque, de baume de Fioraventi, et principalement de poudre de camphre, peuvent être avantageusement utilisées. Jaccoud pourtant aurait observé sur lui-même l'aggravation des accidents sous l'influence des inhalations d'iode. B. Teissier a conseillé comme moyen abortif la cautérisation légère des fosses nasales dans les premières heures de la maladie, avec une solution de nitrate d'argent (0,25 pour 30). Aujourd'hui les applications de cocaïne, qui tendent à se répandre, paraissent atténuer non seulement la douleur, mais aussi l'intensité des accidents.

Chez l'enfant à la mamelle, il faut veiller avec grand soin à l'alimentation : si l'enfant se trouve dans l'impossibilité de teter, on le nourrira à la cuiller ou au biberon, on fera des onctions avec des corps gras sur les sinus ; l'enchifrènement frontal comme l'étranglement des sinsus cède souvent très rapidement à l'application de compresses d'eau chaude ou d'un petit cataplasme de fécule à la racine du nez ; enfin, s'il y a de la bronchite, on pourra administrer avec avantage un peu d'ipéca.

Si le coryza est chronique, c'est à l'état constitutionnel qu'on s'adressera tout d'abord : la médication variera avec la prédisposition de chacun (syphilis, scrofule, goutte, etc.). Le traitemont local ne sera point délaissé : les irrigations naso-pharyngiennes répétées et faites avec persévérance, les attouchements à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent, pourront être utiles. S'il s'agit de coryza postérieur, on portera directement à l'aide d'une baleine recourbée les agents modificateurs (iode, nitrate d'argent) sur les parties altérées. Il sera quelquefois nécessaire d'enlever les amygdales si elles sont trop volumineuses; ce moyen contribue à favoriser l'activité de la respiration buccale.

Si la rhinite chronique s'accompagnait d'une des névroses réflexes dont nous avons parlé plus haut, on serait autorisé, dans le cas où celle-ci aurait résisté aux traitements habituels, à la rattacher à l'altération de la muqueuse nasale, et l'on devrait recourir soit à des badigeonnages avec une solution cocaïnée au dixième, soit à la cautérisation ou à la destruction avec le galvanocautère du cornet enflammé, pour restreindre autant que possible l'hypertrophie de la muqueuse.

Le traitement thermal, qui s'adresse à l'état constitutionnel, aura parfois de très sérieux avantages. Les eaux sulfureuses comme Uriage, Allevard, Cauterets ou arsénicales comme Royat ou La Bourboule, mais surtout les eaux sulfureuses et iodurées, comme Châles, trouvent ici leur indication.

TROUSSEAU et LASÈGUE. Syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge (Arch. gén. de méd., 1847). — DONDERS. Nederl. Lancet., 1849. — B. TEISSIER. Bull. thérap., 1850. — DIDAY. Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854. — NOEL GUENEAU DE MUSSY. Angine glanduleuse. Paris, 1857. — — GAILLETON. Traitement de l'ozène par les douches nasales (Soc. des sc. méd. de Lyon, 1865-1866). — DESNOS. Coryza, in Nouv. Dict. de méd. et de chir., 1868. — PARROT. Leçons sur la syphilis héréditaire, prof. à l'hôpit. des Enf. assistés. Paris, 1877 (inédit). — PETER. Cours de la Faculté, 1877, Paris (Leçons inédites). — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 4e édit., 1893. — B. TEISSIER. Leçons clin. sur les eaux minérales, in France méd., 1881. — A. FLINT. Etiologie et traitement du coryza aigu (Med. News, 1885). — W. HACK. De l'asthme et de son traitement chirurgical (Berlin. klin. Woch., 1885). — BEVERLEY ROBINSON. Traité pratique du catarrhe du nez. New-York, 1885. — SAJOUS. Maladies du nez et de la gorge. Philadelphia, 1885. — MORELL-MACKENZIE. Hay Fever. Londres, 1885. — MACKENZIE. Rhinite chronique (Med. News, 1885). — P. TISSIER. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1886. — HERING. Névroses réflexes déterminées par les affections nasales, *ibid.*, 1886. — MACKENZIE. Coryza vaso-moteur périodique, *ibid.*, 1886. — HERZOG. Catarrhe rétro-nasal (Arch. f. Kinderheilk. XI, 2). — PH. SCHECH. Maladies de la bouche, du pharynx et du nez. Vienne, 1888. — SCHRÖTTER. Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx. Vienne, 1889. — MACKENZIE. Traité des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne. Traduct. Moure et Charazac, 1889. — COHN. De l'ozène, th. de Wurtzbourg, 1890. — MARANO. Étude historique et bactériologique de l'ozène (Arch. st. de laryngologie, 1890). — PAUL RAUGÉ. Bulletin médical, 1892 ; Arch. de physiol., 1892, n° 4.

ÉPISTAXIS.

Epistaxis veut dire saignement par le nez, hémorragie nasale. Cette hémorragie est *idiopathique* ou *symptomatique*.

L'épistaxis idiopathique est fréquente chez les enfants et chez les jeunes gens. Elle est favorisée par toutes les circonstances capables d'occasionner l'afflux du sang vers la tête : l'application trop soutenue de l'esprit, les émotions, une trop forte chaleur des appartements, le froid aux pieds, l'insolation, les chutes sur la tête, l'introduction des doigts dans les fosses nasales qui détermine des excoriations de la muqueuse ; elle est fréquente aussi chez les sujets à tempérament sanguin qui sont prédisposés aux congestions du côté de l'encéphale, etc. Calmettes a observé un fait d'épistaxis liée à la présence d'un anévrysme miliaire développé sous la muqueuse des fosses nasales.

Chez la femme, l'épistaxis peut se présenter comme flux sanguin *supplémentaire* ou *complémentaire* d'une hémorragie menstruelle absente ou incomplète.

En Afrique, il n'est pas rare de voir des épistaxis intenses provoquées par la piqûre d'une sangsue reniflée par mégarde avec l'eau d'une source ou d'un torrent (Baizeau).

Dans la grande majorité des cas, l'épistaxis est *symptomatique*. On la rencontre dans les maladies du cœur ou du foie (Verneuil), lorsque ces affections entravent la circulation de retour (rétrécissement mitral, cirrhose du foie, etc.) dans la coqueluche pendant les violents efforts qui accompagnent les quintes de toux ; au début de certaines fièvres graves dont elle est en quelque sorte un signe prémonitoire (dothiénentérie, rougeole) ; elle figure au premier rang des hémorragies qui caractérisent la *forme dite hémorragique* des pyrexies exanthématiques (variole, rougeole, scarlatine, etc.) ; enfin, elle est habituelle dans ces états dyscrasiques profonds qu'on appelle l'ictère grave, le purpura, le scorbut, l'hémophilie, la leucocythémie, le mal de Bright, l'impaludisme chronique, le diabète, etc. Ainsi que l'a indiqué Peter, les épistaxis répétées se montrent souvent comme phénomène prémonitoire de l'évolution tuberculeuse.

Les saignements de nez de l'insuffisance aortique ont une pathogénie assez obscure ; il est probable cependant que l'altération athéromateuse des vaisseaux, si fréquente en pareil cas, doit jouer un certain rôle dans leur production.

Quoi qu'il en soit, le point de départ de l'hémorragie semble toujours identique et provenir d'un vaisseau de la partie antérieure des fosses nasales sur la cloison (Voltolini).

DESCRIPTION. — Quelquefois l'épistaxis est précédée d'une sorte de molimen du côté de la tête : la face est vultueuse, le cerveau semble pesant ; il peut y avoir une sensation de chatouillement incommode dans les fosses nasales. En général, c'est inopinément que l'hémorragie apparaît.

Elle est plus ou moins abondante suivant les cas : parfois le sang, rouge, rutilant, non aéré, s'écoule goutte à goutte et par une seule narine ; la perte ne s'élève pas au delà de quelques grammes ; un petit caillot se produit, se dessèche et l'hémorragie s'arrête. En pareil cas, il est presque impossible d'apercevoir à travers l'ouverture des narines le point de la muqueuse qui a donné naissance à l'écoulement sanguin. D'autres fois l'hémorragie se produit en nappe, l'écoulement est abondant et continu, et non seulement le sang peut s'échapper par les deux narines à la fois, mais il fuse par l'arrière-cavité des fosses nasales, il tombe dans le pharynx et détermine des mouvements d'expuition et le

rejet de mucosités sanguinolentes, souvent même de sang pur ou mélangé de caillots.

Les épistaxis intenses se font souvent en plusieurs temps, présentant une série de rémissions et de reprises. Un caillot volumineux obstrue momentanément l'ouverture des narines; l'hémorragie semble s'arrêter; mais sous l'influence d'un mouvement expiratoire prononcé, ou simplement de la *vis à tergo*, le caillot est expulsé sous forme d'un long cylindre noirâtre et l'écoulement reparaît aussi abondant qu'auparavant.

Dans ces cas, la perte de sang peut atteindre des proportions élevées, le malade est pâle, affaibli, ses extrémités se refroidissent, et la syncope peut se produire. La mort même a été observée. Si les hémorragies se répètent fréquemment, il peut en résulter une anémie accentuée.

Les épistaxis liées à l'intoxication palustre se reproduisent quelquefois à époque fixe, affectant ainsi un caractère vraiment intermittent.

La facilité avec laquelle le sang passe des cavités nasales dans le pharynx implique la nécessité d'explorer avec soin l'arrière-gorge toutes les fois qu'on observe un crachement de sang. Dans le décubitus dorsal, l'épistaxis peut ne donner lieu à aucune hémorragie extérieure : le sang pénètre dans le pharynx; là il peut être dégluti ou aspiré dans le canal laryngo-trachéal; dans l'estomac, il subit des altérations spéciales qui en modifient la coloration et lui donnent l'aspect du sang de l'hématémèse; dans les bronches, il se mélange à l'air ou à des mucosités et peut simuler les crachats hémoptoïques.

Traitement. — L'épistaxis des individus pléthoriques ou des femmes mal réglées doit en général être respectée ; chez ces dernières, toutefois, il faut chercher à imprimer au molimen hémorragique sa véritable direction.

Quand l'écoulement est peu abondant, c'est à des procédés simples qu'il faut avoir recours : l'élévation du bras correspondant à la narine qui saigne, les applications froides sur le front ou dans le dos, l'aspiration par les narines d'eau glacée ou vinaigrée, etc.

Lorsque l'hémorragie est plus abondante, on pourra introduire dans les fosses nasales un tampon, ou un petit chapelet de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, ou de tout autre liquide hémostatique. Généralement ces moyens suffisent, puisque, ainsi que Voltolini l'a montré tout récemment, le sang épanché provient presque toujours de la partie antérieure de la cloison. Dans le cas cependant où ils seraient insuffisants, il faudra recourir au tamponnement avec la sonde de Belloc ; toutefois, l'hémostase devra être réalisée à l'aide de moyens antiseptiques afin d'éviter l'otite moyenne grave que l'on a observée quelquefois à la suite du tamponnement.

L'indication causale sera remplie avec soin. Ainsi dans le cas d'hémorragie nasale rebelle tenant à une cirrhose du foie, une dérivation opportune, telle qu'un vésicatoire appliqué sur la région hépatique, pourra promptement mettre fin à l'hémorragie (Verneuil). Le fer, le quinquina, les toniques, serviront à combattre l'anémie consécutive aux épistaxis répétées. Dans ces derniers cas, les eaux salines, un séjour aux bains de mer, rendent de grands services. Les épistaxis intermittentes d'origine marématique sont justiciables du sulfate de quinine.

Négrier. (d'Angers). Arch. gén. de méd., 1842. — Baizeau. Arch. gén. de médecine, 1863. — Martineau. Épistaxis abond. guérie par le sulfate de quinine (Union méd., 1868). — Bouchard. Pathogénie des hémorragies, th. concours, 1869. — Picot. Les grands processus morbides, 1876. — Manuel Oria. Épistaxis intermittente (Rev. d'Hayem, 1880). — Calmettes. De l'ozène. (Rev. générale in Rev. d'Hayem, 1880). — Id., in Progrès méd., 1881. — Garnier. Épistaxis intermittente (Assoc. franç., 1882). — L.-H. Petit. Gazette hebdomadaire du 11 mars 1881. — Voltolini. Épistaxis, (Ann. mal. or. et larynx, juillet 1885). — Rendu. Épistaxis chez les enfants (Sem. médicale). — Verneuil. Épistaxis dans les maladies du foie (Acad. de méd., 1887). — Sterk. Épistaxis, œdème pulm. aigu (Wien. med. Presse, 1890). — Gradenigo. Contr. à l'anat. path. des fosses nasales (Ann. mal. de l'oreille, 1891).

II. — MALADIES DU LARYNX.

Dans l'exposé des affections du larynx, nous suivrons l'ordre suivant :

Nous décrirons : 1° les *inflammations du larynx*, comprenant l'étude des laryngites aiguës et chroniques :

2° Les *accidents* ou *complications des laryngites*, œdème de la glotte, laryngite striduleuse ;

3° Les *accidents nerveux d'origine laryngée*, spasmes ou paralysies.

4° Nous consacrerons un article spécial à la diphtérie du larynx, au *croup*. Peut-être la description de cette maladie eût-elle été mieux placée avec l'étude des maladies générales et diathésiques ; c'est pour nous conformer à un usage généralement accepté que nous l'avons conservée au milieu des affections du larynx.

5° Enfin nous dirons quelques mots des tumeurs ou dégéné-