

**Diagnostic.** — En présence d'un enfant atteint de rhinite purulente aiguë, il est deux causes de suppuration nasale auxquelles il faut tout d'abord songer, sans quoi on court à un échec thérapeutique certain : les végétations adénoïdes et les corps étrangers du nez. 1° Les végétations adénoïdes, à chaque poussée d'adénoïdite qui se greffe sur elles, donnent lieu à un écoulement muco-purulent abondant qui se fait à la fois par les narines et dans le pharynx. La rhinoscopie postérieure ou à son défaut le toucher rhino-pharyngien permettent de les reconnaître. 2° Les corps étrangers du nez donnent lieu à une rhinite purulente aiguë unilatérale ; le pus qui sort de la narine est souvent mêlé de sang : l'enfant se plaint quand on lui touche le nez. La rhinoscopie antérieure montre une fosse nasale pleine de pus et souvent encombrée de fongosités saignantes, au milieu desquelles le stylet heurte un corps dur et qui se laisse souvent déplacer. Quand on a éliminé ces deux causes de suppuration nasale, on peut conclure à une rhinite purulente primitive et diriger son traitement en conséquence : car les sinusites sont un élément de pyorrhée nasale négligeable dans l'enfance.

**Traitement.** — Les lavages du nez forment la base du traitement. Ils seront pratiqués, non pas avec le siphon de Weber, instrument très dangereux pour l'oreille et qui doit être absolument rejeté, mais avec une seringue anglaise, dite énéma, munie d'un embout assez petit pour ne pas obstruer la narine et permettre au liquide de refluer aisément. On lave successivement chaque narine, en dirigeant le jet horizontalement le long du plancher des fosses nasales : pendant la durée des lavages, l'enfant tient la tête penchée au-dessus d'une cuvette ou évite de parler et d'avaler, pour que le liquide ne pénètre pas dans la trompe d'Eustache. Dans le même but, la douche étant terminée, ne pas se moucher pour chasser l'eau qui pourrait rester dans le nez. Les lavages doivent être répétés de deux à trois fois par jour ; à chaque séance, il faut faire passer au moins un demi-litre d'eau dans le nez. Ne jamais employer d'eau froide ni d'eau pure, mais des solutions isotoniques tièdes (32 degrés) d'abord alcalines pour diluer plus aisément les sécrétions nasales et plus tard antiseptiques pour les tarir : solutions de chlorate de potasse, de biborate de soude, de bicarbonate de soude à 5 pour 1000, puis solutions de phéno-salyl à 1 pour 1000, de résorcine à 1/2 pour 100, d'acide borique à 5 pour 100, etc. Dans les formes légères, on fera, dans l'intervalle des lavages, renifler des pommades antiseptiques boriquées (20 pour 100), résorcinées (5 pour 100) ou salicylées (1 pour 100). Mais, pour peu que la suppuration soit abondante, mieux vaut insuffler des poudres à l'aide d'un tube de caoutchouc : elles se répandent ainsi sur toute la surface de la pituitaire, ce que ne font pas les pommades. L'aristol et l'europhène, mêlés à leur poids de sucre de lait, ont une action siccatrice toute spéciale. Si leur emploi n'est pas suivi d'effet, on leur substituera la poudre de nitrate d'argent beaucoup plus active :

Talc . . . . .	20 grammes
Nitrate d'argent cristallisé. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,20 à 0 <sup>gr</sup> ,50

En même temps, on mènera de front le traitement de l'impétigo vestibulo-labial. S'il y a des phénomènes généraux, on instituera la même théra-

peutique interne que dans le coryza aigu simple. La fréquence des récidives et la tendance à la chronicité obligent à continuer le traitement encore un certain temps après guérison apparente. Le traitement général joue un grand rôle dans la prophylaxie des rhinites purulentes qui sont l'apanage des scrofuleux : sirops iodés en été, huile de morue en hiver. Une saison à une station sulfureuse, Challes ou Luchon, rend de grands services.

B). — RHINITE PURULENTE AIGUË DES NOUVEAU-NÉS. — Le coryza aigu infantile affecte parfois un caractère d'emblée purulent : il présente alors des symptômes et une évolution qui doivent le faire étudier à part.

**Étiologie.** — Cette rhinite purulente est presque toujours d'origine maternelle. Dans quelques cas exceptionnels, l'enfant naît avec sa rhinite. Lorsqu'en effet la rupture des membranes a lieu d'une manière prématurée et que l'accouchement tarde, la poche des eaux, mise en communication avec l'extérieur, s'infecte : et le séjour du fœtus dans l'amnios souillé peut être le point de départ d'une rhinite purulente, souvent accompagnée de broncho-pneumonie (Legry et Dubrisay, Démelin et Létienne). Ordinairement le coryza n'apparaît qu'un ou deux jours après la naissance. Il faut alors admettre que le nez de l'enfant s'est infecté pendant l'accouchement, au passage du vagin. La rhinite purulente ainsi produite est presque toujours gonococcique. Le coryza blennorragique est nié par la plupart des vénéréologues ; il est vrai que ceux-ci observent surtout l'adulte. Chez le nouveau-né, on ne conçoit pas pourquoi l'infection blennorragique obstétricale serait plus difficile à réaliser dans le nez, toujours béant, que sur l'œil, qui se ferme pendant l'accouchement. D'ailleurs la plupart des rhinologues, B. Fränkel, Voltolini, Ziem, Schech, Rethi, Cozzolino, admettent comme démontré le coryza blennorragique du nouveau-né. Les confrontations qui ont pu être faites ont révélé chez la mère l'existence d'une vaginite suspecte. La rhinite blennorragique coïncide souvent avec la conjonctivite purulente, soit par inoculation simultanée, soit par propagation par les voies lacrymales. Si la fréquence de la conjonctivite est plus grande que celle de la rhinite, c'est sans doute, comme le veut Tissier, que le mucus nasal est doué d'un pouvoir bactéricide que ne possèdent pas les larmes.

**Symptômes.** — Ce sont les mêmes symptômes que ceux du coryza aigu simple, encore plus accentués. L'écoulement commence le lendemain ou le surlendemain de la naissance ; jamais il n'est filant comme le muco-pus des rhinites catarrhales ; c'est un pus crémeux, jaune, souvent strié de sang, parfois fétide. Il irrite la lèvre supérieure qui rougit et s'érode ; en même temps le nez se tuméfie, devient écarlate, tendu, douloureux à la pression. L'obstruction nasale et ses conséquences sont beaucoup plus marquées que dans le coryza simple. L'état général est souvent très atteint.

**Complications.** — Sur place, on observe parfois des périostites avec destruction des cartilages de la cloison, synéchies et déformation nasale ultérieure. A distance, on note des ophtalmies purulentes par propagation ; des otites moyennes suppurées extrêmement graves ; des bronchites descendantes ; enfin Weber a vu des accidents cérébraux, convulsions, hémiplegie.

**Pronostic.** — La gravité de la rhinite blennorragique résulte de l'ob-

struction nasale absolue qu'elle entraîne; de la fréquence de son passage à la chronicité, car il est habituel de voir l'écoulement nasal se prolonger pendant un ou deux mois; enfin, des complications que nous avons mentionnées. De plus, il est possible que les sujets atteints après leur naissance de rhinite blennorragique deviennent plus tard, au moment de la puberté, des ozéneux. La démonstration n'a pu en être donnée, car jamais on n'a rencontré encore le gonocoque dans les sécrétions de l'ozène: mais la recherche des antécédents des ozéneux semble venir à l'appui de cette théorie. Moritz Schmidt assimile la rhinite atrophique à la transformation scléreuse tardive de la muqueuse urétrale: ozène et rétrécissement de l'urètre succéderaient par un même processus à une blennorragie nasale ou urétrale ancienne.

**Diagnostic.** — Le coryza blennorragique diffère du coryza aigu par sa précocité, par son jetage franchement purulent, par la coïncidence fréquente d'une ophtalmie purulente, enfin par l'existence chez la mère d'une vaginite antérieure; cependant, nous avons vu que les infections obstétricales amènent parfois chez le nouveau-né un coryza simple (B. Fränkel). Seulement, on ne pense pas toujours à explorer les fosses nasales: le médecin classique néglige cet organe, et rapporte souvent les phénomènes généraux à une affection générale, jusqu'à ce que l'apparition d'une otite ou d'une broncho-pneumonie appelle un peu tard son attention sur le nez. — Entre le coryza blennorragique et le coryza syphilitique, pas de confusion possible. Celui-ci ne débute que quelques semaines après la naissance, et a une marche chronique: l'écoulement nasal n'est pas constitué par du pus, mais par un liquide séro-sanguinolent, mêlé de croûtes brunâtres. D'ailleurs, les autres signes de syphilis héréditaire, plaques muqueuses et fissures des lèvres, psoriasis palmaire et plantaire, adénopathie sous-occipitale indolente, aspect vieillot et plombé de la figure, ne permettent pas une erreur, qui serait grosse de conséquences.

**Traitement.** — Comme dans le coryza aigu, il doit avoir pour but de rétablir la perméabilité nasale afin de permettre au nouveau-né de prendre le sein. Cette indication sera remplie ici par les irrigations nasales; malgré le danger qu'elles font courir à l'enfant, elles sont nécessaires pour éviter la stagnation du pus dans les fosses nasales, dont la muqueuse a un pouvoir absorbant double de celui de la muqueuse gastro-intestinale (Marco Treves), ce qui explique l'importance des phénomènes généraux. Tout appareil — douche de Weber, ou analogue — basé sur le principe du siphon, sera prescrit; on ne doit employer que des seringues à faible pression: la vulgaire seringue urétrale de verre répond à ce but; ou bien, on utilisera un bock à injection, maintenu presque au niveau du nez, à condition de remplacer l'embout nasal classique par un mince tube de caoutchouc. L'enfant, bien emmaillotté, sera tenu sur les genoux d'un aide, couché sur le côté et ayant la tête penchée au-dessus d'une cuvette. A chaque lavage on emploiera de 100 à 200 grammes de liquide tiède; on se gardera à la fois des liquides toxiques (sublimé, acide phénique) ou des solutions à action vomitive (sulfate de zinc, sulfate de cuivre); on prescrira soit l'eau boriquée, soit la solution de bicarbonate de soude à 1/100<sup>e</sup> qui délaie facilement le pus; la

solution de résorcine à 1/100<sup>e</sup> est également un bon antiseptique à employer dans ce cas. Après avoir débarrassé le nez de son contenu, on modifiera la muqueuse en insufflant dans chaque narine les poudres suivantes, qui devront être d'une finesse extrême et passées au tamis; on choisira, pour faire cette insufflation, qui se pratique avec un simple tube de caoutchouc, le moment où l'enfant crie: le voile du palais, alors relevé, empêche toute pénétration de poudre dans les voies aériennes.

Iodoforme . . . . .	1 gramme
Benjoin . . . . .	5 —
Acide borique . . . . .	10 —

ou :

Sozoiodol de zinc . . . . .	1 gramme
Sucre de lait . . . . .	20 —

Si la rhinite ne cède pas à ces moyens, on fera suivre chaque lavage (qui devra alors être fait avec de l'eau bouillie pure) d'une insufflation avec :

Nitrate d'argent . . . . .	0 <sup>sr</sup> ,50
Talc . . . . .	25 grammes

Bien entendu, on veillera soigneusement à la propreté du visage par des lavages répétés; on évitera le contact des objets souillés avec les yeux. L'enfant, s'il ne peut téter, sera nourri à la cuiller.

**Prophylaxie.** — La prophylaxie des rhinites obstétricales dérive des mêmes principes que celle qui a pour but de s'opposer à l'ophtalmie purulente. D'une part, antiseptie rigoureuse du vagin avant et pendant l'accouchement chez toute femme atteinte d'un écoulement suspect. D'autre part, désinfection du nez de l'enfant dès la naissance, en introduisant dans chaque narine une boulette de coton hydrophile imbibée d'une solution de sublimé à 1/2000<sup>e</sup>. Cozzolino a même proposé de faire chez tout enfant venant au monde une insufflation de poudre d'iodoforme dans les deux narines.

#### V. — RHINITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

La production de fausses membranes dans le nez est liée à beaucoup de causes. Abstraction faite des cas où elles se développent à la suite d'irritations mécaniques (opérations endo-nasales, séjour des corps étrangers), elles peuvent naître spontanément, résultant d'infections variées.

**Étiologie. Pathogénie.** — A la diphtérie nasale grave, décrite par Bretonneau et Trousseau, les rhinologistes modernes (Raulin, Hartmann, Seifert) avaient opposé, sous le nom de *rhinite fibrineuse*, une inflammation pseudo-membraneuse de la pituitaire, essentiellement bénigne, n'ayant que des symptômes locaux. Et c'est ainsi que jusqu'à ce jour les traités de rhinologie décrivaient en deux chapitres distincts la rhinite diphtérique, produite par le bacille de Löffler, et la rhinite fibrineuse, due à d'autres microbes, streptocoque, staphylocoque doré (Maggiore et Gradenigo): à ce dernier type Tissier rattache un coryza membraneux du nouveau-né, d'origine génitale (Monti). Des recherches bactériologiques plus récentes ont

montré le peu de cas que nous devons faire de cette division : Baginsky, Concetti, Eemann ont trouvé le bacille diphtérique dans les sécrétions de la rhinite fibrineuse vraie. Lichtwitz a même signalé ce microbe dans les fausses membranes post-opératoires. D'autre part, les auteurs, qui comme Zarniko restent fidèles à la division classique, reconnaissent que, dans la rhinite diphtérique vraie, il existe toujours une infection pyogène surajoutée, à streptocoques le plus souvent. De sorte que si l'on voulait conserver cette division, peut-être serait-on obligé d'en renverser les termes et, comme le font Sevestre et Martin dans ce traité, de considérer comme diphtérie nasale pure l'ancien coryza fibrineux, et de rattacher à des infections mixtes, telles que la strepto-diphtérie, la rhinite diphtérique des rhinologistes. En présence de l'obscurité qui plane encore sur leur pathogénie, mieux vaut provisoirement étudier en bloc les rhinites pseudo-membraneuses. Leur étiologie est encore mal connue : tantôt elles naissent d'un coup de froid, tantôt elles se propagent par contagion, en épidémies de maison ; une angine pseudo-membraneuse peut communiquer une rhinite fibrineuse et inversement.

**Anatomie pathologique.** — Toute la surface de la pituitaire est recouverte d'une pseudo-membrane grise, souvent épaisse, qui tapisse les cornets et pénètre dans les anfractuosités des méats. L'épithélium est intact, mais le derme de la muqueuse est infiltré de cellules rondes ; par places se montrent des hémorragies interstitielles (Seifert). Nulle part il n'y a d'ulcérations.

**Symptômes.** — Cliniquement nous décrivons deux types de rhinites pseudo-membraneuses : a). Une forme grave, répondant à la diphtérie nasale des classiques ; b). Une forme bénigne, qui est l'ancien coryza fibrineux ; il est impossible d'asseoir cette division sur aucune base pathogénique précise.

A). *Forme grave.* — (Rhinite diphtérique des auteurs allemands, strepto-diphtérie de Sevestre et Martin.) Les fausses membranes sont très rarement limitées au nez : il y a presque toujours de l'angine diphtérique antérieure ou concomitante. L'exsudat est constamment bilatéral, il occupe surtout la partie postérieure des fosses nasales, mais il s'étend souvent jusqu'à l'orifice antérieur, où paraissent des fausses membranes grisâtres. L'obstruction du nez est totale. Les sécrétions nasales donnent lieu à un jetage caractéristique : au début, c'est un suintement continu de sérosité roussâtre ; plus tard, c'est un écoulement purulent abondant, qui peut être mêlé de débris pseudo-membraneux : plusieurs fois dans la journée se produisent des épistaxis, parfois sérieuses. Des croûtes noirâtres s'accumulent autour des narines, à travers lesquelles le suintement continu se fait, amenant une vive irritation de la peau du nez et de la lèvre supérieure. Il n'est pas rare que les lésions gagnent les yeux par les voies lacrymales : on voit alors les paupières rougir et se boursoufler. Les ganglions sous-maxillaires, auxquels se rendent les lymphatiques du nez, se tuméfient. Les symptômes généraux sont très marqués. L'examen du nez au spéculum montre les fosses nasales occupées par des fausses membranes qui obstruent tout l'espace laissé libre entre la cloison et les cornets dont la muqueuse est tuméfiée et rouge, parsemée par places de petites taches ecchymotiques qui se montrent entre les îlots que forme au début l'exsudat. Celui-ci

est difficile à détacher ; les tentatives provoquent des épistaxis abondantes.

B). *Forme bénigne.* — (Rhinite fibrineuse des auteurs allemands, diphtérie pure de Sevestre et Martin.) Les fausses membranes sont limitées au nez : l'angine, inconstante, est presque toujours catarrhale. L'exsudat est souvent unilatéral et ne cause qu'une obstruction nasale incomplète, un enchièvrement souvent léger. L'écoulement nasal est peu abondant : ce n'est ordinairement qu'un peu de muco-pus, comme dans un coryza simple. Cependant, à la suite d'un éternuement violent, le petit malade peut rendre des moules membraneux reproduisant la forme des fosses nasales et dont rien n'aurait pu antérieurement faire soupçonner l'existence. Il n'y a pas d'épistaxis. Les ganglions sous-maxillaires sont peu tuméfiés. L'état général est à peine touché, bien que cette rhinite ait ordinairement un début brusque et fébrile comme le coryza aigu. L'examen au spéculum donne la même image rhinoscopique que dans la forme précédente : cependant les fausses membranes qu'on enlève avec la pince ont peu de tendance à se reproduire.

**Complications.** — Même dans sa forme en apparence bénigne, la rhinite pseudo-membraneuse expose le petit malade à tous les accidents qui résultent de l'infection diphtérique. Bretonneau considérait les fosses nasales comme le nid d'où sort la diphtérie pour se répandre dans les voies aériennes.

**Pronostic.** — La forme grave assombrit le pronostic de l'angine pseudo-membraneuse à laquelle elle est associée. La forme bénigne guérit en général spontanément ; souvent même la rhinite évolue et disparaît sans que nul ne se doute que l'enfant ait eu autre chose qu'un coryza simple. De là résulte un danger : moins pour le malade lui-même, car cette forme est peu infectante, que pour l'entourage. Car cette rhinite dure longtemps, un mois au moins, quand un traitement intempestif ne la prolonge pas davantage ; pendant ce temps l'enfant conserve dans son nez des bacilles de Löffler virulents, qu'il colporte partout ; et, quand les fausses membranes ont disparu, l'écoulement de mucus transparent qui leur survit reste encore une source de contagion (Tézenaz du Monteil). Une malade de Gerber et Podack communiqua une angine diphtérique au 76<sup>e</sup> jour d'une rhinite fibrineuse.

**Diagnostic.** — Rien n'est plus simple que de reconnaître l'existence d'une rhinite fibrineuse : il suffit de constater une fausse membrane dans le nez ou dans l'écoulement nasal. Mais, dans les formes bénignes, cette recherche doit être faite minutieusement ; plus d'une fois il m'est arrivé de reconnaître par la rhinoscopie antérieure l'existence d'une rhinite diphtérique chez un enfant qui paraissait atteint de coryza simple. Cela étant fait, la deuxième partie du problème, qui consiste à déterminer la nature de cette rhinite, incombe à la bactériologie. Pour éviter toute erreur grossière il est bon de demander si l'enfant n'a pas subi récemment quelque cautérisation nasale : et, dans le cas où l'on se trouve en présence d'une rhinite unilatérale, il faut penser à sonder le nez à la recherche d'un corps étranger.

**Traitement.** — Tout traitement local intensif, toute cautérisation énergique amène des exacerbations, prolonge indéfiniment la durée de la rhinite et laisse à sa suite des lésions nasales durables. Il faut se contenter de lavages antiseptiques fréquents (solutions de résorcine à 1/100<sup>e</sup>, d'acide phénique à

1/200°) qui débarrassent en partie le nez des sécrétions qui s'y accumulent et diluent, balayent les toxines. Les fausses membranes ne doivent jamais être enlevées avec la pince ni le porte-ouate, même si elles sont flottantes : en agissant ainsi, on ouvre une porte à l'absorption des toxines et on provoque des épistaxis parfois abondantes. On peut essayer de les dissoudre en instillant dans les fosses nasales une solution de papayotine à 1/20°, ou plus simplement encore un peu d'eau oxygénée à 12 volumes. Dans le nez ainsi momentanément rendu perméable, on insuffle des poudres antiseptiques dont la plus active est l'iodoforme mêlé à son poids de sucre de lait; à son défaut, on prescrira la poudre d'aristol ou d'iodol. Quand les fausses membranes ont cessé de se reproduire, on continuera encore les injections nasales légèrement antiseptiques, tant que persistera là un écoulement nasal, même muqueux. On soutiendra les forces du malade avec une alimentation substantielle. Enfin l'injection sous-cutanée de sérum antidiphthérique s'imposera si l'examen bactériologique porte le diagnostic de rhinite diphthérique.

#### VI. — RHINITE SPASMODIQUE

La rhinite spasmodique ressemble au coryza aigu, mais en diffère par la superposition aux symptômes de ce dernier de phénomènes nerveux réflexes locaux (crises d'éternuement avec hypersécrétion aqueuse) ou distants (crises de toux, de dyspnée asthmatiforme). A vrai dire, c'est moins une rhinite aiguë qu'un coryza chronique à accès paroxystiques.

**Étiologie et pathogénie.** — Cette affection est l'apanage des classes riches; elle se montre surtout chez les enfants de race neuro-arthritique, de préférence chez ceux qui ont une hérédité goutteuse très chargée. Elle frappe la jeunesse et l'âge mûr, et épargne presque toujours la première enfance; c'est au début de la puberté qu'elle commence à se manifester; chez les petites filles, elle apparaît quand les règles s'établissent. Elle peut se manifester sous deux types : l'un, périodique, ayant ses retours offensifs au printemps et au commencement de l'été; l'autre, apériodique, se produisant irrégulièrement en n'importe quelle saison. Le type périodique, qui porte aussi le nom de *rhume des foins*, semble être provoqué par la présence dans l'air du pollen des graminées. Le type apériodique reconnaît comme causes des irritations variables, refroidissement, inspiration de poussières, voyage en chemin de fer, etc. Les phénomènes spasmodiques sont parfois sous la dépendance de lésions chroniques du nez et du naso-pharynx telles que : polypes muqueux, rhinite hypertrophique, végétations adénoïdes, etc. Peu d'affections ont suscité autant de querelles pathogéniques : tour à tour la rhinite spasmodique a été attribuée exclusivement à l'inspiration de poussières végétales (école anglaise), à la diathèse arthritique (école française), aux lésions chroniques du nez (école allemande). En réalité, il faut adopter une opinion éclectique. Pour produire les crises de rhinite spasmodique sous l'influence d'irritants qui, chez un autre sujet, n'amèneraient qu'un coryza simple, il faut incontestablement un terrain prédisposé par l'hérédité neuro-arthritique; et cela seul suffit. Les lésions locales du nez facilitent encore

l'écllosion de ces symptômes; mais elles ne pourraient le faire, il est vrai, chez un sujet indemne de toute diathèse.

**Symptômes.** — La rhinite spasmodique se montre sous deux formes : A. forme oculo-nasale, B. forme bronchique.

A). *Forme oculo-nasale.* — L'accès a un début beaucoup plus brusque que l'attaque de coryza aigu simple; subitement le nez s'obstrue, les éternuements éclatent presque incoercibles, tandis qu'un liquide aqueux très abondant s'écoule des narines; en même temps l'enfant se plaint de picotement des yeux; il y a de la photophobie, du larmoiement intense. Fréquemment il existe des douleurs frontales et circum-orbitaires assez vives; l'état général est à peine touché. Tout peut se borner là; la crise, qui dure de quelques heures à deux ou trois jours, se répète à intervalles irréguliers, mais rapprochés, puis le calme renaît pendant un temps parfois si long qu'on croit pouvoir espérer une guérison.

B). *Forme bronchique.* — Aux symptômes précédents s'ajoutent généralement, un ou deux jours après le début de la rhinite, soit des accès de dyspnée nocturne ressemblant aux crises d'asthme vrai, soit des quintes de toux coqueluchoïde avec ébauche de spasme glottique; il n'est pas rare, surtout dans la moyenne enfance, que la crise aboutisse à une bronchite aiguë diffuse, fébrile, qui parfois dure quelques semaines. L'examen local des fosses nasales, qu'il ne faut jamais négliger de pratiquer, de préférence dans l'intervalle des crises, donne des résultats variables. Tantôt le nez semble normal, mais sa muqueuse est le siège d'une hyperesthésie très nette et l'attouchement au stylet en certains points de sa surface rappelle les accidents nerveux, en particulier la toux et les éternuements spasmodiques. Tantôt, au contraire, on constate des lésions chroniques bien caractérisées, soit de la rhinite hypertrophique avec épaissement et relâchement de la muqueuse du cornet inférieur, laquelle a un aspect blanc et lavé, en même temps que des grappes de polypes muqueux se montrent sur le bord inférieur du cornet moyen; soit des végétations adénoïdes souvent accompagnées de l'hypertrophie de la queue des cornets inférieurs. Pendant la crise, au contraire, la tête des cornets inférieurs rougit, gonfle et masque le champ visuel.

**Pronostic.** — Malgré les allures bruyantes, tumultueuses que la rhinite spasmodique affecte chez beaucoup d'enfants, cependant son pronostic n'est pas sombre, car elle ne met jamais la vie en danger. Il faut pourtant s'efforcer de l'enrayer activement dès son début, attendu qu'il n'est pas rare qu'elle persiste jusqu'à un âge avancé, faisant le désespoir des malades. De plus, même dans sa forme essentielle, elle peut entraîner à sa suite de grosses lésions nasales fixes contre lesquelles il y aura à intervenir.

**Diagnostic.** — Rien n'est plus facile que de reconnaître cette affection, à condition cependant de ne point être inféodé à la vieille école qui considère le nez comme facteur négligeable en pathologie; même dans la forme bronchique, le début nasal des accidents met sur la voie les moins clairvoyants. Le diagnostic ne sera pourtant complet que lorsqu'on aura déterminé le rôle des lésions locales dans la genèse des accidents, ce qui oblige à une exploration nasale minutieuse.

**Traitement.** — Le traitement répond à deux indications : il est palliatif lorsque l'accès est déjà déclaré; il est prophylactique, si l'on est appelé à intervenir dans une période intermédiaire de calme.

A). *Traitement palliatif.* — L'antipyrine, associée à la quinine, administrée à petites doses, donne d'assez bons résultats pendant la crise paroxysmique. S'il s'y joint de la dyspnée, on prescrira de la teinture de belladone ou du bromoforme; la combustion de diverses poudres anti-asthmatiques pourra être utile. Localement on pulvérisera dans les fosses nasales de l'huile mentholée au 1/50°. Les pulvérisations de cocaïne au 1/100° ne sont autorisées qu'à partir de 12 ans.

B). *Traitement prophylactique.* — Il comporte trois indications : 1° soustraire le malade à la cause déterminante de son accès et, comme cette cause est éminemment variable selon les individus (refroidissement, exposition au soleil, parfum des fleurs, etc.), chaque individu fera sa prophylaxie à sa façon. D'une façon générale, il faut en été rechercher l'ombre et la fraîcheur; le séjour dans les montagnes est très recommandable; 2° combattre d'une façon persévérante la diathèse neuro-arthritique; les eaux du Mont-Dore trouvent ici une indication de premier ordre; les stations sulfureuses sont plutôt nuisibles. L'hydrothérapie froide est aussi un des meilleurs palliatifs des crises; 3° guérir les lésions nasales qui servent de point de départ aux accidents nerveux. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien il existe une grosse lésion apparente, polypes muqueux, végétations adénoïdes; ces cas sont les plus favorables au point de vue du pronostic, car le traitement chirurgical supprime ou atténue considérablement la rhinite spasmodique. Ou bien, au contraire, il n'existe aucune lésion nasale apparente, mais le stylet révèle de l'hyperesthésie de la pituitaire; en ce cas, les lavages du nez répétés tous les jours avec une solution de nitrate d'argent à un demi-millième constitueraient, d'après Fränkel, le meilleur moyen de réduire la sensibilité nasale. En cas d'échec on s'adressera à la cautérisation galvanique des cornets inférieurs, ou de la cloison : cautérisation légère, en surface, qui, pratiquée au printemps, assure au patient un été relativement tolérable. Les insufflations intra-nasales d'air sec surchauffé (Lermoyez et Mahu) atténuent assez bien les symptômes les plus pénibles, même pratiqués en pleine crise; mais elles ne donnent pas ici les résultats merveilleux qu'on en obtient dans le coryza spasmodique apériodique, en particulier dans sa forme hydrorrhéique, qu'elles sèchent en l'espace de quelques séances.

C). *Traitement curatif.* — Le remède du rhume des foins est encore à trouver. La « Pollantine » de Dunbar, récemment découverte, serait-elle enfin ce spécifique tant cherché? Ce chimiste extrait du pollen de maïs une toxine qui, inoculée à l'homme sain reste sans effet, mais qui, au contraire, provoque un formidable accès de fièvre des foins chez un sujet prédisposé. — Des animaux inoculés avec cette toxine fournissent un sérum qui, instillé sur la conjonctive et dans le nez, guérirait le « hay-fever ». Cette sérothérapie du rhume des foins est encore à l'étude.

## VI

## RHINITE CHRONIQUE

PAR LE D<sup>r</sup> MAURICE BOULAY  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

**Étiologie.** — C'est la plus commune des lésions intra-nasales qu'on observe chez l'enfant. Bien qu'on trouve dans les produits de sécrétion de la pituitaire chroniquement enflammée les genres les plus variés de bactéries, pour lesquelles ces sécrétions constituent sans doute un bon milieu de culture, on ne saurait considérer la rhinite chronique comme de nature infectieuse. Son étiologie, encore incomplètement élucidée, paraît assez banale. Deux cas doivent être distingués selon qu'elle se développe isolément, à titre d'affection en quelque sorte idiopathique, ou bien qu'elle accompagne d'autres lésions du nez ou du pharynx dont elle est une conséquence.

A). *Rhinite idiopathique.* — Tantôt elle s'installe d'emblée à l'état chronique, sans avoir passé par une phase aiguë; tantôt elle résulte du passage à la chronicité d'un coryza aigu vulgaire, ou bien encore elle est l'aboutissant d'une série de rhinites aiguës répétées. Les fièvres éruptives, qui se traduisent, surtout au début, par un catarrhe plus ou moins marqué des muqueuses nasale et pharyngée, en sont souvent l'origine : telles sont les rhinites chroniques post-rubéolique et post-scarlatineuse, qui sont d'ailleurs des rhinites banales, et nullement spécifiques. Certains états généraux en favorisent l'apparition. C'est ainsi que les enfants qui présentent les attributs du lymphatisme, de la scrofule, y sont incontestablement prédisposés. Quelques auteurs ont cru, il est vrai, pouvoir renverser cette proposition : considérant que la rhinite chronique avec ses conséquences habituelles, obstruction nasale, eczéma et tuméfaction de la lèvre supérieure, adénites sous-maxillaires, suppurations auriculaires, conjonctivite, etc., réalise assez souvent le type de l'enfant strumeux, ils ont regardé la scrofule comme un effet des lésions nasales. Nous ne saurions souscrire à cette opinion et nous nous contentons de reconnaître que, dans certains cas, la rhinite chronique reproduit le pseudo-syndrome de la scrofule.

B). *Rhinite symptomatique.* — Sans parler des corps étrangers, étudiés ailleurs, des tumeurs des fosses nasales ou des affections des sinus, rares chez les enfants<sup>(1)</sup>, il est important de signaler le rôle joué par les végétations adénoïdes et les déviations de la cloison dans le développement du catarrhe chronique de la pituitaire. Les végétations s'accompagnent au début d'une simple congestion de la pituitaire : il s'agit d'une hyperémie passive due soit au ralentissement de la circulation de l'air dans le nez, soit à la com-

(<sup>1</sup>) MOREL. Sinusites maxillaires chez les enfants. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1896, n° 45.