

IV

ÉPISTAXIS

PAR LE D^r MAURICE BOULAY

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

On désigne sous ce nom l'écoulement de sang qui se fait à la surface de la muqueuse nasale. C'est une hémorragie des plus communes et des plus banales. Sa fréquence s'explique par la richesse vasculaire de la pituitaire dont les vaisseaux, superficiellement placés pour la plupart, sont mal protégés par un épithélium mince et fragile.

Symptomatologie. — Les symptômes par lesquels se traduit l'épistaxis varient suivant l'abondance de l'écoulement sanguin. L'hémorragie peut être assez minime pour se caractériser uniquement par la présence de stries rouges dans les mucosités nasales : c'est ce qui arrive dans les inflammations un peu intenses de la pituitaire; cette légère extravasation sanguine mérite à peine le nom d'épistaxis. Il faut réserver cette dénomination aux cas où le sang s'écoule en nature hors du nez, à la suite de la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux. L'hémorragie peut se faire si soudainement, d'une façon si imprévue, que l'enfant s'en aperçoit seulement quand les premières gouttes de sang ont déjà souillé son mouchoir ou ses vêtements. D'autres fois, elle est annoncée par des phénomènes précurseurs (molimen hemorrhagicum) qui consistent en pesanteur de tête, céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, rougeur du visage, etc. Le sang s'écoule habituellement par une seule narine à la fois, tantôt goutte à goutte, tantôt en un jet continu; lorsqu'il est abondant, il reflue, au moins partiellement, en arrière, vers l'orifice postérieur de la fosse nasale; arrivé en ce point, il peut contourner le bord postérieur de la cloison, pénétrer dans l'autre fosse nasale et s'échapper par la narine du côté opposé, ou bien il tombe dans le pharynx nasal qu'il ne fait que traverser pour pénétrer, tantôt et le plus souvent, dans la bouche, d'où il est expulsé sous forme de crachats; tantôt dans l'œsophage et l'estomac d'où il est rejeté par vomissement ou sous forme de melæna; tantôt dans les voies aériennes où il provoque des accès de toux. Le sang rendu par les narines est liquide, rutilant, non spumeux; toutefois, il en reste toujours dans les fosses nasales une certaine quantité qui s'y coagule et est rendue ultérieurement sous forme de caillots noirâtres.

Dès que la pression sanguine s'abaisse ou dès qu'il s'est formé des caillots obturateurs, c'est-à-dire au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à un quart d'heure, l'hémorragie s'arrête d'elle-même : c'est le cas habituel. Mais cette guérison est souvent fragile : si l'enfant détache les caillots avec son doigt, si ceux-ci tombent en même temps que la pression vasculaire se relève sous l'effet d'un éternuement, d'un effort pour se moucher,

l'hémorragie se reproduit : c'est ainsi que l'épistaxis peut se répéter par la même narine plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et parfois à de courts intervalles. La quantité de sang perdue, généralement inférieure à l'estimation de l'enfant ou des parents, varie de quelques gouttes à un demi-litre : en général elle ne dépasse pas les chiffres de 10 à 60 grammes.

L'épistaxis est le plus souvent un accident sans gravité qui ne retentit aucunement sur l'état général; elle peut même constituer pour l'enfant un véritable soulagement, lorsqu'elle est suivie de la disparition des phénomènes de congestion céphalique que nous avons signalés précédemment. Parfois cependant, chez les enfants impressionnables, l'émotion causée par la vue du sang peut provoquer des phénomènes lipothymiques, de la petitesse du pouls, des sueurs froides, des bourdonnements d'oreille, des nausées, une sensation de défaillance, voire une syncope. Ce dernier accident est parfois imputable, mais à titre tout à fait exceptionnel, à l'abondance de l'hémorragie; ce n'est guère que chez des hémophiles ou des enfants préalablement anémiés par une maladie grave, qu'on observe ces phénomènes d'*anémie aiguë*; la syncope exerce alors une influence salutaire, car elle favorise l'hémostase; toutefois cette dernière peut n'être que provisoire et l'hémorragie se reproduire à brève échéance : dans ces conditions la mort peut être la conséquence de la perte de sang comme dans toute hémorragie profuse.

Sans être très abondantes, les épistaxis peuvent, par leur répétition fréquente, devenir la cause d'une anémie chronique et progressive que traduisent la pâleur des téguments, la décoloration des muqueuses, des palpitations, des défaillances, une céphalalgie pénible, un affaiblissement général.

Diagnostic. — Il comporte la solution de plusieurs questions : le sang provient-il du nez ou d'un organe voisin? S'il provient du nez, quel est le siège exact de la rupture vasculaire? Enfin quelle cause a provoqué cette rupture?

1° Diagnostic différentiel. — Il ne donne lieu d'ordinaire à aucune difficulté. On peut toutefois confondre l'épistaxis avec une hémorragie qui a pris naissance hors du nez, ou inversement prendre une hémorragie d'origine extra-nasale pour une épistaxis. — a). Lorsqu'on assiste au saignement de nez ou lorsqu'on apprend que l'écoulement du sang s'est fait par les narines, il n'y a guère de doute à avoir sur l'origine nasale de l'hémorragie. Toutefois il peut arriver que du sang provenant du cavum pénètre dans les fosses nasales et s'écoule au dehors par les narines; mais les hémorragies spontanées de cette région sont exceptionnelles; elles ne surviennent guère chez l'enfant que dans deux conditions : en cas de polype fibreux naso-pharyngien ou bien à la suite d'un traumatisme chirurgical (exploration digitale, curetage du cavum). — b). Lorsque l'hémorragie s'est faite pendant le sommeil de l'enfant, il n'est pas exceptionnel que, au lieu de s'écouler par les narines, le sang s'accumule dans le pharynx ou passe dans l'œsophage et l'estomac; son expulsion au réveil sous forme de crachats ou par vomissement peut faire croire à une hémoptysie ou à une hématomèse par lésion gastrique. L'examen des fosses nasales où l'on trouvera d'ordinaire un ou plusieurs caillots révélateurs, celui de la gorge où l'on distinguera derrière le voile un

crachat sanguinolent descendant du pharynx nasal, indiqueront l'origine réelle de l'hémorragie.

2° **Diagnostic du siège de la lésion.** — Il ne suffit pas de savoir que le sang vient du nez ; on peut et l'on doit préciser le siège de la rupture vasculaire. A vrai dire, cette détermination est d'un intérêt médiocre dans les cas où l'hémostase se fait d'elle-même ; elle présente au contraire un intérêt capital lorsque l'on doit intervenir pour arrêter l'hémorragie ou en prévenir le retour. Pour découvrir ce siège, un examen méthodique des diverses parois des fosses nasales est indispensable. L'attention doit se porter tout d'abord sur la cloison, ensuite sur le plancher, puis sur les parois latérales.

a. — *Cloison.* — Dans l'immense majorité des cas, les épistaxis dites spontanées, non chirurgicales, reconnaissent pour cause la rupture de l'un des vaisseaux de la muqueuse qui revêt la *portion cartilagineuse* de la cloison, c'est-à-dire sa région antéro-inférieure, un peu au-dessus et en arrière de l'épine nasale antérieure dans le point où les terminaisons de la palatine ascendante s'anastomosent avec celle de l'artère sphéno-palatine. C'est là le lieu d'élection de la rupture vasculaire ; c'est là, à proprement parler, le territoire de l'épistaxis. Cette localisation paraît devoir être attribuée d'une part à la minceur de la muqueuse en ce point, ainsi qu'à son adhérence intime au cartilage sous-jacent, conditions qui enlèvent au réseau vasculaire toute force de résistance aux augmentations de pression sanguine, d'autre part à la vulnérabilité de cette région éminemment accessible au doigt du malade. Pour faciliter la découverte du point lésé, on commencera par faire moucher l'enfant, afin de débarrasser la fosse nasale des caillots qui l'encombrent ; puis, le spéculum nasi étant introduit dans la narine sans être enfoncé jusque dans la fosse nasale de façon que sa valve interne ne masque pas la portion cartilagineuse du septum, on éponge avec un tampon de coton hydrophile le sang qui recouvre les parois de la fosse nasale ; on exerce au besoin avec ce tampon une compression de quelques instants sur la cloison. On voit alors sourdre du lieu d'élection déjà indiqué un petit jet de sang continu ou pulsatile. Lorsque l'hémostase s'est déjà faite spontanément au moment de l'examen, on reconnaît que la cloison a été l'origine de l'épistaxis tantôt à la présence d'un petit caillot adhérent dont la chute, provoquée par un attouchement au stylet, est suivie du retour de l'hémorragie, tantôt à l'existence d'une érosion ou de petites saillies d'un gris bleuâtre qui ne sont autres que des thrombus hématiques.

b. — *Autres parois.* — Lorsque, par exception, les recherches sur le septum sont stériles, l'attention doit se porter sur le plancher, en particulier sur sa portion antérieure, puis sur la paroi externe (bord antérieur du cornet moyen, tête du cornet inférieur) qu'on examinera méthodiquement de haut en bas. Le point qui saigne est parfois fort difficile à découvrir, lorsqu'il siège dans les parties les plus reculées de la fosse nasale. Si l'on n'arrive pas à le trouver, il faut se contenter de reconnaître que l'hémorragie provient de la partie antérieure ou de la partie postérieure du nez, de telle narine et non de l'autre par laquelle le sang ne fait que refluer. Il peut arriver que le sang provienne de plusieurs points à la fois, en général voisins

les uns des autres, mais il est rare que l'épistaxis se fasse sur une large surface sous forme d'hémorragie diffuse, d'hémorragie en nappe.

5° **Diagnostic de la cause.** — La rupture vasculaire reconnaît pour cause tantôt une lésion intra-nasale, tantôt une affection d'un organe éloigné ou une modification de l'état général.

a. — *Causes locales.* — Les lésions que l'on constate dans la fosse nasale au moment où l'on va à la découverte de la rupture vasculaire peuvent suffire à expliquer celle-ci. L'épistaxis est alors de cause purement locale. Les *traumatismes* du nez sont une cause fréquente d'hémorragie chez les enfants. Ils résultent soit d'une chute sur la face, soit d'un coup porté par un camarade de jeu ou reçu dans une dispute. L'écoulement de sang succède immédiatement au traumatisme ; il peut être très abondant. La déchirure de la muqueuse se produit le plus souvent au niveau de la cloison qui est particulièrement exposée à subir le contre-coup de la variété de traumatismes dont nous parlons ; en même temps qu'il se fait une épistaxis, le sang s'accumule parfois entre la muqueuse décollée et le septum : il se forme un hématome qui obstrue le nez et gêne la respiration nasale. Une autre variété de traumatisme auquel est fréquemment exposée la cloison chez l'enfant est celui qui résulte du contact répété de l'index : c'est là une cause fréquente d'épistaxis récidivante. Tantôt l'enfant introduit machinalement les doigts dans le nez sans en avoir conscience et par suite d'une habitude vicieuse ; tantôt c'est une démangeaison, la présence d'une mucosité concrétée, d'une croûte sanguine qui l'incitent à se gratter avec l'ongle. Or, tandis que la paroi externe de la narine, mobile et dilatable, cède sous le doigt, sa paroi interne constituée par la partie inférieure de la cloison résiste et devient, sous l'influence de ces irritations répétées, le siège d'une érosion hémorragipare ; celle-ci se recouvre de croûtes sanguines qui ne peuvent tomber spontanément ou être détachées par l'enfant sans qu'il se produise une épistaxis. Nous ne faisons que signaler les épistaxis symptomatiques d'une fracture de la base du crâne, en particulier de la lame criblée de l'éthmoïde. Les *corps étrangers* introduits par les enfants dans l'une ou l'autre narine provoquent parfois un suintement sanguin ou l'expulsion de mucosités sanguinolentes, mais rarement de véritables épistaxis. L'hémorragie n'est pas un symptôme commun des *rhinites aiguës* ; on peut cependant l'y observer, lorsque les phénomènes congestifs sont intenses. La *rhinite diphtérique* s'accompagne assez souvent de petites épistaxis répétées, caractérisées par l'écoulement de quelques gouttes de sang qui se renouvelle à chaque expulsion de fausse membrane.

Les épistaxis qu'on observe chez les adénoïdiens, chez les enfants adonnés à l'onanisme ou bien encore à la suite d'une insolation, doivent être imputées à une *congestion* plus ou moins intense de la pituitaire. Cette congestion est particulièrement fréquente chez les adénoïdiens ; c'est une hyperémie passive résultant de la gêne de la circulation en retour causée par la présence des végétations. Chez quelques malades, les hémorragies nasales récidivantes trouvent leur explication dans l'état anatomique présenté par la muqueuse de la cloison cartilagineuse ; cette muqueuse, amincie, atro-

phiée, est parcourue par des vaisseaux dilatés, saillants, formant relief à la surface de la pituitaire, prêts à se rompre au moindre effort : cet état *variableux* peut s'observer indépendamment de toute autre lésion nasale ou bien coïncider avec les altérations anatomiques propres à l'ozène. C'est encore dans la région cartilagineuse de la cloison que siège l'*ulcère perforant* décrit par Hajek : bien qu'il s'observe à tout âge, il est cependant rare avant l'adolescence. Cette perforation, longtemps considérée comme syphilitique, constitue en réalité une entité morbide, peut-être d'origine trophonévrotique, présentant trois phases dans son évolution : phases d'ulcération, de perforation et de cicatrisation. C'est à la première de ces périodes que les épistaxis sont fréquentes : elles peuvent se répéter pendant plusieurs années, pendant que l'ulcération creuse peu à peu. Les épistaxis ne sont qu'un symptôme accessoire des diverses autres ulcérations des fosses nasales (syphilis, lupus, tuberculose, etc.) : elles ne sont notables que dans les cas où les ulcérations se recouvrent de bourgeons ou de végétations qui saignent au moindre contact et au moindre effort. Elles acquièrent au contraire une grande valeur séméiologique et pronostique lorsqu'elles révèlent l'existence de certaines *tumeurs* de la cloison (polypes hémorragiques, angiomes) : elles sont alors profuses et répétées, et peuvent mettre en danger la vie de l'enfant ; elles se font toujours par la même narine. Il en est de même des sarcomes embryonnaires des fosses nasales et des fibromes vasculaires à insertion nasale.

b. — *Causes éloignées.* — Elles sont représentées par des lésions organiques déterminées ou par des modifications de l'état général. Les *maladies du cœur* favorisent les saignements du nez soit par l'hypertension artérielle due à une hypertrophie du muscle cardiaque (insuffisance aortique, hypertrophie de croissance), soit par l'hypertension veineuse dont elles s'accompagnent à la période d'asystolie. Les épistaxis ne sont pas très rares dans la cyanose, où elles coïncident parfois avec des hémoptysies et des hémorragies gingivales. Les hémorragies nasales peuvent être l'indice d'une *lésion hépatique* : elles se produisent alors de préférence par la narine droite. Dans les *affections rénales*, elles sont parfois abondantes et répétées ; elles peuvent être précoces ou ne survenir qu'à une époque avancée, comme symptôme de la cachexie rénale. Certains *tuberculeux* sont sujets à des épistaxis, d'ailleurs peu abondantes, alternant ou non avec des hémoptysies : elles précèdent quelquefois une poussée subaiguë dont elles semblent être le signe avant-coureur. En raison de la stase qu'elles déterminent dans les veines de l'extrémité céphalique, les quintes de *coqueluche* sont, chez certains enfants, accompagnées ou suivies de saignements de nez ; d'ordinaire insignifiants, ceux-ci peuvent cependant devenir inquiétants par leur abondance et leur répétition. Le début de la *rougeole* est parfois signalé par des épistaxis dues, comme le catarrhe oculo-nasal concomitant, au développement de l'énanthème sur les voies respiratoires supérieures : c'est un accident sans gravité. Par contre, les épistaxis qui surviennent à une époque plus tardive des *fièvres éruptives*, en particulier de la scarlatine et de la variole, et qui s'accompagnent d'hémorragies multiples, cutanées, rénales, intestinales, etc.,

ainsi que de phénomènes adynamiques, acquièrent un pronostic particulièrement grave ; elles complètent le tableau des formes hémorragiques de ces maladies. Dans la *diphthérie*, les épistaxis peuvent être l'indice non seulement de l'envahissement des fosses nasales, mais aussi d'une infection générale profonde, d'une diphthérie toxique : elles se produisent surtout dans la première semaine de l'infection. Les saignements de nez marquent très fréquemment le début de la *fièvre typhoïde* chez l'adolescent ; à cet âge on les observe dans la moitié des cas ; ils sont un peu moins communs au-dessous de cet âge ; ils sont rares avant 5 ou 6 ans. Lorsqu'ils surviennent à une époque plus avancée de la maladie, ils peuvent constituer un phénomène critique et être suivis d'une défervescence rapide ; il est exceptionnel chez l'enfant qu'ils coïncident avec des hémorragies intestinales ou sous-cutanées et avec un état adynamique grave. Dans l'*érysipèle de la face*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *pneumonie*, l'épistaxis peut constituer un phénomène de bon augure : elle annonce ou accompagne la crise. L'hémorragie de la pituitaire peut être une manifestation isolée de la *malaria* : elle revient alors à intervalles réguliers sous forme d'épistaxis périodiques ; ou bien elle coïncide avec les accès fébriles qu'elle accompagne ou qu'elle suit. La cachexie palustre en favorise également la production. Nous nous contenterons de signaler parmi les maladies hémorragipares, la *leucocytémie*, le *purpura*, le *scorbut*, les *septicémies*, les *infections graves*.

On ne trouve pas toujours dans une cause pathologique l'explication de l'épistaxis. Celle-ci relève alors d'une cause plus obscure, telle que l'*hérédité*, l'*hémophilie*, une *croissance* rapide, exagérée, etc. Les épistaxis juvéniles, qu'on observe si fréquemment à la fin de la seconde enfance et au moment de la puberté, rentrent dans cette catégorie d'épistaxis de causes mal déterminées.

Chez le nouveau-né, l'épistaxis doit faire craindre le développement d'une maladie infectieuse ; elle peut être le premier symptôme d'une septicémie ; parfois elle est le seul signe extérieur d'une localisation nasale de la *syphilis héréditaire*.

Pathogénie. — Comme toutes les hémorragies en général, celles de la pituitaire sont susceptibles de se produire par trois mécanismes principaux : lésions vasculaires (rupture traumatique, altérations histologiques de la paroi des petits vaisseaux), augmentation de la pression sanguine, modifications qualitatives du sang. Ces divers mécanismes se combinent souvent entre eux pour produire l'épistaxis.

L'exagération de la tension intra-vasculaire paraît jouer le rôle le plus important et le plus constant : c'est elle, bien plus que l'étendue de la solution de continuité du vaisseau, qui explique l'abondance et la durée de l'hémorragie. Cette augmentation de pression résulte communément soit d'une stase veineuse, soit d'une fluxion artérielle ; dans quelques cas, elle se fait sentir uniquement dans le réseau capillaire de la muqueuse dilatée outre mesure sous l'effet d'un trouble de l'innervation vaso-motrice. Ces poussées vaso-dilatatrices sont le plus souvent d'origine réflexe : leur point de départ se trouve tantôt dans le nez lui-même, tantôt dans un organe éloigné. C'est

ainsi que les épistaxis adynamiques paraissent relever non seulement d'une modification de la crase sanguine, mais aussi de l'action sur les centres vaso-moteurs des substances toxiques fabriquées par l'organisme ou par les agents infectieux en cause. Le mécanisme de l'hémostase spontanée ne présente aucune particularité : elle se fait ici, comme ailleurs, par la formation d'un thrombus lymphatique ou celle d'un thrombus hématique.

Traitement. — Il consiste à arrêter l'hémorragie, à en prévenir le retour.

1° Traitement hémostatique. — Son indication se tire soit de l'abondance de l'hémorragie, soit de sa fréquente répétition. Il suffit de rappeler que certaines épistaxis, telles que les épistaxis critiques ou les épistaxis supplémentaires des petites filles précocement réglées, sont salutaires et doivent être respectées. Dans la plupart des cas, l'épistaxis tend à s'arrêter d'elle-même : c'est cette hémostase spontanée qui donne une valeur fictive à toute une série de moyens très réputés dans le public, tels que l'élévation des bras, l'application d'un corps froid dans le dos, sur le scrotum ou sur les reins, de sinapismes aux mollets, etc. ; en réalité, l'emploi de ces divers moyens permet seulement d'attendre avec moins d'impatience que le saignement de nez cesse de lui-même. Parmi les moyens hémostatiques efficaces, un certain nombre sont à la portée de l'enfant ou des parents, d'autres sont uniquement à la disposition du médecin.

A. — A l'enfant ou aux parents on pourra recommander : a) De presser les ailes du nez contre la cloison entre le pouce et l'index, en particulier du côté par où le sang s'écoule, et de maintenir cette compression pendant 5 à 10 minutes; b) de renifler une solution d'antipyrine à 1/10 ou mieux encore d'introduire à l'entrée de la fosse nasale un tampon de coton imbibé d'une solution hémostatique (antipyrine ou chlorhydrate de cocaïne à 1/5) en ayant soin de pencher la tête en avant pour empêcher la pénétration du liquide dans la gorge et les voies digestives. L'hémorragie s'arrête d'ordinaire en quelques minutes avec la cocaïne, un peu plus lentement avec l'antipyrine, mais elle est sujette à se reproduire au bout d'un quart d'heure ou plus tardivement. Il faut éviter l'emploi du perchlorure de fer qui irrite violemment la pituitaire et peut provoquer la formation d'escarres et d'ulcérations. Lorsqu'on peut s'en procurer au moment voulu, l'eau oxygénée à 12 volumes, dont on imbibe un tampon, est certainement l'hémostatique de choix, car elle produit une vaso-constriction instantanée et durable; dès que la solution entre en contact avec le sang, l'oxygène s'en dégage en provoquant la formation d'une mousse abondante qui vient remplir la narine; il ne s'écoule plus de celle-ci qu'un sang décoloré, un liquide séreux; au bout de 4 à 5 minutes, l'hémostase est opérée. Cette solution présente l'avantage d'être antiseptique et d'être dépourvue de toute toxicité.

B. — Les moyens à la disposition du médecin sont de deux sortes : la *cautérisation* du point qui saigne et le *tamponnement*. a). Le premier de ces moyens trouve son indication dans les cas, et ce sont les plus nombreux, où l'examen rhinoscopique fait découvrir le siège de la rupture vasculaire : il consiste à aller boucher directement le petit vaisseau qui donne. A cet

effet, on prépare à l'avance un stylet muni à son extrémité d'une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique fondu. La fosse nasale étant préalablement vidée des caillots qui l'obstruent, on déterge à l'aide d'un tampon de coton le point de la pituitaire qui saigne et l'on va porter, sous le contrôle de la vue, la perle d'acide chromique sur le vaisseau rompu où on la maintient appliquée pendant quelques instants. Cette perle doit être assez volumineuse pour ne pas se dissoudre immédiatement dans les premières gouttes de sang qui se répandent sur elle et pour provoquer la formation d'une escharre qui englobe le vaisseau rompu : elle doit avoir à peu près la dimension d'un grain de chènevis. L'hémorragie s'arrête sur-le-champ; on s'assure que l'hémostase est parfaite en faisant moucher l'enfant : cette expérience ne doit ramener aucune goutte de sang. b). L'efficacité de ce moyen rend la nécessité du tamponnement extrêmement rare. Celui-ci n'est indiqué que dans des cas spéciaux, par exemple dans ceux où l'hémorragie est si abondante que le sang masque constamment le point malade, dans ceux où la pituitaire saigne sur une grande surface sans présenter de lésions limitées, enfin dans certaines épistaxis traumatiques, en particulier celles qui succèdent à une intervention chirurgicale. Le *tamponnement antérieur* suffit d'ordinaire à assurer l'hémostase, car l'hémorragie a presque toujours son origine dans la région antérieure des fosses nasales; mais il est nécessaire qu'il soit fait méthodiquement d'après les principes suivants. On prépare des bandelettes de gaze iodoformée ou salolée pliées en quatre doubles, afin qu'elles aient une certaine résistance, et présentant une longueur d'environ 6 centimètres sur 1 centimètre de large. En s'aidant du spéculum et d'une pince fine et coudée, on porte dans la fosse nasale et le plus profondément possible une première de ces bandelettes que l'on tasse fortement sur le plancher, puis une seconde par-dessus celle-ci et ainsi de suite, en les étageant ainsi de bas en haut, jusqu'à ce que le tamponnement soit complet. Ces lanières sont laissées en place de 12 à 24 heures : on les retire alors une à une et avec une grande douceur; si elles sont desséchées à l'entrée de la narine, on les humecte auparavant avec quelques gouttes d'un liquide antiseptique.

La description du tamponnement postérieur ou tamponnement complet ne devrait plus trouver place dans les livres de pathologie si, dans les cas urgents, il n'était la dernière ressource des médecins à qui l'usage du spéculum nasi n'est pas suffisamment familier. A ce titre il rend encore de signalés services, malgré ses inconvénients multiples : opération laborieuse pour le médecin, pénible à supporter pour le malade, accompagnée fréquemment de lésions traumatiques du voile du palais ou du pharynx nasal; douleurs parfois intolérables provoquées par le séjour des tampons, accidents infectieux consécutifs à la fermentation du sang accumulé dans la fosse nasale, rhinite purulente, sinusite, otite suppurée, phlegmon du pharynx, érysipèle de la face, etc. Je ne décrirai pas de nouveau ce procédé qu'on trouve exposé dans tous les livres classiques : il suffira de rappeler que l'on doit se servir de tampons de gaze antiseptique et non de charpie et de coton, et que ceux-ci ne devront pas rester en place plus de 24 ou 36

heures. A ces moyens locaux on joindra, en cas d'hémorragies graves, certaines précautions hygiéniques : séjour au lit, la tête élevée; boissons froides et glacées, immobilité, repos absolu.

Les épistaxis traumatiques sont aisément arrêtées ou prévenues par l'application sur la plaie saignante de quelques touffes de pengawar-djambi (poil jaunâtre et soyeux qui entoure le tronc de certaines fougères arborescentes).

2° **Traitement préventif.** — Il est avant tout local. Chez un malade sujet à des épistaxis, on distingue souvent, dans l'intervalle des hémorragies, le point qui leur donne habituellement naissance : celui-ci se reconnaît à l'existence d'une petite croûte brunâtre sous laquelle apparaît une goutte de sang, dès qu'on la détache. Le traitement consiste alors à porter une perle de nitrate d'argent sur ce point, ordinairement situé sur la cloison cartilagineuse, ainsi que sur toute la zone qui l'entoure sur une étendue de quelques millimètres. Si l'on ne découvre pas la région hémorragipare, on peut se contenter de prescrire au malade l'usage journalier d'une pommade à base de vaseline : celle-ci forme à la surface de la muqueuse une sorte de couche protectrice et s'oppose à la production de croûtes hématisques ou autres, dont la présence irrite la muqueuse et peut provoquer la formation d'érosions nouvelles. Dans un certain nombre de cas, il suffira, pour empêcher la reproduction des épistaxis, de surveiller l'enfant et de l'empêcher de porter les doigts à son nez. Enfin, il ne faut pas oublier que les conditions pathologiques dans lesquelles se trouve le malade (cardiopathie, impaludisme, etc.) deviennent parfois la source d'indications thérapeutiques susceptibles de prévenir, avec l'aide du traitement local, le retour des hémorragies.

V

RHINITES AIGÜES

PAR LE D^r MARCEL LERMOYEZ
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

A tout âge, une rhinite aiguë mérite d'être prise en considération par le médecin. Le coryza n'est pas seulement un désagrément de quelques heures, de quelques jours, qui, comme on le croit, toujours guérit, sans traitement, sans conséquences. Il est beaucoup plus; il est l'infection s'emparant d'une de nos grandes portes d'entrée et s'y installant, pour se préparer à diriger de là vers d'autres points des attaques qui peuvent amener la mort.

Sentir n'est pour le nez, au moins chez l'homme, qu'une occupation de second plan. Avant tout, son rôle est de protéger l'organisme contre les insultes de l'air; et il a pour cela trois choses à faire. Il réchauffe l'air inspiré, le charge de vapeur d'eau et surtout le purifie : vis-à-vis des poussières et des germes que celui-ci charrie, il barre, comme un fort d'arrêt, la route des poumons; il ne se contente même pas de retenir les bactéries, il les chasse ou les détruit sur place. L'erreur a vécu qui fait considérer les fosses nasales comme un cloaque fourmillant de microbes. Un nez sain est, au contraire, une cavité à peu près aseptique, et le mucus normal ne renferme qu'une quantité insignifiante de germes (Hajek, Saint-Clair-Thomson et Hewlett). La nature met en œuvre divers procédés pour débarrasser les fosses nasales des microbes qu'y apporte l'air inspiré : les mouvements des cils vibratiles les dirigent vers le naso-pharynx, d'où ils sont crachés; les sécrétions nasales les englobent, les larmes les balayent, et sont mouchées; le mucus les détruit grâce à son pouvoir bactéricide (Wurtz et Lermoyez); enfin une active diapédèse amène à la surface de la muqueuse un courant de cellules lymphatiques qui y exercent une phagocytose puissante (Violet). Néanmoins, l'asepsie du nez n'est pas absolue : dans sa cavité, surtout dans sa moitié antérieure, ont été rencontrés divers germes pathogènes (pneumocoques, diplobacilles, streptocoques, staphylocoques, bacilles de Koch et de Löffler etc.), qui y vivent en saprophytes tant que persistent les conditions locales qui combattent leur virulence. Vienne une rhinite aiguë, toutes ces actions tutélaires cessent de s'exercer. Le nez sain, aseptique, était pour les voies aériennes une protection; le nez malade, infecté, devient pour elles une menace. Or, plus les enfants sont jeunes, plus les rhinites aiguës sont fréquentes, et plus aussi elles sont graves. Chez le nouveau-né, leur dénouement peut être fatal, même en l'absence de toute complication (Billard).