

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^{er} 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).

Étiologie et pathogénie. — Pour bien comprendre la pathogénie du coryza, il faut avoir présentes à l'esprit un certain nombre de notions que des études récentes ont mises en relief.

A la surface de la pituitaire se trouvent, dans les conditions les plus normales, des microorganismes apportés par l'air, et qui vivent là à l'état d'hôtes inoffensifs. Si ces divers microbes (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, pneumo-bacille de Friedlaender, etc.) vivent dans le nez à l'état de saprophytes, c'est que le pouvoir bactéricide du mucus nasal (Wurtz et Lermoyez) atténue leur vitalité, les empêche de devenir pathogènes, ou même les tue peu après leur introduction.

Ce moyen de défense naturelle du nez peut faire défaut dans certaines circonstances. En effet l'on connaît la facilité et la fréquence des réactions vaso-motrices de la pituitaire sous des influences multiples, réactions qui tarissent momentanément la sécrétion nasale (1). Les saprophytes peuvent alors devenir pathogènes, et l'on comprend dès lors que l'étiologie du coryza est comparable à celle de toutes les maladies microbiennes, des angines notamment.

L'apport dans le nez de microorganismes à virulence exaltée a le même résultat que l'affaiblissement des moyens de défense naturelle. En clinique ces deux ordres de facteurs, exaltation de la virulence du germe, diminution de la résistance du terrain, sont souvent réunis, et ainsi s'explique l'influence des diverses conditions étiologiques que nous devons maintenant passer en revue.

AGE. — Très fréquent chez l'enfant, dont les réactions vaso-motrices sont intenses, le coryza est moins fréquent chez l'adulte; il devient rare chez le vieillard.

TEMPÉRAMENT. — Les adultes arthritiques, les enfants lymphatiques sont plus exposés que les autres individus de leur âge à contracter le coryza.

SAISONS. — VARIATIONS THERMIQUES. — REFROIDISSEMENT. — Cette affection s'observe de préférence à la fin de l'automne et au début du printemps, quand les changements de température sont brusques; elle est plus rare en hiver, car le *froid prolongé* est loin d'avoir la même influence que le *refroidissement brusque*.

Les rayons solaires peuvent également produire un rhume de cerveau, soit en agissant directement sur la pituitaire, soit en provoquant un réflexe nasal dont le point de départ est l'irritation de la réline.

IRRITATION DE LA PITUITAIRE. — Sont encore capables de provoquer le coryza : le séjour dans une atmosphère surchauffée, la pénétration dans les fosses nasales de poussières, de vapeurs irritantes, l'inges-

(1) Cette suppression, par voie réflexe, de la sécrétion nasale, n'est pas, à notre connaissance, démontrée expérimentalement, mais il est des arguments très plausibles qui permettent de l'admettre.

tion de certains médicaments (iodures et bromures). Mais ces diverses variétés étiologiques de coryza, affectent le plus souvent une marche plutôt subaiguë, et atteignent de préférence les gens les plus prédisposés.

Que faut-il penser de la *contagiosité* et de l'*épidémicité* du coryza?

Bien que les tentatives expérimentales d'inoculation n'aient donné que des résultats négatifs, il est difficile de ne pas admettre la contagiosité. Ne voit-on pas les enfants d'une même famille contracter tous successivement le rhume de cerveau? Il est vrai que ces petites épidémies peuvent être considérés comme des gripes frustes; aussi cette question est-elle assez complexe.

Symptômes et évolution. — *a. SYMPTÔMES FONCTIONNELS.* — Après un refroidissement, survient dans les fosses nasales une sensation de sécheresse, d'obstruction. Le malade éprouve le besoin de se moucher; il est pris d'éternuements et bientôt la rhinorrhée apparaît.

Cet *écoulement nasal*, qui constitue le symptôme capital du coryza, et qui lui a valu son nom, est séreux au début pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; il devient ensuite muqueux, et enfin mucopurulent, quand la maladie est arrivée à la phase de maturité ou de coction des anciens auteurs. Pendant le sommeil, l'écoulement nasal cesse.

Il est rare que le coryza aigu simple donne lieu à des épistaxis; d'après certains auteurs un écoulement de sang abondant, au début du coryza, peut enrayer le développement ultérieur de l'affection.

Outre la rhinorrhée, nous devons signaler comme symptômes fonctionnels : les éternuements fréquents, surtout dans les deux premiers jours; la céphalgie frontale; l'anosmie.

b. SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Si l'on pratique l'*examen rhinoscopique*, on verra au début la muqueuse rouge, tendue, luisante, tuméfiée. Plus tard une couche de mucus ou de muco-pus tapisse la cloison et les cornets, et s'étend de l'une aux autres sous forme de filaments, de tractus.

Il n'est pas rare que l'orifice des narines et la lèvre supérieure présentent de la rougeur et des excoriations chez les individus à peau délicate, à cause de l'irritation que détermine le contact de la sécrétion séreuse qui s'écoule des fosses nasales.

En même temps que la rhinite catarrhale, il est fréquent de constater les signes d'origine de laryngite et de bronchite simples. Le rhume de cerveau, suivant l'expression vulgaire, est tombé sur la poitrine. Beaucoup plus rarement la laryngite et la bronchite précèdent le coryza.

Sokolowski a signalé des épistaxis fréquentes dans les rhinites aiguës de l'influenza (1890).

c. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Dans le coryza aigu, même de moyenne intensité, l'état général peut être atteint, mais il ne l'est jamais d'une

façon intense : un très léger mouvement fébrile, un état saburral des voies digestives peuvent exister dans les premiers jours. Au moment où ces symptômes généraux cèdent, il n'est pas rare d'observer une ou deux vésicules d'herpès labial.

Le coryza aigu dure une semaine au plus ; encore n'est-il pénible que pendant les quatre premiers jours, car au bout de ce temps les symptômes généraux, la laryngo-bronchite ont cessé ; persiste seulement un écoulement muco-purulent qui ne tarde pas à se tarir, et tout rentre dans l'ordre.

Le coryza aigu des nourrissons mérite une mention spéciale. Chez eux, à cause de l'étroitesse particulière des méats, une fluxion nasale même légère obstrue complètement les fosses nasales et rend impossible la respiration par le nez. Or, comme la succion ne peut se faire sans la respiration par le nez, il s'ensuit que l'enfant suffoque dès qu'il prend le sein ; aussi chez le nouveau-né le coryza aigu peut devenir une cause prochaine d'inanition, si l'on ne peut nourrir l'enfant à la cuiller.

Complications. — Elles sont *immédiates* ou *tardives*.

Les premières sont dues à la propagation du coryza aux muqueuses voisines : c'est ainsi que le rhume de cerveau peut se compliquer de conjonctivite, de catarrhe tubaire, d'otite moyenne, de bronchite des moyennes et des petites bronches, d'angine, de sinusites diverses.

La conjonctivite est si fréquente qu'elle peut être considérée aussi bien comme un symptôme que comme une complication.

Quant à la propagation aux sinus, elle est considérée comme la règle par certains auteurs, mais sans preuves suffisantes. Ruault s'inscrit en faux contre cette opinion ; pour lui la propagation du coryza simple aux sinus est exceptionnelle, et il explique ce fait par l'obstruction mécanique que la tuméfaction généralisée de la muqueuse nasale détermine au niveau de leurs orifices. Paulin a signalé des cas de coryza pseudo-membraneux dont la nature n'est pas encore bien déterminée. Hartmann (de Berlin) a observé un abcès de l'orbite consécutif à un coryza aigu.

Comme complications tardives, signalons la tendance aux récidives, qui elles-mêmes peuvent amener la rhinite hypertrophique, l'anosmie, les polypes.

Toutes ces complications seront étudiées plus loin, aussi n'avons-nous pas à y insister ici.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Dans les rares examens biopsiques qu'on a eu l'occasion de pratiquer, on a trouvé une disparition des cils vibratiles de l'épithélium, une infiltration de cellules rondes dans les couches superficielles du chorion muqueux, une dilatation des vaisseaux sanguins avec extravasation de quelques globules rouges. Ce sont là d'ailleurs les lésions de toute inflammation muqueuse catarrhale.

L'examen histologique des sécrétions montre une augmentation du nombre des globules blancs, d'autant plus marquée que la sécrétion se rapproche davantage de la purulence.

Au point de vue de la *physiologie pathologique*, on peut considérer l'hypersécrétion muqueuse qui caractérise la phase d'état du coryza comme une exagération de la sécrétion normale destinée à enrayer la pullulation des microorganismes.

« Contre l'infection locale qu'elle a laissé se constituer, la pituitaire lutte d'abord en augmentant la quantité de sa défense ordinaire, la sécrétion d'un mucus bactéricide ; cet effort peut suffire, là s'arrête alors la maladie. Sinon le coryza entre dans sa phase de suppuration ; au mucus succède le muco-pus ; c'est que la pituitaire a appelé à son aide un second mode de résistance, l'exagération de la diapédèse qui normalement se fait à sa surface ; aux actes bactéricides se joignent les réactions phagocytaires. » (Wurtz et Lermoyez.)

Diagnostic. — Reconnaître l'existence d'une rhinite catarrhale aiguë est chose simple. Plus difficile et plus importante est la question de savoir si l'on se trouve en présence d'un coryza simple, idiopathique, lequel, une fois guéri, laissera les fosses nasales intactes ; ou bien si, au contraire le coryza est symptomatique d'une maladie générale ou locale.

C'est par l'examen soigneux des fosses nasales et de l'état général du sujet qu'on pourra résoudre ce problème.

CORYZA SYMPTOMATIQUE D'UNE MALADIE GÉNÉRALE. — Nombreuses sont les maladies au cours desquelles le coryza apparaît à titre de symptôme rare ou obligé ; mais il en est surtout deux dont le coryza, même le plus simple en apparence, doit toujours éveiller l'idée. Ce sont : la *rougeole*, s'il s'agit d'un enfant ; la *grippe*, s'il s'agit d'un adulte.

Nous n'avons pas à indiquer ici quels sont les symptômes spéciaux de ces affections, qui permettront de les reconnaître. Rappelons seulement que la période d'invasion de la *rougeole*, qui dure quatre jours, est caractérisée par du catarrhe oculo-nasal, et de la bronchite légère ; que pendant ces quatre jours, et jusqu'à l'apparition de l'exanthème révélateur, le diagnostic peut rester en suspens.

Quant à la grippe, il faut savoir que ses formes pulmonaires les plus graves peuvent commencer par un coryza d'apparence bénigne : aussi doit-on réserver le pronostic en cas d'épidémie de grippe.

Nous nous contenterons de signaler simplement les autres maladies infectieuses qui peuvent compter le coryza au nombre de leurs symptômes ou de leurs complications. Ce sont : la coqueluche, la scarlatine, le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, la morve. Il est vrai que ces deux dernières affections donnent lieu à un coryza purulent, à cause des pustules dont la pituitaire est le siège.

CORYZA SYMPTOMATIQUE D'UNE MALADIE LOCALE OU DE VOISINAGE. — Presque toutes les affections locales des fosses nasales peuvent donner

lieu à du coryza. Aussi, en pratiquant la rhinoscopie, pourra-t-on constater suivant les cas : des polypes, des adénoïdites, des cornets hypertrophiés, un corps étranger, un abcès de la cloison, des érosions ou des ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses, etc. Quelquefois c'est une affection de voisinage, de nature non catarrhale, qui se propage à la muqueuse nasale sous forme de coryza aigu : c'est un furoncle de la lèvre supérieure, une périostite suppurée des incisives supérieures, ou encore, chez les enfants à la mamelle, l'éruption des incisives supérieures.

La diphtérie pharyngée peut se propager aux fosses nasales sous forme d'un coryza pseudo-membraneux et ulcéreux, qui se traduit par un *jetage* caractéristique.

Pour terminer, il nous reste à dire un mot du *coryza blennorragique*. On sait combien est fréquente la conjonctive blennorragique des nouveau-nés, qu'elle soit inoculée aux yeux de l'enfant au moment du passage de la tête dans un vagin infecté de gonocoques, ou qu'elle soit inoculée après la naissance par les éponges et les autres objets de toilette. Les rhinologistes, raisonnant par analogie, ont considéré le coryza purulent du nouveau-né comme de nature blennorragique : la propagation se ferait de l'œil au nez par le canal nasal, ou bien la blennorragie serait inoculée directement au nez, quand il n'y a pas coexistence de conjonctivite blennorragique. Mais cette opinion ne s'appuie pas sur des preuves bactériologiques suffisantes, et beaucoup d'auteurs se refusent à admettre un coryza blennorragique. Ainsi Moldenhauer dit que Crédé, dans son service d'accouchements, n'a jamais observé de rhinite par propagation d'une conjonctivite blennorragique; Sigmund, à Vienne, a échoué dans une tentative d'inoculation. En somme, de nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer la fréquence exacte du coryza blennorragique.

Traitement. — Nous n'aurons en vue que le traitement du coryza idiopathique; celui du coryza symptomatique, consistant avant tout à faire disparaître la cause, sera exposé ailleurs.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Les enfants délicats, qui sont sujets à contracter le coryza au moindre refroidissement, devront être autant que possible habitués au froid, aux intempéries. Ces enfants, élevés en serre chaude et victimes de fréquents rhumes de cerveau, peuvent en être débarrassés complètement si on les habitue au grand air.

MOYENS ABORTIFS. — En 1885, Ruault a préconisé le *benzoate de soude* à l'intérieur (4 grammes chez l'enfant, 10 grammes chez l'adulte) comme capable d'arrêter la marche du coryza, ou au moins d'en abrégier la durée. Cette médication réussirait une fois sur deux; elle a l'inconvénient d'être mal tolérée par l'estomac.

Comme autres *médicaments internes* abortifs signalons l'opium, la teinture de belladone, l'alcoolature de racines d'aconit; ces trois substances peuvent être associées.

Des *moyens locaux*, sous forme d'inhalations, de poudres, ont, dans quelques cas, un effet utile. On peut employer par exemple le mélange suivant, dont le malade respirera toutes les heures quelques gouttes versées sur un papier buvard :

Acide phénique pur.....	} aã 5 grammes.
Ammoniaque.....	
Alcool à 90°.....	} aã 15 —
Eau distillée.....	

Enfin la *révulsion* — bain de pied sinapisé, sudation générale énergique — peut, sinon faire avorter le coryza, du moins en modérer l'intensité.

TRAITEMENT PALLIATIF. — C'est le traitement des symptômes, dont les plus pénibles sont la céphalalgie, l'obstruction nasale, l'érythème de l'orifice des narines. Contre le mal de tête on prescrira l'antipyrine, associée à la quinine s'il y a un léger mouvement fébrile.

L'obstruction nasale sera combattue par des pulvérisations tièdes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100; ou simplement d'eau, si l'on craint l'intoxication cocaïnique.

Moins efficaces sont les pommades ou les poudres à base de cocaïne — ou de menthol. Dieulafoy recommande la poudre :

Cocaïne.....	5 centigr.
Camphre.....	5 grammes.
Salicylate de bismuth.....	15 —

Enfin l'irritation des narines et de la lèvre supérieure sera prévenue par un peu de pommade boriquée.

Les rhinologistes sont d'accord pour proscrire les lavages du nez à la période aiguë du coryza. Ce n'est qu'à la période ultime, si l'écoulement muco-purulent tardait à cesser, que les lavages trouveraient leur indication pour tarir cette sécrétion trop lente à disparaître, et menaçant de se transformer en écoulement purulent chronique.

TRAITEMENT DU CORYZA DU NOUVEAU-NÉ. — On *préviendra* le coryza du nouveau-né en ne laissant pas sortir l'enfant trop tôt après la naissance. Si la mère est suspecte de blennorragie, il sera prudent d'instiller dans les narines de l'enfant quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100.

Quand le coryza est constitué, l'indication la plus urgente est de rétablir la perméabilité nasale. Pour cela le procédé le plus simple est la douche sèche donnée avec une poire de Politzer; l'air, en ressortant par l'autre côté, chasse devant lui les mucosités. On pourra compléter la désobstruction nasale par un lavage boriqué du nez fait à l'aide d'une poire à injections, plutôt qu'à l'aide du siphon de Weber qui doit être proscrit à cet âge. Après chaque lavage on

insufflera dans le nez un peu de poudre composée d'acide borique, de sucre de lait, de sous-nitrate de bismuth.

II. — Rhinite spasmodique.

(*Asthme des foins.*)

Affection survenant chaque année, à date à peu près fixe, de mai à juillet, caractérisée par du catarrhe oculo-nasal, auquel peut se joindre de la dyspnée asthmatique (1).

De toutes les dénominations qu'a reçues l'affection que nous étudions, celle qui est en tête de cet article nous paraît être la meilleure, car les autres définitions, ou bien tiennent compte d'un symptôme à l'exclusion des autres, ou bien font intervenir l'élément pathogénique, sur lequel la science, à l'heure actuelle, n'est pas encore complètement fixée.

La synonymie est multiple : *hay-fever*, *asthme de foin* (Gordon); *catarrhe d'été* (Bostock); *asthme d'été* (Parrot, Leflaive); *rhino-bronchite spasmodique* (Gueneau de Mussy); *rhinite hyperesthésique périodique* (Sajous); *rhinite prurigineuse* (Rumbold).

Symptomatologie. — Deux formes : la forme *oculo-nasale* ou *catarrhale*; la forme *dyspnéique* ou *asthmatique*.

Forme oculo-nasale ou catarrhale (Gueneau de Mussy). — Au moment des premières chaleurs, vers le 15 ou 20 mai, quand le temps est sec et beau, un individu est pris, sans cause bien évidente, de rougeur conjonctivale avec prurit, et de coryza. Il est nécessaire d'entrer dans quelques détails pour caractériser ces symptômes oculaires et nasaux, qui peuvent constituer à eux seuls toute l'affection.

SYMPTÔMES OCULAIRES. — Les yeux sont toujours atteints; parfois même ils semblent être la localisation principale de la maladie.

Le malade ressent, surtout au grand angle de l'œil, des *démangeaisons très vives*, qui l'incitent à se frotter les paupières. S'il obéit à cette tentation, les yeux deviennent plus douloureux encore, rouges et tuméfiés. Outre ce prurit, qui est la particularité dominante, il peut exister du *larmolement*, de l'*épiphora*, de la *photophobie*.

Tous ces symptômes oculaires présentent ce caractère spécial, c'est qu'ils s'apaisent durant la nuit, ainsi que les jours de pluie et si le malade séjourne à l'ombre; au contraire ils s'exaspèrent quand le malade est obligé de séjourner en plein soleil, à l'air libre.

(1) BLACKLEY, Hay-fever, etc. Experm. Researches. London, 1880. — W. HACK, Ueber die operative Radical Behandlung bestimmter Formen von Heufieber. Wiesbaden, 1884. — MORELL-MACKENZIE, Hay-fever. London, 2^e édit. 1885. — ZIEM, Le coryza des roses (*Monatschrift Ohren.*, 1885). — LEFLAIVE, Revue générale (*Gaz. des hôp.*, 1888). — BRIDE, De la fièvre des foins. Assoc. méd. britannique (*Brit. med. Journ.*, p. 1441). — RUAULT, Pathogénie et traitement de la fièvre des foins (*Arch. de laryng. et rhinologie*, février et avril 1889). — LERMOYEZ, Traité de thérapeutique de Alb. Robin. Paris, 1896.

SYMPTÔMES NASAUX. — Du côté du nez on note le même *prurit*, aussi désagréable pour le malade que le prurit oculaire, cessant comme lui pendant la nuit, pour s'exaspérer sous l'influence des rayons solaires. Ce prurit nasal peut s'accompagner de démangeaisons du côté de la voûte palatine et du voile.

D'autre part, il existe un *écoulement nasal séreux*, assez abondant pour nécessiter chaque jour l'emploi de plusieurs mouchoirs.

Ce prurit et cet écoulement nasal déterminent des *étternuements* qui présentent ce caractère singulier de survenir par crises, par séries, rappelant en quelque sorte les quintes de toux de la coqueluche.

Le malade a souvent coup sur coup dix, vingt, trente étternuements, qui produisent une fatigue extrême, et qui ne cessent que lorsque la sensibilité de la muqueuse nasale est en quelque sorte épuisée par leur répétition.

Si l'on examine au rhinoscope le nez du sujet, on constate simplement de la rougeur de la pituitaire, avec un léger degré de tuméfaction.

Au bout d'un certain temps, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration qui constituent de véritables intermittences, surviennent dans les symptômes des modifications qui accusent une guérison prochaine : le prurit nasal et oculaire diminue; les accès d'étternuement s'espacent; l'écoulement nasal devient épais, jaunâtre, en même temps que son abondance diminue; enfin tout rentre dans l'ordre, et le malade est guéri jusqu'à l'année suivante.

Forme oculo-naso-thoracique. — Dans cette forme s'ajoutent aux symptômes précédents, des troubles respiratoires, de telle sorte que c'est plutôt un degré plus accentué de la maladie, qu'une forme véritablement distincte.

Ce qui caractérise cette forme, ce sont des accès de *dyspnée asthmatique*, d'où le nom de forme asthmatique sous lequel elle est parfois décrite, d'où encore le nom d'asthme d'été donné à la rhino-bronchite annuelle.

Il est rare que l'accès d'asthme éclate brusquement sans signe précurseur. Le plus souvent les choses se passent ainsi : les symptômes oculaires et nasaux existent depuis une ou deux semaines quand un certain degré d'oppression, d'anxiété, de gêne respiratoire, annonce que la maladie va passer de la première à la seconde forme. Alors surviennent des accès d'asthme de plus en plus typiques, ne différant pas de ceux de l'asthme vulgaire, mais en présentant tous les caractères, c'est-à-dire inspiration courte et facile, expiration longue, pénible, produisant à elle seule la dyspnée par les efforts qu'elle nécessite. Le malade reste assis, et cherche avec ses bras un point d'appui pour favoriser l'action de ses muscles expirateurs. Le nombre des respirations n'est pas augmenté. Ces accès peuvent survenir aussi bien le jour que la nuit, quoiqu'on ait dit le contraire.

Ce qui contribue à augmenter la ressemblance avec l'asthme vulgaire, c'est que bientôt la poitrine se remplit de *râles sibilants*, avec *expectoration perlée*, et la toux, d'abord sèche et quinteuse, devient bientôt grasse et facile.

L'expectoration ne tarde pas à se modifier, pour devenir celle de la bronchite vulgaire. Les accès de dyspnée diminuent ; les symptômes oculaires et nasaux, rejetés au second plan pendant l'évolution des phénomènes thoraciques, persistent encore quelque temps ; puis tout rentre dans l'ordre, après une durée de trois, quatre, six semaines, jusqu'à l'année suivante.

Si nous n'avons pas parlé jusqu'ici des *phénomènes généraux*, c'est qu'ils sont peu intenses, pour ne pas dire nuls, et cela aussi bien dans la première que dans la seconde forme.

En effet la *fièvre*, que beaucoup d'auteurs ont admise *a priori* (ce qui a valu à la maladie le nom de *hay-fever*), n'a jamais été constatée par Leflaive dans les nombreux cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Ce même auteur a porté son attention sur l'état de la nutrition dans la rhino-bronchite annuelle, à cause des relations de cette affection avec l'arthritisme et la goutte. D'après les recherches qu'il a faites sur l'élimination urinaire, il existerait : 1° une diminution de la quantité des urines et de la quantité de l'urée ; 2° une augmentation de l'excrétion de l'acide urique ; 3° la présence dans l'urine en quantité notable de l'indican.

Relations des deux formes. — Évolution et complications.

— Dans la majorité des cas, la rhino-bronchite annuelle commence par la forme oculo-nasale. Tous les ans, à date à peu près fixe, le malade est pris des symptômes oculaires et nasaux que nous avons décrits, et qui durent quatre ou six semaines. Dans une même saison les rechutes sont possibles ; la maladie, qui semblait s'améliorer, peut subir des poussées nouvelles, tant que la période défavorable (20 mai au 15 juillet) n'est pas terminée. On peut même observer des rechutes en automne, moins fréquentes il est vrai dans nos pays qu'en Amérique.

Puis, au bout de quelques années, la seconde forme succède à la première, et la maladie reparaît chaque année, pendant dix, vingt, trente ans, et même davantage.

Dans des cas plus rares, la seconde forme s'associe à la première dès le début ; enfin, dans des cas exceptionnels, la seconde forme se montre seule d'emblée ; la maladie atteint la poitrine sans avoir atteint préalablement ni les yeux ni le nez.

Malgré sa répétition annuelle tenace, il est rare que l'asthme d'été donne lieu à des lésions pulmonaires et cardiaques persistantes. Jamais les auteurs, qui ont observé la rhino-bronchite annuelle, n'ont vu cette maladie conduire à l'asystolie ; seul G. Sée croit devoir faire quelques réserves au sujet de la possibilité de cette complication.

Étiologie et pathogénie. — Cette partie de l'histoire de la rhino-bronchite est encore fort obscure et fort discutée ; il y a presque autant d'opinions que d'auteurs qui ont écrit sur la matière. Une des dernières études d'ensemble parues est celle de Leflaive.

On peut distinguer les causes en prédisposantes et déterminantes ; sur les premières l'accord est fait ; sur les secondes seules portent les divergences d'opinion.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — **AGE.** — L'asthme d'été commence en général de quinze à vingt-cinq ans ; il persiste dans l'âge mûr, et jusque dans la vieillesse. Sous l'influence des années, les attaques perdent de leur acuité.

SEXE. — Les hommes sont plus souvent frappés que les femmes, dans la proportion de 3 à 1.

DIATHÈSE ARTHRITIQUE. — La rhino-bronchite atteint de préférence les gens qui appartiennent à une souche arthritique, qui ont eux-mêmes ou dont les parents ont eu des migraines, de la gravelle, de l'eczéma. C'est ainsi qu'il faut expliquer sa fréquence en Angleterre et en Amérique, car la race anglo-saxonne est sujette aux manifestations arthritiques. En France la maladie existe, mais est plus rare. C'est ainsi encore qu'il faut expliquer pourquoi la rhino-bronchite, tout comme la goutte, est très rare dans la classe ouvrière qui fréquente l'hôpital, et s'observe à peu près exclusivement dans la clientèle riche, chez les gens à profession sédentaire, à nutrition ralentie.

CAUSES DÉTERMINANTES. — 1° *Théorie pollinique.* — On peut l'exposer brièvement de la manière suivante : pendant les mois de mai, juin, juillet les graminées fleurissent, et leur pollen se répand dans l'atmosphère. Ce pollen pénètre dans les fosses nasales, et l'irritation de la pituitaire qui en résulte donne lieu aux différents symptômes de la rhino-bronchite.

On n'a pas manqué d'objecter à cette théorie que la maladie se rencontre fréquemment chez les habitants des grandes villes, à Paris par exemple lorsqu'on séjourne dans les grands magasins. Suivant Ruault, « chez beaucoup d'habitants de Paris, qui viennent à la ville pour leurs occupations une partie de la semaine, et séjournent à la campagne le reste du temps, l'accès débute, en chemin de fer, après le départ, au moment où le train vient de dépasser les faubourgs et traverse les premiers champs cultivés ».

D'ailleurs Blackley a démontré expérimentalement, par une série d'expériences rigoureuses et bien conduites, que les inhalations de pollen des diverses graminées produisent les symptômes caractéristiques de l'asthme des foins.

D'autre part, en Amérique, Wyman a fait pour le pollen de l'*absinthe romaine* la même démonstration que Blackley pour le pollen des graminées. Cette plante fleurit en août et septembre, ce qui explique