

**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.

pression des veines efférentes de la muqueuse par les tumeurs adénoïdes au niveau de la voûte du pharynx. La tuméfaction qui accompagne cette stase du début est sujette à des oscillations et peut disparaître complètement après la disparition de sa cause : si l'on opère les végétations à cette période, l'obstacle apporté à la respiration nasale par les modifications de la muqueuse est levé du même coup. Mais lorsque l'affection est plus ancienne, lorsque la congestion de la pituitaire a été plus intense et surtout plus persistante, il se produit des altérations anatomiques, en particulier une dilatation permanente des petits vaisseaux. La muqueuse tuméfiée n'est plus alors susceptible de revenir complètement sur elle-même, elle est hypertrophiée. Les déviations et épaississements de la cloison s'accompagnent fréquemment d'une rhinite unilatérale : celle-ci est provoquée à la fois par le séjour des mucosités qui, n'étant plus expulsées, sont une source d'irritation continue pour la muqueuse, et par les troubles de la circulation lymphatique et sanguine de la pituitaire qui devient le siège d'une hyperémie passive en arrière du point rétréci.

**Symptômes.** — A). *Symptômes fonctionnels.* — Le coryza chronique se traduit par deux symptômes principaux : des modifications sécrétoires et de l'obstruction nasale. Ces symptômes sont le plus souvent associés, mais peuvent aussi exister isolément. — a). *Modifications sécrétoires.* — Elles sont à la fois quantitatives et qualitatives. Les sécrétions, plus abondantes, s'accumulent dans les fosses nasales qui sont continuellement encombrées. Lorsque l'enfant sait se moucher, il salit deux, trois mouchoirs et plus par 24 heures. Dans le cas contraire, le trop-plein des cavités nasales déborde à la fois en arrière et en avant : en arrière, elles tombent dans la gorge, descendent le long des parois du pharynx et sont dégluties; en avant, elles viennent humecter les narines et la lèvre supérieure : selon l'expression vulgaire, l'enfant a perpétuellement la morve au nez. C'est tantôt un mucus transparent, mais épais, de consistance albumineuse, tantôt du muco-pus jaune, s'étirant en longs filaments. D'ordinaire sans odeur, il offre parfois une odeur fade; il n'est fétide qu'exceptionnellement et seulement d'une façon passagère. Lorsqu'il est épais, il peut se dessécher à l'entrée des narines et s'y concréter en petites croûtes que l'enfant arrache avec le doigt : de là des traumatismes répétés qui peuvent devenir l'origine d'épistaxis.

b). *Obstruction nasale.* — Selon la nature, l'intensité, le siège des lésions, l'obstruction nasale est permanente ou intermittente, complète ou incomplète, uni ou bi-latérale. Les enfants déjà âgés savent suffisamment analyser leurs sensations pour rendre compte de ces phénomènes. Entre un état de perméabilité à peu près normale du nez et l'obstruction presque complète, il existe tous les intermédiaires. Il est rare que l'obstruction soit fixe et permanente : elle subit d'ordinaire chez le même malade d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre de la même journée, des variations assez considérables. Le passage de l'obstruction à la perméabilité ou inversement se fait lentement, insensiblement, ou bien au contraire brusquement : une émotion, une influence nerveuse, la respiration d'un air froid amènent ce

résultat. Assez souvent une seule narine se bouche à la fois, mais dès qu'elle devient libre, l'autre s'obstrue : c'est une véritable *obstruction à bascule*; dans le décubitus latéral, c'est la fosse nasale située le plus bas qui s'obstrue. L'insuffisance nasale est d'ordinaire plus marquée pendant la nuit : l'enfant ronfle et dort la bouche ouverte.

B). *Symptômes physiques.* — Les enfants morveux présentent souvent de l'érythème des narines et de la lèvre supérieure, parfois des éruptions eczématiformes ou impétigineuses des mêmes régions ou bien encore un œdème chronique plus ou moins accusé de la lèvre. A la rhinoscopie antérieure, les fosses nasales paraissent remplies d'un mucus épais dont les parties les plus liquides s'accumulent de préférence dans le méat inférieur, tandis que les parties plus denses tapissent çà et là les diverses parois, sans jamais y former ces croûtes sèches et verdâtres qu'on observe chez les ozéneux. Sous la sécrétion la muqueuse paraît tantôt rouge et congestionnée, prête à saigner au moindre attouchement, tantôt pâle, d'un blanc grisâtre, comme anémiée. Son épaisseur peut n'être pas sensiblement modifiée : on a alors affaire à un *catarrhe chronique simple*. Mais le plus souvent la muqueuse est plus ou moins augmentée de volume et l'on constate les signes d'un *catarrhe chronique hypertrophique* : la muqueuse épaissie se laisse déprimer sous le stylet comme le ferait un coussin élastique, la dépression se comblant aussitôt que le stylet est retiré. Cette tuméfaction se réduit parfois, au moins partiellement, sous l'œil du médecin, soit par le fait de l'émotion éprouvée par l'enfant, soit sous l'influence des attouchements et mieux encore à la suite d'un badigeonnage avec une solution de cocaïne : elle résulte alors d'une simple hyperémie. D'autres fois elle ne se réduit que partiellement et conserve un volume anormal malgré toutes les irritations locales : elle est alors le résultat d'une véritable hypertrophie. La muqueuse hypertrophiée est tantôt lisse, tantôt au contraire irrégulière, mamelonnée, granuleuse, mûriforme. Les hypertrophies lisses portent encore le nom de *dégénérescences polypôides*; les hypertrophies mûriformes ont été parfois désignées sous l'expression impropre de papillomes mous. Les lésions sont d'ordinaire bilatérales, tout en étant souvent plus prononcées d'un côté; elles ont pour point d'élection constant le cornet inférieur, la muqueuse de la cloison et du cornet moyen étant relativement peu touchée. Sur les cornets eux-mêmes, l'hypertrophie peut être *diffuse* ou *circonscrite*. L'hypertrophie circonscrite se localise soit à l'une des extrémités, tête ou queue, du cornet, soit aux deux à la fois : au niveau de la queue du cornet inférieur, la muqueuse tuméfiée forme une demi-sphère saillante qui vient au contact de la cloison et repose d'autre part sur le plancher, obstruant ainsi le méat inférieur et une partie du méat moyen. Lorsque la queue du cornet est volumineuse, elle fait saillie dans le pharynx nasal, où elle est accessible au toucher et, chez quelques enfants, perceptible à la rhinoscopie postérieure.

**Complications.** — La rhinite chronique expose l'enfant à toutes les conséquences de l'insuffisance et des suppurations nasales. Il nous suffira de signaler, comme plus spéciaux à la rhinite chronique des enfants, les acci-

dents suivants : *a*). Fissures des narines, pouvant s'infecter secondairement et devenir l'origine d'engorgements ganglionnaires et de poussées érysipélateuses; *b*). Infections du pharynx et des trompes d'Eustache, suivies d'inflammation catarrhale ou suppurative des cavités de l'oreille moyenne; *c*). Infections gastro-intestinales, consécutives à la déglutition des sécrétions et se traduisant par des troubles digestifs divers (crises diarrhéiques, vomissements matutinaux, fétidité des selles, langue saburrale, etc.), qu'on ne songe souvent pas à rapporter à leur véritable cause; *d*). Toux et spasmes laryngés, survenant de préférence la nuit et paraissant résulter de la chute de mucosités dans la gorge; cette toux est quinteuse et s'accompagne parfois de nausées et de vomissements comme dans la coqueluche<sup>1</sup>; *e*). Troubles oculaires d'origine mécanique, circulatoire, réflexe ou infectieuse, qui ont fait l'objet d'études multiples dans ces dernières années; bon nombre de larmoiements, de dacryocystites, de conjonctivites chroniques rebelles sont intimement liés à un catarrhe nasal chronique et ne disparaissent qu'avec lui; la kérato-conjonctivite phlycténulaire des strumeux en particulier présente des rapports étroits avec la rhinite chronique; *f*). Céphalées, intermittentes ou continues, uni ou bi-latérales, affectant souvent le type de la céphalée dite de croissance.

**Anatomie pathologique.** — La sécrétion de la rhinite chronique est constituée par du mucus renfermant un nombre plus ou moins grand de leucocytes et de rares cellules épithéliales. Sa richesse en bactéries est appréciée très différemment par les divers auteurs; en tout cas aucun des microbes qui y vivent et s'y multiplient ne peut être considéré comme spécifique; ce sont surtout des staphylocoques et des streptocoques<sup>2</sup>; on ne les trouve que dans la sécrétion et non dans l'intérieur de la muqueuse<sup>3</sup>. Les lésions de la muqueuse hypertrophiée sont incomplètement étudiées, les résultats obtenus par différents anatomo-pathologistes ne concordant pas entre eux. Un fait cependant paraît établi, c'est qu'il ne s'agit pas là d'une hypertrophie à proprement parler, mais plutôt d'une dégénérescence. Le terme d'hypertrophie donnerait en effet à entendre qu'il s'agit d'une simple augmentation du nombre ou du volume des divers éléments de la muqueuse, dont les proportions relatives et la répartition resteraient intactes. Or cette conception ne répond nullement à la réalité des faits : les lésions sont essentiellement constituées, selon les uns, par une infiltration de tissu conjonctif, les glandes et les vaisseaux restant en proportion normale; selon les autres, à la fois par une infiltration embryonnaire et un développement anomal du système sanguin de la muqueuse. Pour Renault et Barbier, le tissu conjonctif sous-basal est infiltré par de nombreuses cellules embryonnaires et par une substance fibrillaire ou granuleuse, la mucine; celle-ci remplit les mailles du tissu conjonctif embryonnaire; les lacunes veineuses sont dilatées et leurs parois sont épaissies; elles donnent naissance à une multitude d'expansions capil-

(<sup>1</sup>) P. GASTOU. La toux nocturne spasmod. émetisante des jeunes enfants et le coryza. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 18 décembre 1896.

(<sup>2</sup>) HAJEK. Die Bakter. b. d. acuten u. chron. Coryza, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1888, p. 659.

(<sup>3</sup>) F. KLEMPERER. Rhinitis chronica. In *Handb. d. Laryngol. u. Rhinol. von P. Heymann*, Vienne, 1896, 11<sup>e</sup> livraison.

laires de nouvelle formation qui bourgeonnent dans tous les sens, mais surtout vers la surface de la muqueuse où elles s'élèvent sous forme de productions papilliformes (myxangiome diffus<sup>1</sup>). Les glandes sont intactes ou présentent çà et là quelques dilatations kystiques. L'épithélium est normal; la membrane basale semble traversée par une foule de petits canalicules perforants sur la nature desquels on n'est pas encore nettement fixé (Chattellier). Dans la rhinite simple, sans hypertrophie, la muqueuse ne présente ni infiltration de mucine ni bourgeonnement vasculaire; les lacunes veineuses sont seulement un peu dilatées, le tissu conjonctif est infiltré d'éléments embryonnaires et de cellules migratrices; l'épithélium glandulaire présente souvent des lésions dégénératives.

**Diagnostic.** — Selon que l'imperméabilité nasale ou la modification des sécrétions est le trouble dominant dont se plaint l'enfant, on est exposé à confondre la rhinite chronique avec les diverses causes d'obstruction ou de suppuration nasale<sup>2</sup>.

On peut rencontrer chez l'enfant les mêmes causes d'obstruction que chez l'adulte : malformations de la cloison, polypes muqueux et fibro-muqueux, synéchies intra-nasales, péri-chondrite du septum, etc.; mais les végétations adénoïdes sont de beaucoup la lésion qui, avec la rhinite chronique, met le plus souvent un obstacle à la respiration nasale. Il faut d'ailleurs savoir que le catarrhe nasal chronique coexiste souvent avec les végétations et que son rôle dans la gêne respiratoire peut égaler et parfois surpasser celui des végétations. Cette coexistence explique bon nombre d'insuccès ou de prétendus insuccès de l'ablation de ces dernières : les végétations étant enlevées et le pharynx désobstrué, la respiration nasale ne se rétablit pas ou ne se rétablit qu'incomplètement parce que les fosses nasales restent en partie comblées par la muqueuse tuméfiée, malade pour son propre compte.

Les affections nasales qui s'accompagnent d'une hypersécrétion mucopurulente chez les enfants sont surtout les *corps étrangers*, les *abcès traumatiques* de la cloison et l'*ozène*. Dans ces diverses affections les commémoratifs et l'étude des troubles fonctionnels, pyorrhée unilatérale et fétide dans le premier cas, suppuration survenue récemment et brusquement après une courte période d'obstruction dans le second, peuvent déjà mettre sur la voie du diagnostic. Mais jamais celui-ci ne pourra être affirmé avec certitude tant que l'examen rhinoscopique n'aura pas été pratiqué. Dans l'ozène cet examen fait constater des lésions atrophiques inverses de celles qu'on rencontre en cas de rhinite simple.

Lorsque la muqueuse du cornet inférieur est tuméfiée, il est bon de compléter le diagnostic par une exploration au stylet et par un badigeonnage à la cocaïne. En déprimant la muqueuse avec l'extrémité du stylet, en soulevant avec l'instrument la queue du cornet hypertrophié, on se rend mieux compte qu'à la simple inspection du degré des lésions. La cocaïnisation de la muqueuse, de son côté, permet d'apprécier la nature congestive

(<sup>1</sup>) BARBIER. De l'hypertrophie de la muqueuse des cornets du nez. *Thèse de Lyon*, 1889.

(<sup>2</sup>) M. LERMOYER et M. BOULAY. Suppurations nasales, in *Traité de path. génér. de Bouchard*, t. IV, 1897.

ou hypertrophique de la tuméfaction : celle-ci se réduit lorsqu'elle est le résultat d'une simple congestion locale, elle persiste dans les cas où l'on a affaire à une dégénérescence proprement dite.

**Pronostic.** — Il est plutôt favorable, comme dans toute affection curable. Mais ce serait un tort d'abandonner la rhinite chronique à elle-même et de la négliger comme une affection sans importance et indigne de retenir l'attention du médecin en raison de sa banalité. Elle peut en effet retentir d'une façon désastreuse sur l'état général par l'intermédiaire de la respiration buccale ou des phénomènes réflexes qui en sont la conséquence; d'autre part, l'imminence de complications auriculaires et des diverses infections d'origine nasale doit être présente à l'esprit. Enfin il est possible, bien que ce ne soit pas encore démontré, que dans certaines conditions la rhinite simple ou hypertrophique aboutisse à la rhinite atrophique, c'est-à-dire à l'ozène<sup>1</sup>.

**Traitement.** — Il varie suivant qu'on a affaire à un catarrhe simple ou à un catarrhe hypertrophique.

A). *Catarrhe simple.* — Il faut, avant tout, s'opposer au séjour des mucosités dans les fosses nasales et à leur déglutition. Chez les jeunes enfants qui ne savent pas se moucher, nous chassons les mucosités en administrant une douche d'air successivement dans chaque narine avec une poire de Politzer; nous apprenons aux parents à répéter cette opération un certain nombre de fois par jour. Chez les enfants plus âgés on prescrit l'usage, renouvelé trois ou quatre fois par jour, de la vaseline boriquée au 1/10<sup>e</sup>, selon les principes exposés à l'article suivant (Voy. OZÈNE) : c'est une façon excellente et dépourvue de tout danger de faire le nettoyage des fosses nasales. Ces soins de propreté suffisent souvent à amener en quelques jours ou en quelques semaines une amélioration notable. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, il faut y ajouter l'emploi d'agents modificateurs de la muqueuse. Chez les tout jeunes enfants on fera verser deux ou trois fois par jour, à l'aide d'un compte-gouttes ou d'une petite seringue, trois ou quatre gouttes de la solution suivante dans chaque narine, pendant que le petit malade est couché sur le dos :

Huile d'amandes douces stérilisée . . . . .	20 grammes
Menthol . . . . .	0 <sup>er</sup> ,20

ou bien :

Huile d'olives stérilisée . . . . .	20 grammes
Résorcine . . . . .	0 <sup>er</sup> ,50
Camphre . . . . .	0 <sup>er</sup> ,10

Aux enfants plus âgés on fera renifler ou mieux insuffler, après nettoyage des fosses nasales avec la vaseline boriquée, gros comme une lentille de

(<sup>1</sup>) LAURENT. *De la rhinite purulente chronique des enfants.* Congrès de Berlin, août 1890.

l'une des poudres suivantes, dont la première est antiseptique, la seconde astringente :

Aristol . . . . .	} aā 5 grammes
Sucre de lait . . . . .	

et

Acéto-tartrate d'alumine . . . . .	5 grammes
Sucre de lait . . . . .	6 —

Dans les cas rebelles on aura recours à des badigeonnages de la pituitaire avec de la glycérine iodée au centième ou bien avec une solution aqueuse de nitrate d'argent; cette dernière devra être faible au début; on augmentera progressivement son degré de concentration, qui ne devra pas dépasser le vingtième.

B. — *Catarrhe hypertrophique.* — Les agents modificateurs dont nous venons de parler restent impuissants contre l'hypertrophie de la muqueuse; en présence de cette lésion il faut détruire les tissus comme si l'on avait affaire à un néoplasme. L'application de nitrate d'argent ou d'acide chromique en substance peut rendre des services chez les enfants indociles. Mais dans la plupart des cas le traitement ne doit pas différer de celui qu'on emploie chez l'adulte; c'est à la cautérisation galvanique linéaire qu'il faut avoir recours.

Cette méthode est aisément applicable chez l'enfant, à condition de lui laisser ignorer la nature de l'opération à laquelle on procède. Lorsque la cocaïnisation locale préalable a été bien faite, la cautérisation est absolument indolore et l'enfant ne se plaint que de l'odeur dégagée par les tissus brûlés. Le jeune âge du malade n'est pas une contre-indication; les cautérisations nous paraissent même d'autant plus efficaces que l'enfant est plus jeune. La cocaïnisation locale, à l'aide d'un tampon de coton imbibé d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au vingtième et laissé cinq minutes en place, est admirablement supportée par les enfants.

Lorsque l'hypertrophie est exactement circonscrite en un point, il est parfois possible d'enlever en une seule fois les tissus hypertrophiés à l'aide d'une anse froide ou mieux d'une anse galvano-caustique montée sur un serre-nœud spécial. Les tissus malades ont parfois tendance à se reproduire avec une grande ténacité malgré des cautérisations ou des ablations répétées : il convient alors d'enlever, en même temps que la muqueuse malade, une portion plus ou moins considérable de la charpente osseuse du cornet inférieur au moyen d'un rabot ou d'une pince emporte-pièce.