

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<sup>r</sup> 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).

Une rhinite aiguë, même légère en apparence, peut entraîner à sa suite une épidémie de maux; l'énumération aurait peine à en être complète.

On la trouve au début des bronchites descendantes et des broncho-pneumonies, qui tant assombrissent le pronostic des maladies éruptives, de la coqueluche, de la grippe; on la rencontre comme inévitable point de départ des otites moyennes purulentes, de sorte que l'imprudencé d'avoir négligé de traiter un coryza peut nous mener à la nécessité d'évider une apophyse mastoïde et même d'ouvrir le crâne à la recherche d'un abcès encéphalique: sans compter les accidents locaux qui peuvent en dériver, tels l'ozène avec son incurable punaisie, les sinusites purulentes maxillaires, frontales, ethmoïdales, sphénoïdales, égales en gravité devant la maladie et devant le traitement. La physiologie pathologique de ces accidents, d'apparence si disparate, résulte de la situation même du nez, qui est comme un vestibule sur lequel s'ouvrent béantes, toujours ou par intermittences, les portes qui mènent aux sinus de la face, à l'oreille moyenne, au larynx et aux poumons, ainsi que dans les voies digestives. Les complications n'ont guère que l'embarras du choix de leur direction, et elles se réalisent par des effets divers, mais qui dérivent d'un des trois mécanismes suivants: I. *L'obstruction nasale*. II. *L'infection d'origine nasale*. III. *Les réflexes d'origine nasale*. Et, aux différentes périodes de l'enfance, nous allons voir chacun de ces trois facteurs de morbidité s'exercer avec une prédilection spéciale.

I. **Obstruction nasale.** — L'obstruction nasale a son maximum d'intensité et de gravité chez le nouveau-né (Küssmaul, Billard). L'imperméabilité du nez devient rapidement absolue à cet âge. Car les orifices des narines sont alors petits; le segment inférieur maxillaire des fosses nasales est à peine développé, et l'air ne peut passer que par le segment supérieur, ethmoïdal, nécessairement étroit; les choanes ont leur diamètre vertical encore très réduit; la cavité du pharynx nasal est peu développée et rétrécie par la saillie des muscles prévertébraux; de plus, sa direction est verticale, faisant un angle droit avec l'axe des fosses nasales. En un mot, le nez du nourrisson est un étroit canal qu'un léger gonflement de la muqueuse suffit à combler, et où les courbures brusques facilitent l'accumulation des sécrétions. L'imperméabilité du nez devient rapidement grave à cet âge. Elle a pour conséquences immédiates l'inanition et l'asphyxie. L'inanition vient de ce que l'enfant ne peut plus téter. Mis au sein, il étouffe, puisque, à ce moment, ni le nez ni la bouche ne permettent à l'air d'accéder aux poumons; et instinctivement il le lâche. L'asphyxie, qui au premier abord semble impossible, puisque le canal bucco-pharyngo-laryngé demeure libre, a pour cause ce fait que le nouveau-né ne sait pas respirer par la bouche et que pour y parvenir il a un long apprentissage à faire. Normalement, pendant son sommeil, l'enfant respire uniquement par le nez. La bouche est maintenue close sans effort musculaire, par suite de la différence de tension entre la pression atmosphérique et le vide buccal (Donders). La langue s'accôle au palais, et s'applique, par ses côtés, sur toute la face interne de la mâchoire supérieure. Elle garde cette position même si le nouveau-né ouvre la bouche pendant son sommeil, de sorte que, dans ce cas encore, celui-ci respire par le nez (Housell). Et à

l'état de veille, la suppléance de la bouche dans l'acte respiratoire n'est que partielle. De là résulte une insuffisance respiratoire continue.

II. **Infections d'origine nasale.** — Ces complications sont à redouter à toutes les périodes de l'enfance. Quand une rhinite aiguë se produit chez un nourrisson placé dans de mauvaises conditions d'hygiène, ou débilité par des troubles digestifs antérieurs, elle prend deux caractères particuliers qui accroissent singulièrement sa gravité (Marfan): 1° peu de temps limitée au nez, elle se propage avec rapidité à toute l'étendue des voies respiratoires ainsi qu'aux oreilles moyennes; 2° et elle devient non pas muco-purulente, comme à un âge plus avancé, mais franchement purulente, car le pneumocoque et le streptocoque prennent sur ce terrain affaibli une virulence inusitée. Comme à cet âge les microbes et leurs produits se diffusent très rapidement, transportés partout par un système lymphatique trop béant, il en résulte que, même à point de départ nasal, l'infection brule les étapes et peut facilement affecter l'allure septicémique.

Dans la moyenne et surtout dans la grande enfance, les infections à point de départ nasal n'ont plus cette diffusion qui, à si brève échéance, amène la mort: elles donnent lieu à des complications plutôt localisées sur un ou plusieurs organes, qui sont en relation ordinaire avec les fosses nasales; et c'est alors par l'intermédiaire de ces dernières que la vie est menacée. Les complications infectieuses des rhinites aiguës de l'enfance diffèrent par certains côtés de ce qu'elles seront chez l'adulte, et ces différences découlent des différences de conformation de la cavité naso-pharyngienne à ces deux âges. 1° Les *sinusites purulentes* manquent dans l'enfance parce que les sinus de la face font défaut à cet âge ou à peu près. Dans les premières années de la vie, les cellules ethmoïdales ne sont pas encore développées; le sinus maxillaire n'est représenté que par une simple fente; les sinus frontaux et sphénoïdaux sont tout au plus indiqués par une courte invagination de la pituitaire qui les ébauche. Rien de plus rare qu'une sinusite maxillaire avant cinq ans (Rudaux). 2° *L'otite moyenne purulente* est, au contraire, la compagne habituelle des rhinites aiguës de l'enfance; dans certaines petites épidémies de grippe, cette association est presque fatale. La fréquence de la propagation de l'inflammation du nez à l'oreille de l'enfant tient à plusieurs causes: a) à l'étroitesse du pharynx nasal qui facilite la stagnation des mucosités; b) à la situation du pavillon tubaire, qui, au lieu de se trouver comme chez l'adulte au niveau de la queue du cornet inférieur, est placé, pendant les deux premières années de la vie, au ras de la face supérieure du dos du voile du palais, et par conséquent, baigné par le muco-pus qui s'y accumule; c) à la forme du pavillon tubaire, qui, chez le nouveau-né, s'ouvre directement sur une surface plane sans être protégé, comme il le sera plus tard, par un bourrelet saillant; d) enfin à la disposition même de la trompe d'Eustache qui est plus courte, plus large, plus droite chez l'enfant que chez l'adulte (Disse). 3° Les *réactions amygdaliennes* sont de règle, et intenses souvent. Le conduit pharyngé, qui, du nez, donne accès dans les voies aériennes et digestives, est cerclé sur tout son pourtour d'une bande de tissu adénoïde, soit disséminé en granulations éparses, soit accumulé en masses

amygdaliennes, sur quatre points qui sont : la voûte du pharynx nasal, les espaces sis à droite et à gauche entre les piliers du pharynx buccal, et la base de la langue. Le but de cet anneau de Waldeyer est de fournir un intense travail de phagocytose qui détruit les agents infectieux que le nez a laissés passer. Plus l'enfant est jeune, plus ce tissu adénoïde est développé et plus ses réactions sont vives. Elles décroissent d'intensité de haut en bas ; de sorte qu'à la suite des rhinites infantiles, l'inflammation de l'amygdale pharyngée ou de Luschka est presque inévitable ; l'irritation des amygdales palatines n'est que fréquente ; la participation de l'amygdale linguale est rare. Très souvent ces adénoïdites, ces amygdalites nasogènes survivent au coryza initial, et même, pour peu que celui-ci ait été léger, elles semblent avoir été l'entame du processus morbide. 4° Les complications broncho-pulmonaires sont très fréquentes. C'est dans les poussées récidivantes de rhinites et surtout d'adénoïdites réchauffées qui les suivent qu'il faut chercher la cause principale des bronchites à répétition de l'enfance. Marfan nous a appris que la meilleure manière d'assurer la prophylaxie des broncho-pneumonies au cours des maladies infectieuses spécifiques de l'enfance est de réaliser une stricte antisepsie des fosses nasales (Wermeille). Nous savons que pour faire cesser les bronchites périodiques qui, pendant la saison froide, se reproduisent désespérément chez certains enfants, le plus sûr moyen est d'instituer le traitement local du nez et du naso-pharynx : le couteau de Gottstein guérit aussi bien et mieux les rhumes que ne le fait l'huile de foie de morue. 5° La propagation aux yeux de l'inflammation nasale est également un des privilèges de l'enfance. Blépharites, kérato-conjonctivites (Decaux), kératites phlycténulaires surtout (Augagneur) ont le plus souvent un point de départ nasal, si bien que le traitement du nez est le seul moyen d'en éviter les rechutes. Les voies lacrymales, dans lesquelles les infections sont plus souvent ascendantes que descendantes, amènent à la conjonctive le staphylocoque qu'elles puisent dans les sécrétions des rhinites purulentes (Fortunati, Burkhardt). Toutefois, ces complications oculaires sont plutôt le propre des rhinites purulentes prolongées ou devenues chroniques. 6° L'extension des lésions nasales à la peau du visage est surtout fréquente chez les enfants strumeux. Dans les deux tiers des cas d'impétigo de la face, on trouve de la rhinite impétigineuse (Tissier), qui est la première en date. Le vestibule et le pourtour des narines rougissent, se fendillent et se recouvrent de croûtes jaunâtres mellitagriques. Et le passage à l'état chronique de la rhinite purulente provoque cette infiltration durable de la lèvre supérieure qui trahit le facies scrofuleux. 7° Les troubles digestifs sont rares au cours des rhinites aiguës : ils se bornent ordinairement à l'état gastrique banal qui chez l'enfant accompagne toute poussée fébrile. C'est surtout au cours des rhino-pharyngites chroniques que se montrent des accidents intestinaux, dont rarement on pense à rechercher la cause aussi haut. 8° Enfin, surtout chez les enfants de souche neuro-arthritique, les rhinites aiguës peuvent parfois provoquer des accidents généraux à allure grave, mais à pronostic bénin : elles provoquent une sorte de septicémie aiguë d'origine nasale et dont le point de départ est

bien prouvé par la seule efficacité du traitement du nez. Voici, parmi les quelques faits de ce genre qu'il m'a été donné d'observer, un des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de onze ans, ordinairement bien portant, quoique très nerveux et né de père et mère plus nerveux encore. Depuis un an, presque tous les mois, il était pris d'un malaise subit ; la température montait à 40 degrés, s'y maintenait un jour ou deux, avec tous les phénomènes généraux ordinairement associés à cette hyperthermie. Pendant l'accès le nez restait sec, mais s'obstruait : au moment où commençait la défervescence, il s'établissait un jetage muco-purulent mêlé de sang qui ne durait que quelques jours ; puis tout rentrait dans l'ordre. Dans l'intervalle des accès, la santé était bonne, l'enfant ne souffrait pas du nez : mais le spéculum montrait dans la narine gauche un foyer de rhinite purulente localisée, entretenu par une synéchie. Aucun traitement général n'avait pu enrayer ces accidents, qui tout d'abord avaient été pris pour des phénomènes de croissance. Je me contentai de prescrire un traitement nasal antiseptique : et les accès fébriles disparurent complètement. Un an après l'enfant m'est ramené. Pendant huit mois, la santé avait été parfaite : mais les parents, ayant cru la guérison définitive, cessèrent les lavages du nez ; peu à peu les accidents reparurent, et, au bout de trois mois, les accès fébriles mensuels se reproduisaient aussi intenses que la première fois. De nouveaux lavages du nez furent repris, et, sans qu'il fût fait un traitement interne, dès le mois suivant les phénomènes généraux cessèrent définitivement, grâce à la persistance du traitement nasal, dont cette fois on comprit la nécessité.

III. Réflexes d'origine nasale. — Ces phénomènes nerveux ne présentent rien de particulier dans l'enfance. Certes, les tout jeunes enfants peuvent être atteints de toux coqueluchoïde, de spasmes glottiques ayant pour point de départ une lésion nasale, rhinite aiguë, le plus souvent associée à l'adénoïdite. Cependant c'est surtout vers la fin de la seconde enfance, quand s'établit la puberté, qu'ils tendent à s'accroître, sous forme de rhinite spasmodique, d'asthme nasal, etc. ; car c'est à cette époque que s'affirment davantage les manifestations de la diathèse neuro-arthritique, sans la présence de laquelle les accidents réflexes d'origine nasale ne sauraient être. Du reste ces troubles nerveux, souvent si disparates, si éloignés de leur point de départ qu'avant les travaux de Voltolini et de Hack leur origine nasale était totalement méconnue, dépendent ordinairement de lésions chroniques du nez que nous n'avons pas à étudier dans ce chapitre. Il nous suffira de dire que, chez un enfant présentant des troubles dyspnéiques aigus, laryngés et pulmonaires, l'examen clinique est réellement incomplet, si l'on n'a pas exploré le nez.

Mal ou non soignées, les rhinites aiguës laissent souvent à leur suite des lésions chroniques, graves de conséquences. Comme ici l'effet suit de très loin la cause, et que souvent même cet effet est méconnu non seulement dans son origine, mais aussi dans son existence même, parce qu'il est de bon ton dans le grand monde médical de ne pas frayer avec la rhinoscopie, il en

résulte que les enfants arrivent au seuil de l'adolescence avec un casier pathologique nasal souvent chargé, et qu'il va devenir très difficile de ramener à néant. Chez les enfants lymphatiques, dont le tissu adénoïde réagit trop facilement, chaque coryza aigu amène une tuméfaction passagère de l'anneau de Waldeyer qui, si l'on n'y met bon ordre, se réduit incomplètement : de sorte que de cette série d'imparfaites résolutions naissent soit une hypertrophie durable des amygdales, soit des végétations adénoïdes, qui, si l'on ne leur coupe pas la route à temps d'un coup de curette, mènent sûrement, et pas toujours lentement, à la surdité ; soit de grosses amygdales palatines qui sont le tourment des jeunes gens et compromettent la voix. Chez les fils d'arthritiques, c'est surtout le développement des réactions nerveuses qu'il faut craindre : livrée à elle-même, la pituitaire prend de mauvaises habitudes d'éternuements, d'hydrorrhée et finalement conduit à ce malencontreux rhume des foins, l'une des incommodités les plus agaçantes qui poursuivent les classes aisées. Il y a plus encore : de jour en jour, la rhinologie commence à mieux lire dans l'avenir des enfants morveux ; et elle a établi qu'en négligeant de faire soigner les écoulements purulents du nez, si fréquents dans le jeune âge, les parents condamnent peut-être leurs filles à supporter, pendant toute leur vie, cette infirmité répugnante qui est l'ozène.

## II. — DIVISION

D'une part, la tendance qu'ont les rhinites aiguës chez l'enfant à passer à la chronicité ; d'autre part, la fréquence des poussées aiguës au cours des rhinites chroniques du jeune âge rendent un peu vagues les limites qui marquent la séparation des inflammations aiguës et chroniques du nez de l'enfant. Il est donc nécessaire de schématiser. C'est ainsi que nous attribuerons au groupe des rhinites aiguës les coryzas purulents, parce qu'ils sont habituellement aigus par leur début, quoique souvent chroniques par leur durée ; et inversement, nous laisserons du côté des rhinites chroniques le coryza syphilitique dont l'installation est souvent insidieuse et l'allure lente, bien qu'en certains cas il puisse simuler le coryza aigu simple. Nous respecterons ainsi les limites conventionnelles d'un cadre, d'ailleurs, très artificiellement tracé. Parmi les rhinites aiguës, il importe également d'établir une division qui en rende la description nosologique plus claire : division toute clinique, s'appuyant surtout sur la nature des sécrétions nasales ; ainsi nous aurons les rhinites aiguës simples, purulentes, pseudo-membraneuses, dont le traitement diffère notablement. Déduire, au contraire, les groupements de ces actes morbides de leur pathogénie ne mènerait le clinicien qu'à la confusion : car, à l'heure actuelle, aucun micro-organisme n'a été reconnu encore comme agent spécifique d'une rhinite aiguë spéciale ; un même microbe peut se retrouver dans les diverses formes cliniques du coryza, et inversement une même forme peut relever d'infections microbiennes diverses. — Un autre élément, dont une division pratique des rhinites aiguës doit tenir compte, c'est l'âge de l'enfant ; entre le coryza aigu du

nourrisson et celui de la deuxième enfance, le pronostic crée une distinction capitale. Nous étudierons donc successivement :

- |                                 |   |                 |
|---------------------------------|---|-----------------|
| La rhinite aiguë simple         | } | de l'enfant ;   |
|                                 |   | du nouveau-né ; |
| La rhinite aiguë purulente      | } | de l'enfant ;   |
|                                 |   | du nouveau-né ; |
| La rhinite pseudo-membraneuse ; |   |                 |
| La rhinite spasmodique.         |   |                 |

## III. — RHINITES CATARRHALES AIGÜES ; CORYZA

Ainsi que nous en avons exposé plus haut la raison, nous devons l'étudier : A) chez l'enfant, B) chez le nouveau-né.

A. — CORYZA AIGU DE L'ENFANT. — La famille des rhinites catarrhales aiguës comprend trois groupes, de cause très différente et ayant des allures et des indications thérapeutiques particulières. 1° La *rhinite idiopathique*, ou coryza aigu simple. 2° Les *rhinites toxiques*, dont le coryza iodique est le type, et qui, à part leur pathogénie spéciale et leur indication thérapeutique primordiale qui est la suppression de leur cause, peuvent être réunies dans une même description avec le type précédent. 3° Les *rhinites symptomatiques* qui constituent le syndrome inaugural ou la localisation partielle d'une maladie infectieuse ; elles s'effacent habituellement devant l'importance majeure des autres phénomènes qui leur sont associés ; il en sera dit deux mots à la fin de ce chapitre.

**Étiologie.** — Nul enfant n'échappe au coryza aigu. Cependant certains individus y présentent une *prédisposition* des plus nettes. Cette prédisposition est double : de cause générale et de cause locale. La *prédisposition générale* se retrouve chez les enfants issus de souche arthritique ; le jeune âge l'exagère d'ailleurs ; car la vulnérabilité de la pituitaire s'atténue à mesure que l'enfant grandit. La *prédisposition locale*, beaucoup plus importante, est réalisée par des lésions chroniques du nez et surtout du naso-pharynx ; particulièrement par l'existence de végétations adénoïdes qu'on manque rarement de trouver chez les enfants qui « s'enrhument du cerveau à chaque instant ». Deux conditions secondes exaltent cette prédisposition : ce sont, d'une part, les états météorologiques, le coryza ayant son maximum de fréquence aux saisons de transition, automne et printemps ; c'est, d'autre part, le défaut d'accoutumance de l'enfant au froid : s'enrhument surtout du cerveau ceux qu'on tient systématiquement cloîtrés l'hiver dans des pièces chaudes, et dont on a l'habitude de couvrir avec excès le cou et la tête. La *cause déterminante* usuelle du coryza est le refroidissement. Comme les enfants ne font pas attention aux courants d'air, qu'ils s'inquiètent peu de rester les pieds mouillés ou de s'asseoir sur un sol humide, ils en sont les victimes habituelles. Au printemps, le fait de rester exposé la tête nue au soleil peut avoir un même effet. Les irritants locaux amènent parfois une rhinite aiguë, en particulier chez ceux qui y sont prédisposés par des lésions

locales chroniques. L'introduction habituelle des doigts dans les narines, le nettoyage du visage avec des éponges sales, surtout si, comme le font certains parents, on cherche à faire entrer à chaque toilette un peu d'eau dans le nez sous le prétexte de le nettoyer, sont des facteurs de coryza. De même aussi l'inhalation de poussières irritantes. Parmi les irritants généraux, il faut citer certains médicaments pris à l'intérieur et en particulier l'iode et les iodures. Cependant le coryza iodique n'a pas les allures envahissantes du coryza vulgaire : il se développe et fait son évolution sur place. Il n'y a entre eux qu'analogie. — Le coryza aigu est-il contagieux? Certes. Sa transmission se fait soit par transport direct (baisers, mouchoirs, etc.), soit peut-être à distance, par l'air. Bien que les tentatives d'inoculation des sécrétions de la rhinite aiguë faites dans des nez sains n'aient pas réussi entre les mains de Friedreich, cependant la constatation si fréquente de petites épidémies de maison laisse à penser que le coryza doit être contagieux, tout au moins dans sa forme infectieuse.

**Pathogénie.** — La pathogénie du coryza aigu est obscure. Elle pourrait s'expliquer par l'apport au nez de germes spécifiques, ce qui s'accorderait avec cette hypothèse que la maladie est parfois contagieuse. Elle pourrait s'interpréter encore par une action perturbatrice telle que la réalise le froid, qui accroîtrait la virulence des germes pathogènes habitant le nez et diminuerait vis-à-vis d'eux la résistance de la pituitaire. Cependant, ni l'une ni l'autre de ces hypothèses n'apporte de preuves. 1° Abstraction faite des rhinites aiguës symptomatiques de la grippe, de la rougeole, le coryza aigu idiopathique attend encore son agent spécifique. Les recherches d'Hajek qui ont tenté d'établir l'existence d'un microbe du coryza n'ont pas été confirmées. C'est aussi à tort que Thost, puis Cardone ont voulu faire du coryza la pneumonie du nez, car le pneumocoque ne s'y rencontre ni toujours, ni exclusivement. 2° D'autre part, contrairement aux enseignements classiques de Rohrer, de J. Wright, de Besser, les cavités nasales renferment rarement à l'état normal des microbes capables de réveiller à un moment donné leur virulence, puisque le mucus nasal sain est à peu près stérile (Würtz et Lermoyez, Saint-Clair Thomson et Hewlett). Une expérience de Winternitz nous montre qu'un refroidissement prolongé des pieds amène une vasoconstriction durable des vaisseaux de la pituitaire, et doit suspendre en conséquence la sécrétion du mucus nasal. Cliniquement, en effet, le coryza aigu commence par une phase de sécheresse des fosses nasales. Cette courte période, pendant laquelle est suspendu le pouvoir bactéricide du nez, permet aux microbes, que l'air inspiré a déposés dans le vestibule et qui y vivent en tout temps, de gagner la pituitaire et de s'y développer (Lermoyez). N'est-ce pas ainsi d'ailleurs qu'un coup de froid laisse aux pneumocoques de la bouche la possibilité d'accéder librement aux poumons? Les sécrétions du coryza renferment donc les microbes pathogènes usuels que l'air y peut charrier, staphylocoque doré en première ligne, puis staphylocoque blanc, streptocoque, pneumocoque, etc. — La pathogénie du coryza iodique est différente. L'iode est mis en liberté à la surface de la muqueuse nasale, par l'action en masse de l'acide carbonique de l'air sur du mucus

contenant, outre l'iodure ingéré, des nitrates alcalins qui jamais n'y manquent (Schmiedeberg). Comme le froid, l'irritation iodique amène des troubles de la vaso-motricité : mais tout se borne à des phénomènes d'hyperémie et de transsudation, sans que l'infection semble intervenir. Il y a excès de vaso-dilatation. Et si les doses faibles d'iodure amènent plutôt le coryza que les doses fortes, c'est que les vaso-dilatateurs sont plus excitables et qu'une quantité minimale agira sur eux, qui sera incapable d'amener une excitation des vaso-constricteurs (Lépine).

**Anatomie pathologique.** — Avec Moure, il faut admettre que l'inflammation ne se limite pas ordinairement à la zone respiratoire du nez, mais envahit toute l'étendue de la pituitaire, puisque très souvent elle se propage à la muqueuse des sinus.

Les lésions du coryza aigu sont peu connues, car les autopsies en sont rares. Suchannek, Zuckerkandl signalent au début la tuméfaction et l'œdème aigu de la muqueuse, la distension du tissu caverneux des cornets; bientôt se montre une abondante diapédèse de leucocytes, tandis que la pituitaire entière desquame. Les glandes à mucus participent activement à ce processus. Ces lésions sont très inégalement distribuées par îlots à la surface de la muqueuse.

**Symptômes.** — L'entame du coryza aigu se fait par un phénomène local : ce sont des picotements et une sécheresse désagréable du nez, sorte de prurit de la pituitaire qui excite à des éternuements de plus en plus fréquents, sans sécrétion encore. Bientôt les fosses nasales s'obstruent à sec, l'enfant ouvre la bouche pour respirer; et c'est là le premier symptôme objectif qui attire l'attention des parents. Les épistaxis spontanées ne sont pas rares à ce moment, par excès de congestion de la pituitaire. Puis l'écoulement nasal apparaît. Il est formé d'un liquide incolore, transparent, aqueux, qui, séché dans le mouchoir, n'y laisse aucune trace et ne l'empêche pas. Chez le jeune enfant, ce suintement continu sort des narines comme un double ruisseau, et provoque un érythème de la lèvre supérieure et des ailes du nez, avec fissures superficielles des sillons naso-labiaux. Le lobule du nez lui-même rougit et se tuméfie. Sait-il se moucher, l'enfant souffle avec violence dans son mouchoir, pour rétablir en vain la perméabilité nasale et ne réussit qu'à provoquer des épistaxis légères. Bientôt l'obstruction nasale devient absolue : l'enfant tient la bouche constamment ouverte; par moments, il essaie avec effort de faire passer un peu d'air par son nez, ce qui produit un bruit spécial, le « souffle » des auteurs anglais. La voix est nasillarde, offrant le type de la rhinolalie close qui supprime la résonance caractéristique de toutes les diphtongues nasales. L'odorat est perdu, à cause de l'obstruction de la fente olfactive; et le goût, par suite, est émoussé. Fait curieux, pendant le sommeil la sécrétion nasale cesse et le nez se désobstrue partiellement; cependant l'enfant ronfle et dort la bouche ouverte, ce qui résulte le plus souvent de l'adénoïdite concomitante. Si l'on pratique alors l'examen des fosses nasales par la rhinoscopie antérieure, on s'étonne de voir combien minimes sont les lésions nasales apparentes, même au plus fort de la phase d'état du coryza aigu. La muqueuse est tuméfiée, sèche au