narines, d'où ils sont transportés dans les fosses nasales. Dans le Mohilew, Pokrasoff [1] signale aussi les larves du *Sarcophila Wohlfarti*, comme occasionnant des accidents fréquents chez les enfants qui dorment au dehors, couchés sur la terre.

Dans les pays intertropicaux, dans l'Inde, à Cayenne, au Pérou (Ornellas), les cas sont beaucoup plus nombreux et excessivement graves. Ce sont les larves de la *Lucilia hominivorax* (Coquerel), qui, déposées à l'orifice des narines, sont entraînées par les mouvements inspiratoires dans les fosses nasales; y trouvant un milieu chaud et humide elles s'y développent avec la plus grande rapidité. Cette mouche s'attaque de préférence aux individus peu soigneux de leur personne, ou ayant un écoulement nasal purulent ou fétide; quoi qu'elle puisse chercher, même pendant le jour, à s'insinuer dans les fosses nasales (Coquerel), c'est surtout la nuit, pendant le sommeil, que cette mouche dépose ses œufs. C'est, du reste, pendant les mois chauds, de juillet à septembre, c'est-à-dire au moment de la ponte, que l'on observe le plus grand nombre de cas.

Aucun âge et aucune race n'en sont indemnes; les nègres, qui ont des narines larges et relevées, y sont plus prédisposés.

Symptômes. — Les symptômes, qui ne débutent que lorsque les larves se sont développées, prennent alors une marche précipitée que l'on comprend facilement lorsqu'on connaît l'accroissement si rapide de ces larves, qui doublent de volume en vingt-quatre heures, et qui, en trois jours, pèsent 200 fois plus que le premier jour.

Au début, c'est un chatouillement continu que le malade éprouve dans les fosses nasales et qui est parfois si pénible, qu'il peut s'accompagner de crises hystéro-épileptiformes, comme Legrand du Saulle en rapporte un exemple chez une fille de neuf ans. Très rapidement succèdent à ce chatouillement des douleurs sourdes, profondes, gravatives, siégeant au niveau des sinus frontaux et devenant bientôt pongitives, térébrantes et très violentes; il se produit, en même temps, des épistaxis répétées et abondantes, et il s'établit par les narines un écoulement sanguinolent, sanieux et continu. Dès ce moment, on voit apparaître le plus souvent de l'œdème des paupières et de la partie supérieure de la face; la peau est tendue, lisse, luisante et chaude, comme au début d'un érysipèle. Pendant cette première période, la maladie est absolument apyrétique et l'état général reste bon. L'affection peut en rester là, si une intervention énergique détruit tous les parasites, ou s'il se produit une expulsion spontanée; dans le cas contraire, les accidents se précipitent et l'on voit apparaître rapidement des phénomènes très graves, qui entraînent le plus souvent la mort. Mais il faut répéter que ces accidents mortels ne s'observent guère que dans les pays chauds et que, chez nous, la *Callifora vomitoria* ne donne lieu qu'aux symptômes de la première période.

Une fièvre intense s'allume, accompagnée de symptômes cérébraux graves, ataxo-adynamiques, de délire violent. Les douleurs deviennent atroces et sont comparées par les malades à celles que produiraient des tarières, ou des coups de barre de fer.

La face présente l'aspect d'un phlegmon érysipélateux; le gonflement envahit

[1] Pokrasoff, *Histoire naturelle des mouches et larves qui causent des maladies chez l'homme et les animaux*. Portchinsky, 1875.

tout le front, les paupières énormes cachent les globes oculaires, les joues participent à cette tuméfaction, et toutes ces parties sont d'un rouge sombre.

Bientôt, à la racine du nez, apparaît une tumeur violacée, ou un point ecchymotique, qui ne tarde pas à s'ulcérer; par cette ulcération spontanée du frontal, des os nasaux et des parties molles, sort un pus sanieux et fétide qui contient de nombreuses larves; le front présente un aspect gangreneux avec des larves grouillantes, que l'on retrouve encore dans l'écoulement sanguinolent et continu qui s'effectue par les narines. Cette ulcération, une fois produite, s'étend excentriquement et avec une rapidité considérable, détruit le nez tout entier, les paupières, les yeux et gagne toute la face qui prend un aspect hideux et repoussant. L'ulcération s'étend non seulement en surface, mais encore en profondeur; les parasites perforent la base du crâne et une méningite emporte les malades.

Durée. — Terminaison. — L'évolution de cette triste affection est donc très rapide, et la mort survient en six, huit ou quinze jours. L'issue n'est cependant pas toujours fatale; lorsqu'on a pu intervenir assez tôt, l'affection peut s'arrêter en route; mais comme les accidents osseux précèdent les accidents cutanés et sont toujours plus avancés que ces derniers, lorsque l'on peut agir, les os sont déjà frappés de mort; la guérison ne s'obtient donc, le plus souvent, qu'incomplète, et, après l'élimination des séquestres, il persiste des difformités parfois considérables.

Un traitement énergique doit être institué le plus tôt possible; il consistera en injections de liquides chlorurés, aluminés ou mercuriaux, que l'on répète plusieurs fois dans la journée et qui ont pour but de détruire les parasites. A Cayenne, l'on emploie surtout une solution de 5 centigrammes de sublimé pour 30 grammes d'eau; dans les Indes, on recommande des injections de tabac ou de térébenthine; au Pérou, on fait priser de la poudre de *veratrum Sabadilla*; enfin, le chloroforme en inspiration a donné un succès. Si ces méthodes échouent, il faut pratiquer dans la fosse nasale une injection de chloroforme pur, mais sans l'anesthésie générale.

Mais le plus souvent ces injections sont insuffisantes, car elles ne pénètrent que très difficilement dans les sinus et elles ne peuvent entraîner que les larves contenues dans les méats. Il ne faut donc pas hésiter, si la maladie s'aggrave, à trépaner les sinus frontaux et maxillaires, ce qui permettra de faire de larges irrigations de toutes les cavités nasales. Cette intervention hâtive aura encore l'avantage de prévenir ou de limiter les destructions nécrosiques des os, et, par conséquent, d'empêcher ou de diminuer les difformités consécutives.

CHAPITRE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES FOSSES NASALES

Nous étudierons dans ce chapitre les *abcès de la cloison*, le *coryza aigu* et ses *variétés*, le *coryza chronique*, l'*ozène*, le *coryza caséeux*.

[GÉRARD-MARCHANT.]

I

ABCÈS DE LA CLOISON

Nous les diviserons en abcès aigus et abcès chroniques.

Les *abcès aigus* comprennent : *a*, les *abcès hématiques* qui succèdent à un traumatisme local, le plus souvent à une transformation purulente d'un hématome de la cloison, et *b*, les *abcès lymphangitiques* consécutifs à un furoncle des narines, à la présence d'un corps étranger dans les fosses nasales, à un coryza chronique.

Les *abcès chroniques* se subdivisent en : *a*, *abcès ossifluents*, symptomatiques d'une nécrose des os du nez, traumatique, syphilitique ou tuberculeuse, et en *b*, *abcès métastatiques ou infectieux*, qui surviennent dans le cours de la morve, et de toutes les grandes pyrexies (variole, rougeole, fièvre typhoïde).

A. — *ABCÈS AIGUS*

Les *abcès hématiques* sont les plus fréquents des abcès aigus ; lorsque l'hématome de la cloison doit aboutir à la suppuration, les malades accusent, après une période d'accalmie de quelques jours, une sensation de sécheresse dans les fosses nasales; ils éprouvent une douleur locale spontanée, que la moindre pression, l'acte de se moucher, exaspère ; il n'est pas rare d'observer de la fièvre.

Les symptômes objectifs nous sont déjà connus : on aperçoit au-dessus de l'orifice des narines une tumeur bilatérale, symétrique, placée de chaque côté de la cloison : cette tumeur est chaude, fluctuante et la communication entre les deux poches est rendue évidente par une exploration bidigitale : le pus reflue jusque sur le dos du nez.

On a beaucoup discuté sur la cause de la perforation de la cloison qui préside à ces symptômes, sur son siège près du vomer; pour nous il ne s'agit pas d'un travail ulcératif, mais d'une perforation primitive, contemporaine du traumatisme, et les variétés anatomiques qu'elle peut présenter sont en rapport avec la variation de siège, d'intensité du traumatisme.

Les symptômes fonctionnels sont ceux d'une obstruction nasale portée à son maximum.

Il serait intéressant de rechercher l'origine de la transformation purulente de l'hématome : est-elle possible sans solution de continuité de la muqueuse, mettant le foyer traumatique en communication avec l'air et surtout les sécrétions nasales? Nous l'ignorons encore; il est certain que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, l'hématome s'ouvre spontanément dans un point élevé des fosses nasales : l'orifice d'écoulement mal placé ne permet pas au sang de s'écouler, mais est la porte d'entrée d'une infection qui provoque la purulence de l'hématome.

Les abcès hématiques ne présentent pas de difficultés, au point de vue de leur diagnostic ; ils ont, il est vrai, les mêmes caractères que les hématomes, et il serait quelquefois malaisé de reconnaître la nature hématique ou purulente

de la collection fluctuante, si l'on ne tenait pas grand compte de l'époque d'apparition de la tumeur, par rapport au traumatisme qui lui a donné naissance. Tandis que les collections sanguines suivent de quelques heures la contusion du nez, les abcès surviennent plus tard, généralement au bout de deux ou trois semaines (S. Duplay).

Les *abcès lymphangitiques* développés autour d'un furoncle, d'un corps étranger, sont unilatéraux, et ils empruntent à leur étiologie tous leurs caractères symptomatiques.

B. — *ABCÈS CHRONIQUES*

Ces abcès s'accusent par la gêne *progressive* qu'ils apportent à la respiration; et lorsque le chirurgien examine la région nasale, il est surpris de rencontrer une tuméfaction fluctuante, unilatérale ou bilatérale, sans réaction inflammatoire : la muqueuse ne présente aucune altération visible : elle est normale, c'est-à-dire rosée, semi-transparente, parfois sillonnée par des capillaires variqueux.

Le diagnostic de ces abcès froids peut donner lieu à des erreurs. Cloquet a parlé de la confusion possible avec des *polypes* : la fluctuation, la forme arrondie, l'absence de pédicule, sont des caractères qui, joints au siège (il n'y a pas d'exemple de polype inséré sur la cloison), permettent de reconnaître l'existence d'un abcès.

Le diagnostic avec un *cancer de la cloison nasale* est plus difficile. Dans un cas communiqué à Duplay par H. Rendu, une tumeur existait des deux côtés de la cloison du nez : elle était molle, rénitente, d'une couleur blanc rosé. La pression donnait au doigt, dans la narine opposée, une sensation de fluctuation manifeste; cependant l'incision ne fit sortir aucun liquide : il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde, qui, en peu de temps, envahit la totalité des fosses nasales et emporta le malade (Duplay).

Puisque ces suppurations chroniques sont le plus souvent symptomatiques, il est indispensable de rechercher le point de départ de la nécrose, jusque dans les sinus [1] (examen rhinoscopique, exploration avec le stylet), et de déterminer leur cause tuberculeuse ou syphilitique.

Pronostic. — Si les abcès hématiques ou lymphangitiques n'ont aucune gravité, il n'en est pas de même des abcès chroniques liés à la tuberculose ou à la syphilis.

Traitement. — Il faut ouvrir les abcès aigus et les traiter antiseptiquement par l'ouverture, le lavage, le curettage s'il existe des fongosités, et un pansement compressif. Contre les abcès chroniques, l'incision ne suffit plus ; il faut rechercher le point de départ de l'abcès, suivre les trajets fistuleux avec un stylet, et, le foyer découvert, le traiter par un raclage, le drainage, l'extraction des esquilles, etc.

Il faudra parfois redresser la cloison (Mounier) au crin de Florence (Herck).

[1] Dans une observation de Maisonneuve (*Gazette des hôpitaux*, 1841, p. 40), l'origine du mal était dans le sinus frontal. Chez une malade de Quénu (Société de chir., oct. 1890) le trajet fistuleux allait du sinus sphénoïdal jusque sur le dos du nez, en suivant la cloison des fosses nasales.

II

CORYZA AIGU

Nous décrirons sous ce nom l'inflammation aiguë de la muqueuse pituitaire.

Historique. — C'est une des affections le plus anciennement connues, puisqu'il en est fait mention jusque dans les livres hippocratiques. Pendant fort longtemps on a cru que le liquide qui s'écoulait par les narines provenait des ventricules du cerveau. Schneider le premier a montré l'indépendance de la muqueuse à laquelle il a donné son nom; en même temps, il faisait voir que le *rhume de cerveau* intéressait seulement les fosses nasales. Depuis cette époque, le coryza a été l'objet d'études fort nombreuses parmi lesquelles nous citerons celles de Rayer[1] et de Billard, sur le coryza des nouveau-nés et des jeunes enfants. Plus récemment enfin, on a cherché à élucider la pathogénie du coryza, et surtout à établir les relations qui l'unissent à de nombreuses névroses, dont la plus intéressante, à coup sûr, est l'*asthme d'été* ou *hay-fever*.

Desnos, art. Coryza du *Dictionn. de Jaccoud*. — Brochin, art. Coryza du *Dictionn. encyclop.* — Morel-Mackenzie, Maladies du pharynx et du nez. Trad. franç., 1885. — Moldenhauer, Maladies des fosses nasales. Traduit de l'allemand par Potiquet. Paris, 1888. — Eichhorst, Pach. Jut. Trad. franç., 1890. — L. Lichtwitz, Névroses d'origine nasale et pharyngée. *Ann. des mal. de l'oreille et du nez*, 1889. — Leflaive, De la rhino-bronchite annuelle. Thèse de Paris, 1887. — Nattier, Nature et traitement de l'asthme des foins. Thèse de Paris, 1888.

Étiologie. — Les *causes occasionnelles* du coryza aigu sont nombreuses. En première ligne, il faut citer le froid dont l'influence est manifeste : l'exposition prolongée à une basse température, le froid humide, le refroidissement d'une partie du corps, des pieds surtout, peuvent provoquer l'apparition d'un coryza : c'est ce qui le rend plus fréquent aux changements de saison et de préférence à l'automne. Par contre, il peut aussi être déterminé par l'action des rayons solaires, soit que ceux-ci agissent sur la muqueuse pituitaire, soit qu'ils irritent primitivement la rétine qui devient le point de départ du réflexe.

D'autres fois, la membrane de Schneider est influencée directement par des gaz irritants, par des vapeurs, telles que celles du brome, de l'iode, par des poussières soit animales, soit végétales, le pollen, et surtout l'odeur de certaines fleurs : mais, dans ces derniers cas, il faut tenir grand compte des idiosyncrasies particulières. De même, les corps étrangers des fosses nasales, les tumeurs, surtout les polypes muqueux, les ulcérations traumatiques ou autres, l'eczéma localisé, sont susceptibles de provoquer une rhinite plus ou moins violente. Cette rhinite est quelquefois encore due à la propagation d'une inflammation de voisinage : périostite suppurée d'une des incisives, furoncle de la lèvre supérieure, catarrhe lacrymal s'étendant aux fosses nasales. Enfin le coryza peut encore se montrer au début ou dans le cours des maladies générales; en première ligne, il faut placer la rougeole, dont la période d'invasion est marquée par l'apparition d'un catarrhe oculo-nasal; citons encore la coqueluche, la scarlatine, l'érysipèle, surtout la grippe, la syphilis, la diphtérie et la morve dont

[1] Rayer, *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*. Paris, 1820.

les localisations dans les fosses nasales sont si fréquentes. Le coryza peut encore se montrer dans le cours de l'asthme, ou coïncider avec lui. Trousseau a le premier fait voir la parenté de ces deux affections en montrant comment elles pouvaient ou coexister ou se remplacer l'une l'autre.

Des causes prédisposantes il y a peu de chose à dire; le coryza s'observe à toutes les époques de la vie, mais il affecte de préférence les enfants et parmi ceux-ci les jeunes sujets à tempérament scrofuleux; plus tard, dans quelques-unes de ses formes, surtout dans ses formes larvées, il sera l'apanage des individus nerveux ou de souche arthritique.

Description. — Les symptômes du coryza aigu diffèrent sensiblement suivant la cause qui l'a produit et suivant les variétés; comme type nous devons décrire le coryza *a frigore*, que l'on peut appeler *catarrhe nasal aigu*.

Son début est presque toujours assez brusque; il est marqué le plus souvent par un mouvement fébrile peu accentué, quelques petits frissons, un malaise général, un peu de courbature; plus rarement les signes généraux font tout à fait défaut, et ce sont les signes locaux qui signalent l'*invasion* du rhume de cerveau. Il s'annonce par une sensation de plénitude et de tension dans le nez, une chaleur gravative au-devant du front, et presque en même temps de la sécheresse dans les fosses nasales, accompagnée de picotements et de chatouillement, qui provoquent bientôt le besoin d'éternuer. Ces éternuements, d'abord secs, plus tard humides, ont une fréquence très variable; quelquefois ils sont insupportables par leur répétition, constituant presque, à eux seuls, tout le coryza. C'est ainsi que Bobone[1] a signalé une observation de catarrhe aigu des fosses nasales, avec spasmes sternutatoires si violents, qu'il mit en danger les jours de la malade. Ces éternuements, que la cause la plus légère suffit à provoquer, deviennent un peu moins fréquents quand la sécheresse des fosses nasales disparaît, pour faire place à l'écoulement du liquide par les narines. Tout d'abord ce liquide est ténu, aqueux, tout à fait transparent, d'une âcreté telle que le pourtour des narines et la lèvre supérieure, constamment irrités par cet écoulement de sérosité quelquefois presque continu, rougissent et s'ulcèrent superficiellement. Plus tard, au bout de seize à quarante-huit heures, ces caractères se modifient, et en même temps les douleurs du malade diminuent; il commence à se moucher et ses efforts, au début assez pénibles, amènent l'expulsion de mucosités d'abord filantes, puis plus épaisses, verdâtres, quelquefois tout à fait purulentes et striées de sang. Le rhume a atteint alors sa période de maturité ou *de coction*.

Il est rare que les choses en arrivent là, sans que l'inflammation de la pituitaire ne soit plus ou moins propagée aux régions voisines. De tous ces modes de propagation le plus fréquent est celui qui se produit du côté des voies lacrymales; les yeux, au bout de quelques heures, sont rouges, injectés; la conjonctive a une sensibilité extrême, quelquefois il y a de la photophobie. Ce qui frappe surtout, c'est un larmoiement continuel : les larmes sécrétées en abondance, s'écoulent le long des joues qu'elles irritent ou, s'engageant dans le canal lacrymal, vont encore augmenter le flux nasal, parfois si abondant au début. Il peut arriver que ces symptômes du côté des voies lacrymales aient tant d'importance qu'ils masquent l'évolution du coryza, simulant une conjonctivite simple.

[1] Bobone, *Un cas de spasme sternutatoire. Bulletin des mal. de l'oreille*, anno IV, n° 4, p. 76.

Quand le coryza se propage vers le sinus frontal ou maxillaire, on observe surtout des signes de compression. Vers le sinus frontal, l'inflammation se traduit par une céphalagie souvent très vive, au niveau du front, de la lourdeur de la tête, et de l'inaptitude au travail. Elle tient à ce que la muqueuse gonflée, obstruant les orifices d'écoulement du sinus, les produits de sécrétion s'y accumulent et compriment les nerfs sensitifs situés à ce niveau. C'est par compression douloureuse des nerfs superficiels, qu'il faut expliquer les névralgies à distance, signalées dans le territoire du maxillaire supérieur et de la branche ophtalmique.

Du pharynx nasal qui est toujours envahi, l'inflammation gagne le pharynx buccal ; la pharyngite, qui succède au coryza aigu, n'a pas de caractères bien tranchés ; on trouve à la gorge une rougeur diffuse ; il y a peu de gonflement, mais une douleur assez vive à la déglutition ; cette angine est le plus souvent bilatérale.

Quelquefois la trompe d'Eustache est obstruée, soit d'un côté, soit des deux à la fois ; il y a peu de surdité, de la douleur de l'oreille, des bourdonnements ; il est tout à fait exceptionnel de rencontrer du côté de l'oreille moyenne une inflammation purulente. Une fois on a signalé un abcès des cellules mastoïdiennes. Dans les formes les plus intenses, l'inflammation catarrhale s'étend des fosses nasales au larynx et à la trachée, le *rhume de cerveau* devient *rhume de poitrine*. Nous retrouverons dans cette rhino-laryngo-trachéite un complexus symptomatique habituel de la grippe.

La durée du coryza aigu est variable ; d'ordinaire il évolue en six ou huit jours, rarement plus ; quelquefois, longtemps après que l'inflammation aiguë a disparu, on voit persister un certain degré d'enchifrènement avec obstruction partielle des fosses nasales ; l'odorat reste aboli ou diminué. Quand le coryza se termine brusquement, sa disparition peut être marquée par une poussée d'herpès labial. Chez les sujets prédisposés, il se répète avec une fréquence extrême ; il est rare, dans ce cas, que les signes aient tous l'importance que nous venons de signaler.

Variétés. — Le coryza aigu présente de nombreuses variétés, suivant l'âge des sujets qu'il frappe, suivant aussi les causes qui provoquent son apparition.

Chez les *nouveau-nés*, il y a une symptomatologie un peu spéciale, bien signalée par Billard et Rayer ; elle tient à l'étroitesse [1] particulière des méats pendant les premières années de la vie. Dans ces conditions, il suffit d'une fluxion très légère de la muqueuse pour rendre très difficile, quelquefois même impossible, la respiration par le nez. D'abord l'enfant fait entendre un ronflement inspiratoire caractéristique, pendant le sommeil surtout, puis il ne respire plus que par la bouche. Alors il peut arriver que son sommeil soit brusquement interrompu par un accès de suffocation simulant tantôt un spasme de la glotte, tantôt une attaque de laryngite striduleuse. Mais ce qui est plus dangereux encore, c'est la gêne apportée à la succion ; l'enfant ne respirant plus par le nez, suffoque dès qu'il prend le sein ; bientôt il s'y refuse : l'allaitement devient impossible, et si les phénomènes ne s'amendent pas, si l'on ne soupçonne pas sa nature pour y porter remède, un coryza aigu peut devenir dans certains cas une cause prochaine d'inanition. Chez le nouveau-né, il faut encore signaler, mais

[1] Kohtr et Lorentz, *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1878.

pour mémoire seulement, le coryza dû à la localisation sur les fosses nasales des accidents de syphilis héréditaire : c'est d'abord un peu d'enchifrènement et on assiste bientôt à l'écoulement d'un liquide clair au début, ensuite séro-purulent, par ulcération des os et des cartilages. Les deux narines sont presque toujours intéressées (voy. *Syphilis héréditaire*, p. 855).

A un âge plus avancé, le coryza peut prendre des caractères un peu particuliers. Il s'agit alors d'enfants strumeux, à amygdales très grosses, remarquables, au point de vue anatomique, par un développement excessif du tissu adénoïde du pharynx et qui font des coryzas subaigus à répétition, caractérisés par le peu de réaction générale, et quelquefois la bénignité des symptômes. Dans la rougeole, le début de cette fièvre éruptive est marqué dans l'immense majorité des cas par l'éclosion du coryza aigu, à forme de catarrhe oculo-nasal absolument banal. C'est seulement par la coexistence de la fièvre, le milieu épidémique, le développement rapide de la laryngite qu'il sera possible de prévoir l'invasion de la rougeole ; l'éruption se montre sur le voile du palais sous forme d'un pointillé caractéristique avant de se montrer sur le reste du corps.

Chez l'adulte, à côté du catarrhe nasal *a frigore* que nous avons décrit, viennent prendre place des formes nombreuses de coryza, depuis les crises à éternuement plus ou moins fréquentes jusqu'au catarrhe intense ; ces formes, si différentes au premier abord, ont pour caractères communs d'être provoquées par une irritation quelquefois très légère de la muqueuse nasale ; c'est ainsi que certaines odeurs peuvent déterminer l'apparition d'un coryza (*rose-cold* des auteurs anglais). Ce *coryza des roses* peut même survenir à la vue d'une rose artificielle [1]. Mais quelquefois le retour de ces variétés de coryza est périodique ; il revient au printemps, au mois de mai surtout, c'est le *hay fever* ou *asthme des foins*.

Cette affection, signalée par G. de Mussy [2], est fréquente surtout en Angleterre et en Amérique ; elle a été bien étudiée en France par Leflaive et par Hallier. Le plus souvent elle débute par un catarrhe oculo-nasal très tenace, remarquable surtout par la grande fréquence des éternuements ; au bout de quelques jours, de deux ou trois semaines parfois, les phénomènes de bronchite s'établissent : d'où le nom donné à cette maladie de *rhino-bronchite annuelle*.

La bronchite a pour caractères d'être accompagnée de dyspnée, à type asthmatique, parfois très net ; les accès d'oppression surviennent de préférence dans la soirée, à l'inverse du catarrhe nasal et des crises d'éternuement qui se produisent surtout à l'occasion de marche au soleil ou au grand air ; ils sont souvent très pénibles, mais ne mettent jamais en danger la vie du malade, et n'ont aucun retentissement sur le cœur droit.

La durée de la maladie est variable, cinq à six semaines environ ; elle cesse complètement pour reparaître l'année suivante à la même date.

Ce retour périodique, à l'époque de la floraison, fait comprendre comment certains auteurs (Saller Blackley) [3] expliquent la maladie par l'irritation de la muqueuse nasale, due au pollen des fleurs ; et comme la floraison des graminées incriminées n'a lieu, en Europe, que du milieu de mai à la fin de juillet, on comprend que le rhume des foins (ou *asthme d'été*), qui résulte du contact de leur pollen avec la pituitaire, ne se montre périodiquement qu'à cette époque.

[1] Mackenzie (J.-N.), *Rose-cold. Amer. Journal of med. sc.*, 1886.
[2] Guéneau de Mussy, *Asthme des foins. Gazette hebdom.*, 1872, et *Gazette des hôpit.*, 1868.
[3] Blackley, *Exp. rech. The Lancet*, 1881, p. 371.