

début, et d'une couleur rouge sombre, mais sans érosion; le regard est arrêté par le gonflement de la tête des cornets inférieurs qui s'accolent à la cloison; et le stylet nasal s'y enfonce comme dans un édredon. L'adrénaline amène momentanément leur rétraction complète. Chez les très jeunes enfants, l'obstruction nasale est encore plus accentuée que chez l'adulte, parce qu'à cet âge le bord du cornet inférieur est plus long et plus recourbé (Lorent).

Très souvent, une fosse nasale est rétrécie soit par une déviation de la cloison, soit plutôt par un enchondrome du cartilage de Jacobson, lésion qui ne serait pas rare, même dans le tout jeune âge (Patrzek). Les réactions locale et générale produites par le coryza ont à ce moment leur maximum. Elles sont, du reste, très variables. L'enfant se plaint de douleur ou plutôt de lourdeur de tête; a-t-il atteint l'âge où les sinus frontaux commencent à se développer, il éprouve une pesanteur pénible au niveau de la racine du nez. Il devient indolent, paresseux; il est très inattentif à ses leçons, atteint d'aproxie aiguë (Guye). Tantôt tout se borne à ce manque d'entrain et à une diminution de l'appétit, avec léger état saburral de la langue et constipation passagère. Tantôt au contraire la fièvre s'allume, précédée de malaises, de petits frissons, de courbature générale; il se peut que, chez les petits enfants, elle atteigne 40 degrés dès le soir du premier jour. Au bout de deux à trois jours, la sécrétion nasale devient plus épaisse, muqueuse, puis mucopurulente, parfois striée de sang, et l'enfant a plus de peine à l'expulser en se mouchant; le mouchoir montre des taches jaunes, empesées. La pituitaire pâlit, se rétracte et l'enchifrènement diminue, car il est dû alors à l'accumulation de mucosités.

La durée du coryza aigu est courte, sauf complications; elle est ordinairement de quatre à cinq jours. Cependant il n'est pas rare que, sans tendance à passer à l'état chronique, la maladie laisse à sa suite un enchifrènement avec hypersécrétion mucopurulente, pendant une semaine et plus. D'autre part, les recrudescences, surtout provoquées par un nouveau refroidissement, sont fréquentes et prolongent de quelques jours la durée du coryza.

**Complications.** — Elles résultent de l'extension de l'inflammation aux organes du voisinage. La propagation au pharynx, au larynx et aux bronches, est la plus fréquente; un coryza aigu peut être l'origine d'une broncho-pneumonie. Plus souvent le processus se limite aux voies aériennes supérieures. Chez les enfants strumeux dont les trois amygdales sont hypertrophiées, l'adénoïdite est presque la suite obligée du coryza. Deux ou trois jours après le début de la rhinite apparaissent des symptômes nouveaux: la fièvre devient plus vive; les ganglions angulo-maxillaires se tuméfient; l'enfant paraît nerveux, se plaint des oreilles, entend mal, ce que souvent on attribue à de la distraction; la nuit, il ébauche parfois des accès de faux croup. Si l'on regarde la gorge, où l'on s'attend à rencontrer de grosses amygdales parsemées de points blancs, on n'y constate qu'un peu de rougeur de la paroi postérieure du pharynx; mais, en provoquant avec la cuiller un réflexe nauséux qui exprime en quelque sorte le naso-pharynx, on voit

descendre derrière le voile du palais un peloton de muco-pus qui trahit l'adénoïdite. Ceux qui méconnaissent ce signe croient volontiers à l'existence d'une prétendue fièvre ganglionnaire. Le coryza aigu peut gagner l'oreille, y produisant une otite moyenne aiguë, simple ou purulente; et de celle-ci peut à son tour dériver une mastoïdite. Un refroidissement au cours du coryza, le fait de se moucher trop violemment, et, avant tout, les irrigations nasales faites avec le siphon de Weber en période aiguë, favorisent cette complication. Le coryza aigu peut même gagner l'œil par le canal nasal, provoquant une dacryocystite ou une conjonctivite; la kératite elle-même a très souvent une origine nasale.

**Pronostic.** — Le coryza est une affection des plus bénignes, puisque sa guérison spontanée est habituelle et que ses complications elles-mêmes disparaissent sans laisser de traces. Cependant ce serait un tort de le considérer comme une quantité pathologique négligeable. D'une part, il rend la pituitaire plus susceptible et favorise les récurrences qui mènent à la rhinite hypertrophique et à la production de polypes; il peut aussi laisser à sa suite un écoulement purulent chronique. D'autre part, ses complications à distance peuvent avoir une issue funeste; suppuration de l'apophyse mastoïde, broncho-pneumonie, etc. D'ailleurs le pronostic du coryza aigu varie suivant les épidémies: en certaines saisons il a une tendance particulière à atteindre l'oreille.

**Diagnostic.** — Rien de plus simple que de reconnaître un coryza aigu. L'adénoïdite le simule; mais peu importe l'erreur puisque le traitement est le même dans les deux cas. En présence d'un enfant dont le nez coule, il est utile de rechercher la cause de la maladie; s'agit-il d'un coryza simple, ou symptomatique d'une grippe, d'une rougeole, d'une coqueluche au début, ou produit par l'administration d'une préparation iodurée ou bromurée impure? Autant de problèmes, qu'il n'est pas toujours facile d'élucider dès le premier jour.

**Traitement.** — Un préjugé très répandu nous fait croire que la thérapeutique n'a aucune prise sur l'évolution du coryza. Or, nous ne sommes pas désarmés contre lui: nous pouvons 1° l'enrayer dès son début; 2° pallier les phénomènes pénibles qu'il provoque; 3° prévenir les complications qu'il entraîne.

1° *Traitement abortif.* — Avant tout il faut éviter les remèdes violents, tels que le humage d'eau-de-vie ou de jus de citron: ils sont douloureux et exaspèrent la rhinite. Au contraire, on peut sans inconvénient faire respirer des vapeurs d'eau de Cologne, de teinture d'iode, de l'olfaction d'anémone, remède homéopathique très vanté; l'effet de ces moyens est problématique, mais inoffensif. La meilleure inhalation abortive est le remède de Brand:

Acide phénique pur . . . . .	} aa 5 grammes.	
Ammoniaque liquide . . . . .		
Alcool à 90°. . . . .		10 —
Eau distillée. . . . .		15 —

Toutes les heures, on verse dix gouttes de ce mélange sur du papier

huvard, et on en fait aspirer les vapeurs par le nez seulement pendant quelques secondes. Si au bout de douze heures l'effet abortif de ces remèdes ne s'est pas produit, il faut y renoncer; car leur action substitutive, en se prolongeant, exaspérerait le coryza. Chez les enfants sujets aux rhumes de cerveau et chez qui des atteintes antérieures ont provoqué des complications du côté de l'oreille ou des bronches, il faut agir avec plus d'énergie: séjour au lit, bottes d'ouate autour des jambes, et transpiration provoquée par des tisanes chaudes additionnées de quelques gouttes de teinture de belladone.

2° *Traitement palliatif.* — Le symptôme le plus pénible du coryza est l'obstruction nasale et la céphalalgie qui en résulte. Pour rétablir momentanément la perméabilité nasale, rien ne vaut les pulvérisations discrètes, faites à l'aide d'un pulvérisateur de Richardson, d'une solution à 1 pour 100 de chlorhydrate de cocaïne: elles rendent le nez libre pendant quelques heures et permettent de se livrer au travail. Mais elles ne peuvent être employées qu'après 12 ans, à cause des phénomènes d'intoxication qu'elles pourraient provoquer au-dessous de cet âge. Chez les enfants plus jeunes, on prescrira de l'huile d'olive stérilisée mentholée à 1/50° ou résorcinée à 1/50° qui sera projetée dans le nez à l'aide d'un pulvérisateur spécial, ou simplement versée par gouttes dans les narines avec une petite cuiller, la tête étant renversée en arrière. Marfan a imaginé dans ce but une petite seringue nasale très pratique et qui, chez les enfants indociles, évite la chute accidentelle de l'huile mentholée dans l'œil. Un soulagement très manifeste sera également obtenu par des inhalations émoullientes de vapeur d'eau, additionnée d'une demi-cuillerée à café, par litre, d'alcool mentholé à 4 pour 100. Ces inhalations seront faites à l'aide d'un bocalrhine (inhalateur Nicolay); elles dureront une dizaine de minutes et seront répétées trois ou quatre fois dans la journée. On enduira la lèvre supérieure et le pourtour des narines avec de la vaseline boriquée pour prévenir l'érythème produit par le passage des sécrétions nasales. Il sera bon, même en l'absence de fièvre, de prescrire une légère dose de chlorhydrate de quinine. Si l'état général est plus touché, l'enfant doit être maintenu à la chambre et même au lit, les jambes entourées d'ouate; on se bornera à une alimentation légère; un purgatif doux sera avantageusement prescrit. Pour prévenir les complications, on empêchera l'enfant de se moucher avec force, de peur qu'il ne projette dans l'oreille moyenne des mucosités septiques; on pourra également, une ou deux fois par jour, badigeonner son pharynx avec de la glycérine salolée à 1/20. Surtout on proscriera absolument les lavages du nez à la période aiguë du coryza: ils irritent la muqueuse nasale, augmentent l'obstruction du nez et créent un sérieux danger d'otite. — Le coryza iodique réclame le même traitement, avec cependant moins de précautions. Naturellement on suspendra non seulement toute médication iodurée, mais aussi les préparations bromurées, qui auraient pu être antérieurement ordonnées; ces dernières sont souvent impures et renferment de l'iode.

3° *Traitement prophylactique.* — Il doit être très strictement suivi par les enfants sujets aux coryzas répétés et surtout aux coryzas compliqués. Il comporte deux indications: 1° Rendre l'enfant moins vulnérable en l'aguer-

rissant contre les intempéries, par l'exercice au grand air, le tub ou la douche froide; et lui faire porter des bas et caleçons de laine épaisse et des souliers à fortes semelles, pour éviter le froid aux pieds. 2° Rendre le nez moins susceptible. S'il existe des lésions chroniques du nez et du naso-pharynx, ce sera facile: il suffira de réduire au galvano-cautère le volume des cornets ou de pratiquer l'ablation des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Si, au contraire, le nez ne présente pas de grosses lésions, la prophylaxie du coryza sera plus difficile: Luchon ou Allevard chez les enfants lymphatiques, le Mont-Dore chez les fils d'arthritiques donneront parfois d'heureux résultats.

*Rhinites aiguës secondaires.* — Les rhinites aiguës qui se développent au début ou au cours des maladies infectieuses ne présentent qu'un intérêt séméiologique. Dans la *rougeole*, le coryza est de règle, la conjonctivite est précoce et constante; l'otite fréquente, mais plus tardive, suppure habituellement. Dans la *scarlatine*, le coryza est plus rare; il affecte une forme sèche et ce sont plutôt les épistaxis que l'écoulement muqueux qui attirent l'attention sur le nez. Vers la fin de la maladie peut se développer une rhinite aiguë purulente ou pseudo-membraneuse; son pronostic est grave, car si elle touche l'oreille, il est fréquent qu'elle y détermine des lésions osseuses profondes et rapides; l'otite post-scarlatineuse cause des caries diffuses du rocher qui amènent la mort ou tout au moins la surdité incurable. Dans la *grippe*, le coryza se distingue de la rhinite aiguë simple par son passage rapide à la purulence, et par la précocité et la fréquence des complications bronchiques et auriculaires. Dans la *coqueluche*, le coryza est constant, au moins à la période catarrhale du début: à ce point que Michaël et beaucoup d'auteurs allemands avec lui ont considéré les quintes de toux comme des phénomènes réflexes d'origine nasale et conseillé de traiter la coqueluche par des insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques à base de quinine. Dans l'*érysipèle de la face*, la rhinite aiguë, quand elle se montre, affecte plutôt la forme purulente, avec fréquentes lésions de la partie antérieure de la cloison et du vestibule. Les rhinites aiguës secondaires de l'enfance réclament toutes un même traitement local calmant et antiseptique, dont l'huile mentholée fera généralement les frais.

B. — *CORYZA AIGU DU NOUVEAU-NÉ.* — Le coryza aigu, essentiellement bénin chez l'enfant, devient, au contraire, une affection grave chez le nouveau-né, même dans sa forme la plus simple. Son pronostic s'assombrit pour deux raisons que nous avons signalées plus haut: parce que le nez, très étroit à cet âge, s'obstrue alors complètement; et parce que le petit enfant, ne pouvant respirer par les voies nasales, va se trouver dans des conditions plus ou moins incompatibles avec son existence: d'où résultent asphyxie et inanition, pouvant parfois entraîner la mort.

*Étiologie.* — Le refroidissement est la cause habituelle du coryza aigu des nouveau-nés: à cet âge, le moindre changement de température provoque des congestions nasales intenses, surtout chez les fils d'arthritiques. On les y expose en les sortant trop peu de temps après la naissance, surtout pendant les saisons humides. On les y expose encore en les laissant trop longtemps dans des langes mouillés, ou en leur maintenant la tête trop

près du feu, pendant qu'on les change de couches. La mode actuelle d'élever les enfants sans bonnet facilite le refroidissement de la tête.

Les infections locales peuvent aussi, indépendamment du froid, provoquer le coryza. Ainsi le nez peut se prendre lorsque, pendant une toilette mal faite, on y laisse pénétrer de l'eau savonneuse. Les sécrétions vaginales de la mère entrent aussi dans les fosses nasales pendant l'accouchement et les inoculent; c'est non seulement, comme il est dit plus loin, la rhinite gonococcique qui peut ainsi naître d'une vaginite blennorrhagique: mais encore un coryza aigu simple peut dériver d'une leucorrhée maternelle, produite par divers agents pathogènes (Fränkel).

**Symptômes.** — Les allures du coryza infantile sont des plus variables; tantôt ce n'est qu'un enchifrènement passager se traduisant par une respiration nasale sifflante et seulement un peu d'agitation nocturne; tantôt ce sont des phénomènes graves simulant la broncho-pneumonie et menant en quelques jours à la mort. Entre ces extrêmes est un type moyen habituel.

Les troubles de la respiration ouvrent la scène: la dyspnée s'annonce par une respiration nasale bruyante, d'abord sifflante et sèche, bientôt humide, ronflante, gargouillante. Dans quelques cas, l'inspiration se fait par la bouche: l'air expiré est chassé par le nez où il brasse des mucosités en produisant le bruit de *snuffle* (West), qui peut en imposer à un observateur inattentif pour un bruit de cornage laryngé, mais dont le point de départ se reconnaît à ce signe net, que la respiration devient immédiatement silencieuse si on pince le nez entre les doigts. A ce moment on voit un liquide transparent, aqueux, sortir des deux narines et s'étaler sur la lèvre supérieure qu'il irrite et fissure; plus tard le jetage devient muco-purulent et se concrète en croûtes qui obstruent l'entrée des narines: l'apnée nasale est alors absolue. L'enfant, dès qu'il sent son nez se boucher, s'efforce d'ouvrir la bouche; péniblement il fait l'apprentissage de la respiration buccale. Tant qu'on le tient verticalement, il respire assez bien: mais vient-on à le coucher sur le dos et surtout sur le ventre, position mauvaise qui gêne le jeu du diaphragme, alors apparaissent des troubles dyspnéiques sérieux. Il devient violacé, s'engoue et fait entendre un ronflement bruyant qui ne cesse que quand on le redresse; puis l'accès de suffocation se juge par une crise d'éternuements qui projette hors du nez des mucosités abondantes. Pendant le sommeil la dyspnée nasale est plus grande encore; car, à mesure que le sommeil s'accuse, la langue s'applique davantage contre le palais et barre à l'air la route buccale. A peine le petit malade commence-t-il à s'assoupir qu'il fait entendre un bruit plus sonore, mêlé de souffle nasal et de ronflement guttural; bientôt il se réveille étouffant, traduit sa soif d'air par plusieurs inspirations énergiques et se met à crier. Parfois ces cris dyspnéiques prennent l'intensité d'un accès de spasme de la glotte (Hauser, Hénoch); l'enfant est cyanosé, anxieux; les ailes du nez se dilatent, le nez siffle, le cri est aphone; les mouvements respiratoires sont rapides et tumultueux; par moments la respiration s'arrête, et l'accès peut aboutir à une attaque de convulsions. Bouchut expliquait ces paroxysmes dyspnéiques par l'aspiration et le retrait de la langue en arrière chez les nouveau-nés; l'air, fortement

aspiré par les poumons, entre par la bouche et accole la langue au palais comme une soupape. Küssmaul attribuait ces accès de suffocation à une congestion aiguë des poumons due aux inspirations énergiques et vaines que font les nourrissons pendant leur sommeil. Moure croit plutôt à une excitation directe de la glotte par la chute des mucosités nasales dans le pharynx, surtout facilitée par le décubitus dorsal. Donc, l'enfant se réveille à chaque instant; et il en résulte une insuffisance de sommeil qui entraîne un dépérissement rapide.

Les troubles de l'alimentation ne sont pas moins importants. L'enfant, excité par la faim, se jette avidement sur le sein qu'on lui tend, fait un essai de succion, mais bientôt, bleuisant, s'en retire pour respirer. Plusieurs fois il renouvelle ses tentatives, s'irrite, se met à crier et fait une déglutition maladroitement qui laisse entrer du lait dans le larynx: d'où cris, quintes de toux, accès de suffocation. Il se trouve placé dans cette dure alternative: ou de manquer de lait ou de manquer d'air. Rapidement vaincu, surtout par la dyspnée, instinctivement il refuse le sein. L'insuffisance d'alimentation s'ajoute donc à l'insuffisance du sommeil pour amener l'épuisement du nouveau-né. Le cri s'affaiblit et s'enroue, et parfois s'éteint complètement. Si la situation se prolonge sans rémission, l'enfant dépérit rapidement, se refroidit, ébauche quelques accès convulsifs et succombe dans le marasme. D'autres fois la fièvre s'allume, la température dépasse 40 degrés et la scène se termine par des accidents broncho-pulmonaires.

**Complications.** — La broncho-pneumonie est, en effet, la complication la plus grave sinon la plus fréquente du coryza infantile. La congestion pulmonaire produite par des inspirations exagérées à travers les fosses nasales rétrécies (Küssmaul), la chute fréquente de gouttes de lait dans les voies aériennes pendant les efforts des tétées, peuvent la provoquer: plus souvent elle résulte de la propagation aux poumons de l'infection descendante venue du nez, et elle doit être surtout à prévoir quand l'enrouement et l'affaiblissement du cri indiquent l'existence d'une laryngite aiguë. De plus, l'inspiration par la bouche d'un air nécessairement froid et sec peut la favoriser. Les complications auriculaires sont également très fréquentes, mais passent le plus souvent inaperçues à cet âge (Hartmann).

**Pronostic.** — Dans sa forme intense, le coryza aigu simple peut amener rapidement la mort: Billard a vu le dénouement fatal se produire en trois jours. Heureusement, il est rare qu'il en soit ainsi; ordinairement le tableau de la maladie est beaucoup moins sombre, beaucoup plus flou que nous ne venons de le tracer; et, bien qu'infiniment plus sérieux qu'il ne l'est chez l'adulte, cependant le coryza du nouveau-né guérit ordinairement en une semaine. Une thérapeutique et surtout une hygiène bien dirigées ont une grande influence sur cette heureuse terminaison.

**Diagnostic.** — Deux affections peuvent, dès le début de la vie, simuler le coryza aigu: ce sont les végétations adénoïdes et l'occlusion congénitale des fosses nasales. Il est de la plus haute importance d'en faire exactement le diagnostic différentiel, car, dans chacun de ces cas, l'obstruction nasale demande à être levée par un traitement différent. 1° Les végétations

adénoïdes congénitales ne sont pas exceptionnelles; elles amènent, quoique à un moindre degré que le coryza aigu, les conséquences connues de l'obstruction nasale. C'est la difficulté de téter qui est le plus accentuée; la respiration est moins gênée et le sommeil seulement troublé par un ronflement très sonore. Cette obstruction nasale est sèche, ne s'accompagnant d'aucun jetage par les narines; de plus, elle se montre dès la naissance, tandis que le coryza aigu, même le plus précoce, n'éclate, en général, que deux ou trois jours, au plus tôt, après l'accouchement. Le toucher rhinopharyngien, même fait avec le petit doigt, est impossible à cet âge, pour assurer le diagnostic hésitant; mais, si l'on suppose l'existence de végétations adénoïdes, le mieux est d'introduire derrière le voile du palais une pince coupante spéciale qui ramène le corps du délit et en même temps effectue le seul traitement utile, l'ablation (Lubet-Barbon). 2° L'occlusion congénitale des fosses nasales est infiniment plus rare: cependant il y a un intérêt vital à la diagnostiquer au plus vite. Elle siège presque toujours au niveau des choanes, en général, des deux côtés: les orifices postérieurs des fosses nasales sont fermés par une cloison osseuse. L'obstruction nasale est ici absolue, et non pas partielle comme dans le cas de végétations adénoïdes; de plus, elle se montre dès la naissance contrairement à l'enchièvrement du coryza. Elle peut se reconnaître à ce signe qu'en soufflant dans une narine avec une poire de Politzer, on n'entend l'air ainsi chassé revenir ni par l'autre narine ni par la bouche; ou mieux encore, en glissant un stylet moussé le long du plancher des fosses nasales, on peut se rendre compte du siège et de la nature de l'obstacle. Le coryza blennorrhagique et le coryza syphilitique des nourrissons se distinguent aisément du coryza aigu infantile par les signes que nous étudierons plus loin.

**Traitement.** — L'indication majeure du traitement du coryza infantile est de rétablir, au moins momentanément, la perméabilité du nez, pour permettre à l'enfant de s'alimenter: et, en second lieu, de réaliser l'antisepsie des fosses nasales, pour prévenir les complications auriculaires et bronchopulmonaires qui éclatent si facilement à cet âge. Les lavages du nez doivent être proscrits dans le coryza aigu simple, et plus encore chez le nourrisson que chez l'adulte, en raison des dangers auxquels ils exposent alors les oreilles par suite de la brièveté et de la largeur de la trompe dans les premiers temps de la vie. Le seul moyen inoffensif de débarrasser le nez des mucosités qui l'obstruent est la douche sèche, donnée avec la poire de Politzer, à laquelle on adapte un petit tube de caoutchouc. Elle sera donnée successivement plusieurs fois de chaque côté et chassera les mucosités hors de l'autre narine; on pourra répéter ces insufflations avant chaque tétée. Quant au tubage du nez, imaginé d'abord par Bouchut, qui consiste à introduire dans les fosses nasales deux tubes de caoutchouc pour rétablir le passage de l'air, c'est un moyen dangereux qui traumatise la muqueuse et laisse à sa suite des synéchies. Toutes les trois heures, il sera indiqué d'introduire dans les fosses nasales à l'aide d'une seringue de Marfan, l'enfant étant maintenu couché sur le dos, quelques gouttes d'huile mentholée à 1/100°: l'huile mentholée, toujours inoffensive, aide à la désobstruction du nez en

ramollissant les croûtes, en réduisant momentanément le volume des cornets, et en provoquant des éternuements qui expulsent les mucosités accumulées dans le nez. C'est un excellent succédané de la cocaïne, que ses propriétés toxiques doivent faire interdire formellement à cet âge. Le nourrisson sera maintenu dans une chambre un peu chaude, couché sur un plan incliné, la tête assez élevée pour que les mucosités nasales aient moins de tendance à couler dans le pharynx; les jambes seront enveloppées d'ouate et de taffetas gommé. Le pourtour des narines et la lèvre supérieure seront enduits de vaseline, à laquelle on incorporera 1/10° d'acide borique et 1/100° d'acide salicylique pour prévenir l'érythème que provoque à ce niveau le contact du liquide alcalin sécrété par le nez. Si le coryza est très aigu, on peut administrer à l'enfant 1 centigramme de calomel toutes les deux heures (Hench), ou lui donner une fois par jour une dose de 2 centigrammes de terpine (Lewy). Lorsque le coryza entre en voie de régression et que l'obstruction nasale diminue, on hâtera sa régression en insufflant dans les fosses nasales une petite quantité de la poudre suivante:

Acide borique . . . . .	} aa 10 grammes.	
Sous-nitrate de bismuth . . . . .		
Résorcine . . . . .		2 —
Menthol . . . . .		0 <sup>er</sup> ,20

Si, malgré la mise en œuvre de tous les moyens précédents, on ne réussit pas à lever suffisamment l'obstacle nasal pour permettre à l'enfant de prendre le sein, il faudra prolonger l'alimentation à la cuiller avec du lait extrait de la mamelle. Dans les cas graves, où la déglutition elle-même s'embarrasse, on suivra le conseil de Küssmaul, de nourrir les enfants avec une petite sonde de gomme introduite toutes les trois heures dans l'œsophage, jusqu'au rétablissement de la respiration nasale.

**Prophylaxie.** — Deux précautions principales la résument: ne pas sortir le nouveau-né avant trois ou quatre semaines pendant les saisons froides et humides; et se garder des lavages de tête peu soigneux qui refroidissent la peau ou font pénétrer dans le nez de l'eau savonneuse.

#### IV. — RHINITES PURULENTES AIGÜES

Jusqu'à ce qu'on ait découvert l'agent spécifique du coryza aigu, si tant est qu'il existe, il faut admettre pour le nez ce qui est actuellement démontré pour l'oreille: que les processus catarrhaux ou purulents qui frappent sa muqueuse sont fonctions de divers microbes, mais qu'inversement un même microbe, le staphylocoque, par exemple, peut, suivant des circonstances assez mal définies, produire à volonté du catarrhe ou de la suppuration. Ainsi, souvent chez le scrofuleux, le coryza aigu simple devient purulent, tout en ayant gardé au début ses allures habituelles. Grouper dans des chapitres à part les rhinites catarrhales et les rhinites purulentes aiguës, c'est seulement répondre à un des besoins provisoires de la clinique infantile, justifiés

il est vrai par ce fait que de part et d'autre les indications thérapeutiques diffèrent.

Les rhinites purulentes aiguës se différencient des rhinites catarrhales de l'enfance parce que leur sécrétion est purulente d'emblée, parce qu'elles ont une grande tendance à susciter dans les organes voisins des complications à type purulent et parce que, mal soignées, elles passent très aisément à la chronicité. Leur description est d'ailleurs assez confuse : car elles ont une étiologie variable, tantôt primitives et idiopathiques, tantôt secondaires; dans ce cas elles sont entretenues par des lésions locales du nez et du naso-pharynx (végétations adénoïdes, corps étrangers), ou provoquées par des infections générales (érysipèle, diphtérie, rougeole). De plus, entre la forme aiguë et la forme chronique de ces rhinites purulentes, il est difficile de tracer une ligne de démarcation. Aussi devons-nous nous contenter d'en considérer deux types principaux : l'un, qui se montre de préférence dans la moyenne enfance, l'autre, qui surtout frappe le nouveau-né.

A. — RHINITE PURULENTE AIGÜE DE L'ENFANCE. — A part Bosworth, peu d'auteurs l'ont étudiée. Tissier en a donné une bonne description quoiqu'un peu schématique; il la nomme rhinite impétigineuse à cause de sa coexistence fréquente avec l'impétigo de la face, ce qui semble indiquer une commune origine. Elle peut cependant s'en montrer indépendante. Le plus souvent elle est chronique; toutefois, elle peut affecter des allures aiguës, et mérite alors d'être étudiée en raison de la fréquence de ses conséquences oculaires, otitiques et broncho-pulmonaires.

**Étiologie et pathogénie.** — Cette affection se montre de préférence entre 7 et 12 ans, pendant l'évolution de la seconde dentition. La rougeole, l'influenza favorisent son éclosion. Elle évolue avec prédilection sur le terrain lymphatique. D'après Tissier, le staphylocoque doré, agent de l'impétigo, serait le micro-organisme qui ordinairement l'engendrerait. Quand la lésion cutanée précède l'affection nasale, le transport des staphylocoques de la peau à la pituitaire est favorisé par l'introduction des doigts dans le nez; quand la rhinite se développe primitivement, il faut admettre un réveil de la virulence des staphylocoques dorés, qui normalement habitent le vestibule nasal.

**Symptômes.** — La rhinite purulente aiguë peut affecter deux types distincts: elle est vestibulaire ou profonde.

La *rhinite vestibulaire*, très fréquente chez les enfants mal tenus, coïncide le plus souvent avec une éruption d'impétigo, au moins limitée au pourtour du nez. L'enfant en est rarement à sa première atteinte; et, des poussées antérieures, il lui reste le lobule du nez gros et large, la lèvre inférieure épaisse qui caractérisent le facies scrofuleux. Les ailes du nez sont rouges et douloureuses à la pression. Les narines sont encombrées de croûtes d'un jaune plus foncé que les concrétions jaune d'or qui recouvrent la peau voisine; aux commissures des narines, sont des érosions, des fissures cuisantes. Vient-on à détacher mécaniquement ces croûtes, on trouve au-dessous d'elles la peau du vestibule rouge, luisante, légèrement exulcérée; mais rapidement se produit un suintement d'un liquide citrin

qui bientôt forme des croûtes nouvelles. Le nez, ainsi obstrué, ne suffit pas à la respiration. L'enfant tient la bouche ouverte, bave comme il le fait toutes les fois que sa respiration nasale est gênée (Couëtoux), nasille en parlant et ronfle en dormant. Les phénomènes généraux sont insignifiants.

La *rhinite profonde* s'accompagne souvent de rhinite vestibulaire: elle est due à la participation de la pituitaire et fréquemment aussi de la muqueuse du naso-pharynx et de l'amygdale pharyngée (adénoïdite purulente aiguë), aux lésions qui tout à l'heure se limitaient à la peau du vestibule. Elle se caractérise par un écoulement muco-purulent ou franchement purulent, abondant, d'odeur fade, mais non pas fétide comme les sécrétions ozéneuses, empesant le mouchoir et le tachant en vert; souvent ce muco-pus est strié de sang. Cet écoulement irrite la peau des lèvres et des joues et y provoque des poussées de pyodermites dans le cas où l'impétigo ne préexiste pas. L'obstruction nasale est plus marquée que dans la forme précédente. Après avoir débarrassé le vestibule, au lieu de trouver, comme dans la forme vestibulaire, les fosses nasales à peu près libres, on constate, par l'examen au spéculum, que la muqueuse nasale est rouge, tuméfiée, molle au stilet, et que parfois elle présente, surtout au niveau de la cloison, de petites érosions grisâtres qui peuvent se recouvrir d'un mince exsudat membraneux peu consistant. D'ailleurs, les cornets inférieurs très gros viennent au contact de la cloison et masquent la vue; en les écartant avec le stilet on voit des placards de muco-pus disséminés en divers points des fosses nasales, mais s'accumulant surtout sur le plancher. L'état général est plus touché que dans la forme vestibulaire, il y a souvent des malaises, de l'inappétence, un peu d'embarras gastrique. J'ai même cité plus haut des cas où la rhinite purulente aiguë provoquait des phénomènes septicémiques à allure grave, mais à pronostic bénin.

**Complications.** — En considérant d'une part le grand nombre d'organes qui viennent s'aboucher dans les fosses nasales et d'autre part la facilité avec laquelle se propagent les infections pyogènes chez l'enfant, on conçoit quels risques fait courir au petit malade l'existence d'un foyer purulent dans le nez. Il suffit de se reporter à ce qui a été dit précédemment. Nous nous contenterons de rappeler que la présence d'une rhinite purulente aiguë doit faire craindre: du côté de la peau, poussées d'impétigo et parfois érysipèle, dont la récurrence s'explique par la persistance d'un foyer nasal originel latent; du côté des yeux, suppuration des voies lacrymales, de la conjonctive, ulcérations de la cornée; du côté de la gorge, poussées de réaction de l'anneau lymphatique de Waldeyer qui, peu à peu, s'hypertrophie et arrive à former des végétations adénoïdes; du côté de l'oreille, écoulements purulents qui tendent à la chronicité, etc. Enfin, Wermeille a montré le rôle que joue la rhinite purulente dans la production des bronchites et des broncho-pneumonies, surtout au cours des maladies infectieuses.

**Pronostic.** — Ordinairement la rhinite purulente aiguë bien soignée guérit rapidement sans laisser de traces et sans faire naître de complications. Il faut surtout, chez les sujets strumeux, craindre qu'après plusieurs atteintes elle ne passe à l'état chronique: car peut-être alors aboutirait-elle à l'ozène.