

n'est que chez les enfants ayant vécu seulement quelques heures qu'elle peut être membraneuse.

Elle est moins rare que l'occlusion des narines, on en connaît de vingt à trente cas. Elle est le plus souvent bilatérale.

Le nouveau-né qui en est porteur présente des signes d'asphyxie. S'il parvient par la respiration buccale à suppléer à l'absence de respiration nasale, il ne tarde pas à succomber par inanition, car il ne peut pas téter.

L'oblitération unilatérale est *a fortiori* mieux tolérée, et tout récemment Gougenheim et Héлары ont publié l'observation d'une jeune fille de quinze ans qui présentait une oblitération de la choane gauche.

Au fur et à mesure que la croissance s'opère, les troubles respiratoires vont en diminuant de gravité. On constate alors le facies adénoïdien, et la confusion est possible.

Le diagnostic chez l'enfant se fait de la façon suivante : « Il est difficile; de sa promptitude dépend le pronostic. Voici un nouveau-né qui étouffe; maintenez-lui la bouche ouverte avec une cuiller; si la respiration se rétablit, c'est que la cause de l'asphyxie a son siège dans le nez. Ou encore soufflez dans une narine avec la poire de Politzer; si l'air ne ressort pas par l'autre narine, chassant du mucus, c'est qu'il y a obstruction nasale. Quelle est la nature de cette obstruction? Pour le savoir, glissez un stylet moussé le long du plancher, et vous pourrez vous rendre compte du siège et de la nature de l'obstacle.

» Chez l'adulte le diagnostic est facile : *a)* l'existence d'une occlusion choanale est reconnue par la rhinoscopie antérieure et postérieure; *b)* la nature du diaphragme par l'exploration avec le stylet; *c)* son épaisseur, élément important dans le choix du procédé opératoire, par le procédé de Schrötter : Introduire une lampe électrique dans le nasopharynx, faire la rhinoscopie antérieure, et juger de l'épaisseur du diaphragme par sa transparence. » (Lermoyez.)

**Traitement.** — Chez le nouveau-né on agira le plus vite possible; pour enfoncer le diaphragme oblitérant on se servira, suivant sa résistance, d'un stylet, d'une sonde cannelée, d'un trocart. Chez l'adulte on est moins pressé, et l'on s'attaquera au diaphragme par le galvanocautère s'il est membraneux, par la gorge s'il est osseux.

#### IV. — MALFORMATIONS DES FOSSES NASALES.

Les malformations congénitales et acquises des fosses nasales peuvent être groupées en quatre classes. Les trois premières sont peu importantes, aussi ne nous y attarderons-nous pas longtemps; au contraire, la quatrième classe, qui comprend les malformations de la cloison, mérite une description plus détaillée.

I. **Microrhinie.** — C'est la petitesse générale et uniforme des

fosses nasales, qui sont rétrécies dans tous leurs diamètres. Il n'existe pas de traitement de cette malformation, qui en général n'entraîne aucun inconvénient sérieux.

II. **Synéchies.** — Elles unissent les cornets à la cloison, ou deux cornets entre eux. Elles sont beaucoup plus fréquemment acquises que congénitales. Habituellement elles sont constituées par du tissu conjonctif; exceptionnellement par du tissu osseux.

Les synéchies conjonctives acquises reconnaissent pour cause la cicatrisation d'une ulcération nasale; ou encore une galvanocautérisation mal faite, et mal surveillée dans la suite. Il ne faut les traiter que si elles occasionnent des troubles: obstruction nasale, accidents réflexes, chronicité d'un coryza.

On peut les sectionner par l'instrument tranchant (bistouri, scie) ou les détruire au galvanocautère. Il est nécessaire de bien surveiller les pansements consécutifs, pour que la synéchie ne se reproduise pas.

III. **Dilatation du cornet moyen, et de la bulle ethmoïdale.** — La dilatation ampullaire du cornet moyen serait assez fréquente, d'après Moldenhauer. Elle tient à la séparation des deux lamelles osseuses qui constituent ce cornet. La rhinoscopie montre une grosse tumeur arrondie, qui remplit le méat moyen, refoule la cloison, et vient quelquefois faire saillie jusqu'au vestibule.

On ne la confondra ni avec un polype ni avec un ostéome.

Beaucoup plus rarement la bulle ethmoïdale se dilate, constituant une tumeur un peu analogue à la précédente, et qui refoule en dedans le cornet moyen.

Le traitement de ces deux malformations est différent. Le cornet moyen dilaté doit être ouvert ou enlevé, suivant ses dimensions.

Au contraire la bulle ethmoïdale dilatée ne doit pas être ouverte. La seule opération permise en pareil cas est la résection du cornet moyen.

IV. **Malformations de la cloison.** — Les malformations congénitales ou acquises de la cloison, par leur fréquence et la variété des troubles qu'elles provoquent, constituent un chapitre important de la rhinologie. Mal connues des anciens auteurs, elles n'ont guère été étudiées que dans ces dernières années. La thèse de Sarremone (1), inspirée par MM. Martin et Lubet-Barbon, est un bon exposé de la question. Nous lui ferons de fréquents emprunts.

Les malformations de la cloison consistent en déviations et en épaississements; leurs causes et leurs symptômes doivent être étudiés ensemble.

**Étiologie et pathogénie.** — 1° CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age.* — Avant l'âge de sept ans la déviation de la cloison est rare. C'est de

(1) SARREMONE, Des malformations de la cloison du nez, thèse de Paris, 1892, n° 405.

dix à seize ans que se manifestent le plus grand nombre de déviations.

*Sexe.* — Il n'a aucune influence.

*Race.* — Elle a au contraire une grande influence. Les malformations de la cloison sont rares chez les Nègres, chez les Peaux-Rouges, chez tous les peuples dont le massif osseux de la face est très développé relativement au crâne. Elles sont fréquentes chez les Européens, tellement fréquentes que Lœwenberg dit n'avoir trouvé la cloison absolument normale qu'une fois sur sept. Cette proportion est trop forte, et il faut admettre celle de Sappey et Zuckerkandl qui, en examinant la cloison osseuse sur des crânes, l'ont trouvée déviée quarante fois sur cent.

2° CAUSES DÉTERMINANTES. — PATHOGÉNIE. — Autrefois on expliquait les déviations de la cloison par des causes *constitutionnelles* : scrofule, syphilis, rachitisme, ou par des causes *mécaniques* : l'action de se moucher plus ou moins fortement, de dormir toujours d'un même côté, etc.

Aujourd'hui on n'accorde plus guère d'importance aux causes précédentes, et abstraction faite de l'opinion de Baumgarten (les déviations sont dues à la pression exercée par le gonflement des corps caverneux des cornets inférieur et moyen sur la cloison), deux théories sont actuellement en présence, pour expliquer les déviations et les épaissements de la cloison : la théorie traumatique et la théorie du vice du développement.

*Théorie traumatique.* — Elle a été surtout défendue par Bresgen, Mackenzie, Scheffer et Rosenthal.

Le traumatisme peut agir de trois manières : 1° par luxation du cartilage et des articulations chondro-vomériennes, ou plus rarement ethmoïdo-vomériennes ; 2° par fracture complète ou incomplète du cartilage ; 3° par transmission du *choc* à l'articulation ethmoïdo-vomérienne et inflammation consécutive.

(Il s'agit, bien entendu, d'un traumatisme peu violent, de sorte que la fracture ou la luxation passent inaperçues.)

Dans le premier cas, que se passe-t-il ? Au niveau du point luxé, le cartilage et l'os demeurent superposés, une dépression d'un côté correspond à un épaissement de l'autre côté de la cloison. Du côté épais, il se produit une périchondrite qui augmente encore le volume de la tumeur.

Dans le second cas (fracture du cartilage), le cartilage se replie sur lui-même : il se produit un hématome qui décolle la muqueuse de chaque côté du cartilage (hématome en bissac). Si cet hématome ne suppure pas, il se résorbe, et alors le cartilage se consolide dans sa position vicieuse, et il reste une déviation perpendiculaire, c'est-à-dire un angle dièdre pénétrant par son sommet dans l'une des narines, tandis que dans l'autre narine se voit une dépression.

Gellé a rapporté le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'un trau-

matisme, eut d'abord un abcès de la cloison, puis une déformation consécutive.

Cette théorie traumatique s'applique évidemment à un certain nombre de déviations et d'épaississements de la cloison, mais elle ne peut les expliquer tous. On lui a fait les objections suivantes.

La théorie traumatique n'explique pas pourquoi les malformations de la cloison, exceptionnelles avant l'âge de sept ans, deviennent fréquentes à partir de cet âge. Elle ne rend pas compte de l'absence de malformations chez les races inférieures à massif facial très développé, races qui sont exposées au traumatisme au moins autant que les Européens. Si elle explique les déviations verticales de la cloison, elle n'explique pas les déviations horizontales, ni la coexistence fréquente des végétations adénoïdes et des déviations.

Aussi a-t-on cherché ailleurs la cause des déviations de la cloison, et on l'a trouvée dans les difficultés qu'éprouvait la cloison à se développer normalement.

*Théorie du vice de développement.* — Pour éviter toute obscurité, disons immédiatement qu'il s'agit d'un vice de développement de la cloison, non pas pendant la période fœtale, mais pendant la seconde enfance. La malformation de la cloison ne sera donc pas congénitale, au sens propre du mot.

On peut exposer rapidement cette théorie de la manière suivante. La cloison est un plan ostéocartilagineux qui divise en deux les fosses nasales. Celles-ci constituent schématiquement une cavité cubique, dont la moitié inférieure est constituée par les os de la face (maxillaire supérieur et palatin) et dont la moitié supérieure est constituée par les os du crâne (ethmoïde et sphénoïde). Or, comme nous le dirons plus loin, le crâne et la face n'ont pas toujours un développement parallèle.

Le plan ostéocartilagineux qu'est la cloison est compris dans un cadre très résistant, à savoir : l'épine nasale du frontal en haut et en avant, l'ethmoïde en haut, le sphénoïde en arrière, les lames horizontales du palatin et du maxillaire supérieur en bas. Ce cadre est beaucoup plus résistant que la cloison, et, s'il devient insuffisant, ce n'est pas le cadre qui éclatera et se pliera.

Le plan ostéocartilagineux qu'est la cloison est essentiellement constitué par le cartilage quadrangulaire et par deux os, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Différentes articulations unissent ces pièces entre elles et au cadre qui les entoure.

La cloison ainsi constituée présente trois points faibles. Le *premier point faible* est une sorte d'étranglement situé à la partie moyenne de la lame perpendiculaire ; sur une coupe vertico-transversale il est facile de voir que cette lame présente à sa partie moyenne un minimum d'épaisseur. Le *second point faible* n'est autre que l'articulation

du bord antérieur du vomer avec la lame perpendiculaire et avec le bord postéro-inférieur du cartilage quadrangulaire. C'est en réalité non pas un point faible, mais une ligne faible, oblique en bas et en avant. Le *troisième point faible* n'est autre que la ligne de soudure du bord inférieur du vomer avec les deux apophyses palatines du maxillaire supérieur. La connaissance de ces points faibles est importante, car on comprend que si la cloison cède, ce sera à leur niveau.

Pour en finir avec ces notions anatomiques indispensables pour bien comprendre le mécanisme des déformations de la cloison, rappelons que le vomer, qui commence à s'ossifier vers la fin du deuxième mois, est formé de deux tablettes, situées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Ces deux lames s'unissent par leur bord postérieur ; il en résulte qu'elles forment un cornet ouvert en avant, dans lequel se trouve logé le cartilage vomérien. A mesure que les lames latérales progressent, le cartilage est repoussé devant elles. Donc il y a dans le vomer deux tablettes indépendantes, et la déformation pourra porter soit sur les deux, soit sur l'une à l'exclusion de l'autre.

Les malformations de la cloison tiennent à un développement irrégulier, vicieux des différentes parties constituantes dont nous venons de parler. Mais voyons d'abord comment se fait le développement normal. A la naissance, le volume du crâne étant très considérable par rapport à celui de la face, les portions supérieures des fosses nasales (labyrinthe olfactif) sont bien développées, tandis que les portions inférieures (région respiratoire, naso-pharyngien) sont étroites. Aussi le segment supérieur de la cloison est beaucoup plus développé que le segment inférieur. A partir de la naissance, la face, c'est-à-dire le maxillaire supérieur, s'amplifie dans des proportions plus fortes que le crâne ; les fosses nasales et la cloison se développent alors surtout dans leur portion inférieure, c'est-à-dire par en bas. Simultanément le diamètre antéro-postérieur du pharynx augmente, parce que le corps du sphénoïde se développe.

La cloison subit ainsi une double impulsion : en même temps qu'elle descend, elle est poussée d'arrière en avant. Pour qu'elle puisse rester dans son plan normal, il faut que rien ne vienne détruire l'harmonie de ce développement entre le septum et le cadre dans lequel il est renfermé. Dans le cas contraire, la cloison est obligée de se plier aux circonstances, et de là résultent ses malformations, qui tiennent à deux causes, suivant qu'elles se font dans le sens horizontal, ou dans le sens vertical.

*Première cause.* — C'est la plus fréquente. Il y a disproportion entre le volume du crâne et celui de la face ; le maxillaire supérieur ne se développant pas suffisamment, la voûte palatine osseuse est en ogive, la cloison n'a pas la place qu'il lui faut dans le sens *vertical*.

Elle se dévie alors de telle sorte qu'une coupe verticale de la cloison a la forme d'un S majuscule.

C'est par exemple ce qui s'observe chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes du pharynx nasal, chez qui l'insuffisance de la respiration nasale entrave le développement du maxillaire supérieur.

*Deuxième cause.* — Le développement des cellules sphénoïdales repousse en avant le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. La cloison vient ainsi buter contre le frontal en haut, et contre le maxillaire supérieur en bas, et si celui-ci ne se développe pas proportionnellement, elle s'infléchit et se plicature de façon à gagner de l'espace *d'avant en arrière*. Dans ce cas, c'est une coupe horizontale antéro-postérieure de la cloison qui représente un S majuscule.

*En résumé*, si quelques déviations de la cloison tiennent à des fractures simples ou à des luxations passées inaperçues et vicieusement consolidées, la majorité des déviations tient à un trouble de développement, c'est-à-dire à un défaut de parallélisme entre le développement de la cloison et celui du cadre solide qui l'entoure.

Cette dernière théorie n'est pas passible des objections dont nous avons parlé tout à l'heure, et qui rendent la théorie traumatique insuffisante.

*Anatomie pathologique et classification.* — Pour établir une classification des malformations de la cloison, il faut tout d'abord distinguer deux cas : ou bien les deux lames qui constituent la cloison restent parallèles, ou bien les deux lames ne restent pas parallèles.

Dans le premier cas la cloison, nullement épaissie, se portera en masse dans la narine droite ou dans la narine gauche, diminuant ainsi la cavité de l'une des fosses nasales, et augmentant en proportion celle de l'autre. Ainsi est constituée une *dévi*ation de la cloison.

Dans le second cas, il y a *épaississement* de la cloison, et l'on comprend que cet épaississement obstrue l'une ou les deux fosses nasales, suivant que l'une ou les deux lames se sont écartées de la ligne médiane. L'épaississement s'appelle *éperon* quand sa base est à peu près circulaire, *crête* quand la base est très allongée : on appelle *épine* un éperon à base très étroite.

Les déviations et les éperons se font presque toujours aux points faibles que nous avons signalés plus haut ; ils occupent presque toujours les deux tiers antérieurs de la cloison ; rarement le quart postérieur.

Les déviations peuvent être verticales (cas rare) ou horizontales (cas fréquent). Les déviations horizontales sont le plus souvent doubles, de sorte que la coupe vertico-transversale de la cloison a la forme d'un S. Dans le cas de déviation horizontale double, il est de règle que la déviation supérieure a sa convexité dirigée à droite, et l'inférieure à gauche.

La supérieure siège sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ;

l'inférieure à l'union du vomer et du cartilage quadrangulaire.

Déviation et épaissements se combinent souvent pour constituer des variétés mixtes, et finalement on peut, avec Rosenthal, décrire six genres et malformations de la cloison :

1° Courbures simples, sans épaissements. La coupe de la cloison a la forme d'un C ;

2° Courbures accompagnées d'épaissements, faisant saillie du côté convexe de la cloison déviée ;

3° Déviations sigmoïdes dans le sens vertical ou dans le sens antéro-postérieur ;

4° Déviations sigmoïdes de l'une ou l'autre espèce, accompagnées d'épaissements ;

5° Éperons, épines, crêtes, sans déviations de la cloison ;

6° Déviations en zigzag.

**Structure.** — Il n'y a aucune particularité histologique à signaler au sujet des déviations de la cloison. Quant aux crêtes, éperons, épines, ce sont tantôt des hyperostoses, tantôt des hyperchondroses. Il y a des crêtes mixtes : cartilagineuses à leur partie antérieure, osseuses en arrière. Il faut aussi tenir compte de l'âge : les crêtes sont volontiers cartilagineuses chez l'enfant, osseuses chez l'adulte (par ossification secondaire).

**Symptomatologie.** — Les malformations de la cloison, surtout quand elles sont peu prononcées, peuvent rester *latentes*. C'est alors par hasard qu'on les découvre, en faisant par exemple la rhinoscopie à l'occasion d'un coryza.

Mais dans la majorité des cas, les malformations de la cloison se révèlent par des symptômes qui peuvent se ranger en deux groupes : les uns, symptômes subjectifs ou accidents réflexes, sont des symptômes banaux, communs à toutes les obstructions nasales ; les autres, symptômes objectifs, peuvent seuls fixer le diagnostic ; c'est par eux que nous commencerons.

1° SYMPTÔMES OBJECTIFS. — *Examen extérieur du nez.* — Ce n'est que par exception, et dans certaines conditions, que le nez porte extérieurement la trace des déformations de la cloison. Le nez peut être dévié dans son ensemble (c'est là une exception, toujours d'origine traumatique) ou plus souvent dans sa partie inférieure seulement. Dans ce cas, le lobule est poussé du côté qui regarde la concavité antérieure de la déviation.

Enfin le nez peut paraître dévié, sans que pour cela le bord antérieur du septum lui-même participe à cette déformation. Cela se produit quand un éperon ou une crête acquièrent un volume tel qu'ils viennent au contact de l'aile du nez correspondante, et la repoussent au dehors.

*Rhinoscopie antérieure.* — Quelquefois, la fosse nasale est tellement obstruée qu'on ne peut y introduire le spéculum ni même le stylet.

D'autres fois, pour bien voir et bien toucher, il est nécessaire de se servir de cocaïne, qui a le double avantage de réduire le volume des parties, et de rendre l'exploration insensible.

Si l'on se reporte à la classification exposée antérieurement, on devine aisément ce qui apparaîtra entre les deux valves du spéculum : une tumeur dure, recouverte de muqueuse saine, à forme sensiblement prismatique, dont la pointe regarde en dehors, et la base en dedans.

L'exploration de la narine opposée montre s'il s'agit d'une simple déviation ou d'un épaissement. Si la crête ou l'éperon touche un cornet, des adhérences secondaires peuvent s'établir.

On complétera avec le *stylet* les renseignements fournis par la vue. Il permet de constater l'immobilité de la saillie.

*Rhinoscopie postérieure.* — Elle montre la rareté des déviations ou des crêtes portant sur le quart postérieur de la cloison.

Enfin il est quelquefois possible, quand la malformation siège en bas et en avant, de la saisir entre deux doigts et de se rendre ainsi compte de ses caractères.

2° SIGNES FONCTIONNELS ET ACCIDENTS RÉFLEXES. — Le malade porteur d'une malformation de la cloison se plaint de ne pouvoir suffisamment respirer par le nez, de respirer la bouche ouverte, de ronfler pendant la nuit, et de ne pouvoir se moucher suffisamment.

Il a la bouche sèche, surtout au réveil, parce que pendant la nuit la respiration buccale a été plus exclusive.

Son pharynx nasal, resté en dehors du courant respiratoire, s'est rempli de mucosités qui, à cause de leur dessiccation, sont difficilement mouchées ou crachées.

L'air qui traverse le larynx et les bronches n'ayant pas la température et l'humidité voulues, les voies respiratoires s'irritent et s'enflamment. Enfin tous les phénomènes réflexes que peuvent provoquer les lésions nasales ont été observés dans les malformations de la cloison : toux, asthme, migraines, névralgies faciales. Gillian a observé un cas de tic douloureux dans un cas d'exostose de la cloison.

**Diagnostic.** — Les éléments du diagnostic sont : l'immobilité de la tumeur, qui fait corps avec la cloison ; sa consistance osseuse ou cartilagineuse, l'état normal de la muqueuse qui la recouvre et sa forme, qui est d'une façon générale prismatique, à base interne confondue avec la cloison.

Il est important, surtout au point de vue du traitement, de reconnaître s'il y a simplement déviation de la cloison, ou bien si une crête, un éperon, une épine viennent s'ajouter à la déviation. Il importe également de savoir si la structure est cartilagineuse ou osseuse.

Les affections avec lesquelles on peut confondre une malformation de la cloison sont toutes les obstructions nasales : tumeurs des fosses

nasales, polypes muqueux, végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique, corps étrangers, abcès de la cloison, etc.

Mais il n'y a guère que les polypes et les *queues de cornet* qui peuvent sérieusement prêter à confusion. Nous renvoyons aux chapitres qui sont consacrés aux polypes et à la rhinite hypertrophique, pour les caractères propres à ces affections.

Enfin rappelons qu'il faut toujours examiner le nez des malades qui viennent consulter pour de l'irritation laryngo-bronchique, ou pour des accidents réflexes, des attaques d'asthme dont la cause est difficile à trouver. Souvent l'examen rhinoscopique donnera dans ces cas la clef du diagnostic.

**Pronostic.** — Il est subordonné au traitement auquel le malade veut se soumettre. D'autre part, il faut se rappeler que les malades porteurs d'une lésion nasale quelconque supportent mal l'irritation causée par le passage dans le nez des vapeurs de chloroforme; il y aura lieu de tenir compte de leur susceptibilité spéciale s'il est nécessaire de les anesthésier.

**Traitement.** — Nous avons jusqu'ici décrit ensemble les déviations simples et les épaissements de la cloison, parce que le plus souvent ces deux lésions s'associent. Mais le traitement diffère réellement dans l'un et l'autre cas, et il est nécessaire d'en séparer l'étude.

1° DÉVIATION. — On peut les corriger par le redressement orthopédique ou par la méthode sanglante.

Le redressement orthopédique se pratique sous chloroforme avec le compresseur spécial de Delstanche. La cloison ainsi brisée est maintenue en bonne position à l'aide d'un tamponnement à la gaze iodoformée, ou à l'aide des mors de l'appareil qui restent dans le nez en guise d'attelles.

Si l'on se décide pour la méthode sanglante, on utilisera le procédé de Hajek. Il est applicable aux déviations antérieures, de beaucoup les plus fréquentes, et consiste à rendre mobile le cartilage quadrangulaire par une incision qui circonscrit tout le cartilage, sauf au niveau de son bord supérieur. Le cartilage ainsi mobilisé est ramené et maintenu en bonne position.

2° ÉPAISSISSEMENTS. — Pour les détruire, on peut recourir au galvanocautère, à l'instrument tranchant, à l'électrolyse.

Les instruments tranchants employés sont nombreux : bistouri, pince coupante, gouge, septotomes, scie, couteau annulaire. On réussit bien avec le gouge et le maillet. Dans ces derniers temps, on a utilisé l'électricité comme moteur de ces instruments tranchants, et l'on a construit des trépan et des scies électriques. Astier préconise une fraise mue par le tour des dentistes.

L'électrolyse a sur les méthodes sanglantes l'avantage d'éviter la douleur et l'effusion du sang. Elle a par contre l'inconvénient d'exiger plusieurs séances.

## II

## RHINITES

Les rhinites peuvent être réparties, d'après leur marche, en rhinites *aiguës* et rhinites *chroniques* (1).

Parmi les premières nous distinguerons la *rhinite aiguë simple* ou *coryza*, et la *rhinite spasmodique* ou *asthme des foins*. Dans les rhinites chroniques, nous décrirons à part la *rhinite hypertrophique* et la *rhinite atrophique* ou *ozène*.

## I. — RHINITES AIGÜES.

I. — Rhinite aiguë simple  
(Coryza).

Sous ce nom on désigne l'inflammation catarrhale aiguë de la muqueuse pituitaire.

Cette affection porte encore le nom de *coryza aigu simple*, de *rhume vulgaire*, de *rhume de cerveau*, expression rappelant l'erreur des anciens pathologistes qui faisaient provenir du cerveau les humeurs épanchées par les fosses nasales.

Tantôt le coryza est un *épiphénomène* constituant soit un symptôme fréquent ou rare d'une maladie générale en évolution, soit une complication d'une affection locale; tantôt au contraire le coryza est *primitif*; il se développe chez un individu indemne de toute affection générale ou locale; il constitue à lui seul toute la maladie en évolution, ou au moins la partie principale de cette maladie, car il est rare que le coryza aigu ne s'accompagne pas de bronchite et de laryngite catarrhales simples.

*Symptomatique* dans le premier cas, le coryza est *idiopathique* dans le second cas. C'est de ce dernier seulement dont nous allons nous occuper ici, nous réservant d'indiquer, au chapitre du *Diagnostic*, les conditions dans lesquelles survient le coryza symptomatique, et d'en préciser la valeur sémiologique.

(1) MOLDENHAUER, Mal. des fosses nas. trad. par Potiquet, 1888. — CARDONE, Nature parasitaire du coryza aigu (*Arch. ital. de laryng.*, juillet 1888). — PASQUALE, Streptocoques des muqueuses en rapport avec le catarrhe nasal (*Journ. of laryng. and rhin.*, 1890). — SOKOLOWSKI, Accidents et complications des organes respiratoires pendant l'influenza (*Intern. klinische Rundschau*, nos 12 à 15, 1890). — RAULIN, Du coryza pseudo-membraneux (*Revue de laryng.*, 1<sup>er</sup> mai 1890). — SCHEINMANN, Rhinite fibrineuse (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 2, 1892). — WURTZ et LERMOYEZ, Pouvoir bactéricide du mucus nasal (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1893). — LERMOYEZ, Traitement du coryza (*Journ. des prat.*, 1895).