

l'étendue de la pituitaire. La plupart du temps la partie postéro-inférieure de la cloison restait sensible, et il existait des points sensibles à la région postérieure du plancher, du cornet inférieur et surtout du cornet moyen (1).

L'anesthésie bilatérale de la muqueuse du nez peut aussi se voir dans l'hystérie, en cas d'anesthésie totale, et même sans anesthésie cutanée généralisée. J'ai observé un homme, atteint d'anesthésie hystérique en ilots, qui présentait une anesthésie très accentuée du pharynx, de l'épiglotte, du pharynx nasal et des fosses nasales, en même temps que des troubles olfactifs et des accès d'éternuements névropathiques (2). Ceux-ci survenaient, le matin le plus souvent, à la suite de sensations de fourmillements et de picotements; le malade éternuait 80 ou 100 fois de suite, en même temps qu'il se produisait une abondante rhinorrhée séreuse. Cependant, en dehors de ces accès, on pouvait, sans douleur pour le malade et sans qu'il ressentit autre chose qu'une sensation de pression très obtuse, appuyer un stylet sur la plus grande étendue de la muqueuse nasale. L'application du galvano-cautère ne produisait qu'un peu de larmolement et était à peine douloureuse. Ni les cautérisations locales, ni les bromures, ni l'hydrothérapie n'amènèrent d'amélioration durable.

Diagnostic, pronostic et traitement. — L'anesthésie de la pituitaire est facile à reconnaître à l'aide du stylet manié sous le contrôle de l'œil pendant l'examen rhinoscopique; mais il faut la rechercher pour ne pas la laisser passer inaperçue. Lorsqu'elle a été constatée, on doit établir le diagnostic causal. Celui-ci, en dehors de l'hystérie, est parfois malaisé; le plus souvent cependant l'analyse des symptômes permet de se faire une idée assez exacte du siège de la lésion et même de sa nature.

Le pronostic ainsi que le traitement varient suivant la cause de l'anesthésie. Les applications intra-nasales de courants continus auraient rendu des services dans certains cas.

§ 2. — HYPERESTHÉSIES — PARESTHÉSIES — NÉVRALGIES

Symptômes et étiologie. — L'hyperesthésie de la muqueuse nasale semble être beaucoup plus fréquente que l'anesthésie. Il n'est pas douteux que beaucoup de gens soient infiniment plus sensibles que la très grande majorité des autres sujets à l'action des poussières, de la fumée, des vapeurs ou des gaz irritants, etc., et, sous l'influence de ces causes, souffrent exagérément de sensations intranasales pénibles ou douloureuses en même temps que de larmolement, d'éternuements répétés, etc. Quelques-uns même ressentent dans le nez, au moment de l'inspiration, une sensation de fraîcheur exagérée, ainsi qu'une sensation de chaleur à l'expiration. Il s'agit, le plus souvent, soit d'hystériques, soit de sujets nerveux ou de souche névropathique. Chez les uns, les fosses nasales ne présentent aucune lésion et la susceptibilité de la pituitaire est en quelque sorte congénitale; chez d'autres, l'hyperesthésie n'est apparue qu'avec des lésions localisées (petits polypes muqueux, par exemple). L'hyperesthésie peut être généralisée à toute la muqueuse ou limitée à certains points.

(1) LIGHTWITZ, Les anesthésies hystériques des muqueuses; Thèse de Bordeaux, 1887.

(2) Consultez l'article de M. CH. FÉRÉ, Les éternuements névropathiques, Progrès médical, 1885.

Un assez grand nombre de névropathes présentent, avec ou sans hyperesthésie concomitante, et quelquefois même en même temps que de la diminution de la sensibilité, des *paresthésies* de cette région. Ce sont le plus souvent des sensations de sécheresse ou de brûlure, des picotements ou des fourmillements suivis ou non d'éternuements. Ces sensations ne peuvent être à bon droit considérées comme des *paresthésies* que lorsqu'elles ne coïncident pas avec des poussées congestives de la muqueuse.

Les *névralgies* isolées des branches nasales du trijumeau frappent surtout les rameaux nasaux de l'ophtalmique. Elles ne sont pas exceptionnelles, et j'en ai observé un certain nombre de cas, indépendamment de lésions nasales appréciables. Rares chez l'homme, elles se voient le plus souvent chez les jeunes femmes présentant des stigmates d'hystérie, ou chez des personnes simplement nerveuses, à l'époque de la ménopause. Les malades se plaignent d'élanements douloureux qu'elles rapportent au niveau de l'os propre du nez du côté malade, et à la région antéro-supérieure de la fosse nasale. La pression digitale, en dedans de l'angle interne de l'œil et au-dessous, est douloureuse. Quant à celle du stylet moussé appliqué sur la pituitaire, au-dessus de l'extrémité antérieure du cornet inférieur par exemple, elle est parfois très douloureuse, tandis que dans d'autres cas elle est assez bien supportée. Dans deux de mes cas, la pression du stylet, au niveau de la partie supérieure de la région cartilagineuse de la cloison, était très douloureuse. La cautérisation ignée profonde de cette région limitée a beaucoup amélioré l'un de ces malades, et a été inutile chez l'autre.

Traitement. — L'hyperesthésie, les *paresthésies* et les *névralgies* de la muqueuse nasale, lorsqu'elles ne coïncident avec aucune lésion locale ou voisine dont la disparition peut faire espérer la guérison des troubles sensitifs, sont le plus souvent rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires. Les *névralgies* des branches nasales de l'ophtalmique peuvent cependant céder à l'action de l'aconit, de l'opium ou de la quinine, ou encore à celle de l'administration prolongée des bromures, suivant les sujets. L'antipyrine, administrée à doses suffisantes au moment des accès, calme presque sûrement les phénomènes douloureux. Mais le plus souvent l'affection est tenace, et les guérisons sont presque constamment suivies de récives.

§ 5. — HYPEREXCITABILITÉ RÉFLEXE

Névropathies réflexes d'origine nasale. — La sensibilité générale de la muqueuse du nez ne s'exerce normalement que comme régulateur de l'une des fonctions essentielles de l'organe, celle de s'opposer à la pénétration dans les voies respiratoires plus profondes, de substances nocives, gazeuses, liquides ou solides. La pituitaire ne doit pas être considérée comme douée du sens du tact; elle est à peu près incapable de transmettre des sensations tactiles susceptibles d'être analysées qualitativement par les centres sensitifs. Toutes celles qui prennent naissance à son niveau sont invariablement, bien qu'à des degrés divers, désagréables ou douloureuses, et singulièrement obscures ou confuses, mais elle provoquent immédiatement des réactions défensives, vaso-motrices, sécrétoires ou spasmodiques: tuméfaction hyperémique de la membrane réa-

lisant une réduction de la perméabilité des voies d'entrée supérieures dans l'arbre aérien; exagération des sécrétions lacrymale et nasale constituant en quelque sorte un lavage de la surface muqueuse; arrêt respiratoire en inspiration, suivi de l'expiration brusque et spasmodique, dite éternuement, qui détermine l'expulsion simultanée des liquides sécrétés et de la substance accidentellement introduite.

A l'état pathologique, les choses changent, et là comme ailleurs on peut voir se produire, dans certaines circonstances, une dissociation anormale de la sensibilité commune et de la sensibilité réflexe de la pituitaire. L'hyperesthésie de la sensibilité commune de la muqueuse nasale, qui a été précédemment décrite, donne lieu à l'exagération de la sensation *douloureuse* provoquée par le contact des objets, leur écart de température, etc.; mais elle est presque constamment indépendante de lésions locales, et les interventions thérapeutiques locales ne la modifient que si elles aboutissent à l'anesthésie temporaire ou à la destruction des terminaisons nerveuses; et même, dans ce dernier cas, elles ne la modifient pas toujours favorablement. Il n'est pas douteux qu'alors le trouble fonctionnel siège bien plutôt au niveau des organes de réception que de transmission. Les affections de la muqueuse du nez, même aiguës, ne déterminent pas d'ordinaire d'hyperalgésie: le contact d'un stylet explorateur promené sur la pituitaire d'un individu atteint de coryza aigu n'est pas plus douloureux, et l'est même parfois moins que chez un sujet sain. Ce que ces affections déterminent en général, c'est une hyperexcitabilité réflexe qui se traduit ordinairement par une exagération des réactions normales et, exceptionnellement, par l'apparition de réactions anormales, pathologiques, mais toujours de même ordre que les précédentes.

Il importe de remarquer que la facilité d'apparition de ces phénomènes et l'intensité avec laquelle ils évoluent ne sont pas seulement en rapport direct avec la nature et le degré de l'affection nasale dont ils dérivent; mais qu'elles sont encore et surtout variables suivant les sujets atteints. Alors que chez ceux dont le système nerveux est en état parfait d'équilibre, l'exagération des réflexes normaux dépendra de l'acuité et de l'intensité de l'affection nasale, évoluera parallèlement à elles, sera plutôt modérée et ne présentera rien d'insolite, chez les névropathes ou les sujets de souche névropathique elle affectera souvent une disproportion manifeste avec le degré de la lésion, elle pourra ne pas seulement se traduire par une intensité excessive des réactions normales, mais encore par l'apparition de réflexes anormaux et purement pathologiques, venant s'ajouter aux premiers. Bien plus, l'apparition de ces réactions réflexes anormales, chez les sujets en question, ne suppose pas nécessairement l'évolution préalable de toute la série des réflexes normaux: elle pourra survenir alors qu'un certain nombre au moins de ceux-ci auront fait défaut. Enfin elle se montrera avec ou sans eux, à l'occasion de lésions nasales aiguës légères et intermittentes, ou d'affections chroniques banales, dont les conséquences de même ordre seraient nulles ou insignifiantes chez les sujets exempts de nervosisme.

Si l'on n'est pas en possession de ces trois notions fondamentales: 1° indépendance relative de l'hyperesthésie de la sensibilité commune et de l'hyperesthésie de la sensibilité réflexe de la pituitaire; 2° indépendance relative de l'hyperesthésie de la sensibilité réflexe et de ce qu'on pourrait appeler la *pariesthésie* de la sensibilité réflexe de la pituitaire; 3° prédisposition excessive des

névropathes à cette hyperexcitabilité et encore plus à cette parexcitabilité réflexe de la pituitaire; il est impossible de comprendre et de juger la question, si intéressante et si controversée, des « névroses réflexes d'origine nasale » qui, après avoir fait tant de bruit et rallié tant de prosélytes il y a quelques années, tend aujourd'hui à retomber dans un oubli injustifié; et cela, il importe de le dire, à cause des exagérations absurdes où sont tombés un certain nombre de ceux qui l'ont défendue, et surtout de leurs excès intempestifs de zèle thérapeutique et opératoire. A mon sens donc, il n'est pas possible de nier que la muqueuse des fosses nasales soit, plus souvent que les muqueuses avoisinantes, que celle du tube digestif et des organes génitaux, le point de départ de réaction nerveuse spasmodique ou vaso-motrice; non seulement l'observation clinique, mais encore l'expérimentation physiologique montrent à l'évidence que l'opinion que je soutiens ici s'appuie sur une base solide et positive.

Je ne m'arrêterai pas à exposer l'historique de la question⁽¹⁾; à rappeler les travaux de Trousseau, Blackley, Voltolini, qui l'ont fait naître ou mieux renaître, et ceux de Hack, Sommerbrodt et tant d'autres qui l'ont élargie jusqu'à la faire tomber sous le ridicule. Il me suffira de citer les recherches expérimentales de M. François Franck⁽²⁾, et de signaler un certain nombre des faits cliniques que tout médecin est à même d'observer très fréquemment s'il y porte attention, pour justifier amplement les propositions préliminaires que j'ai émises au début de ce chapitre.

L'accroissement de la sensibilité réflexe de la pituitaire, sous l'influence de l'inflammation, est une notion banale: on sait que chez un sujet atteint de coryza aigu, le plus léger courant d'air froid, tel que celui produit par l'ouverture d'une porte ou d'une fenêtre, arrivant au contact des voies respiratoires supérieures, suffit pour provoquer de violents accès d'éternuements. La pénétration dans le nez, dans les mêmes conditions, d'un air chargé de la moindre poussière, amène le même résultat. M. François Franck a mis à profit cette notion de l'hyperexcitabilité réflexe due à l'inflammation de la pituitaire pour étudier expérimentalement les réactions déterminées par l'irritation *localisée* de cette membrane enflammée, et rechercher s'il était possible de reproduire ainsi un certain nombre de symptômes dont l'existence ait été signalée par les cliniciens chez les sujets atteints de lésions nasales. Les résultats obtenus ont été positifs, et, indépendamment de la rhinorrhée et de l'éternuement, M. François Franck a obtenu la toux, le spasme glottique, le spasme bronchique généralisé, le ralentissement du cœur, et des réactions vaso-motrices curieuses consistant en une vaso-dilatation céphalique et une vaso-contraction du reste du corps. Si, avant d'irriter la pituitaire enflammée, l'expérimentateur l'anesthésiait localement avec la cocaïne, il n'obtenait aucune réaction.

La possibilité de l'origine nasale de névroses respiratoires d'ordre spasmodique et de congestions céphaliques actives est donc péremptoirement établie par l'expérimentation. Mais, d'autre part, l'observation clinique montre que chez *un certain nombre* d'individus, lorsque les accès de spasme glottique, d'asthme bronchique, de toux quinteuse, de migraine, de névralgie des branches supérieures du trijumeau, ou de céphalalgie quelconque, coïncident avec une con-

(1) Consultez HACK, ouvrage cité. — CARTAZ, *France médicale*, 1885. — HERYNG, *Annales des maladies de l'oreille*, 1886. — RUAULT, *Gazette des hôpitaux*, 1887. — VOLTOLINI, *Die Krankheiten der Nase*, Breslau, 1888.

(2) FRANÇOIS FRANCK, *Archives de physiologie*, juillet 1889, n° 5, p. 538 et suivantes.

gestion marquée de la muqueuse du nez, on enraye presque instantanément l'accès en pratiquant un badigeonnage de la pituitaire avec une solution forte de cocaïne. Ce fait n'a-t-il pas, à peu de chose près, la valeur d'une expérience physiologique, et ne démontre-t-il pas à la fois que les symptômes qu'on a fait ainsi disparaître étaient d'ordre réflexe et d'origine intra-nasale, et que ces symptômes, isolés ou associés, peuvent apparaître sous l'influence d'une simple irritation congestive de la pituitaire, chez des individus *prédisposés*? Je dis chez les *prédisposés*, parce qu'ils manquent le plus souvent, même en cas de lésions nasales importantes, chez les individus exempts de toute diathèse, tandis qu'ils sont très fréquents chez les *neuro-arthritiques* et les *nerveux en général*.

La recherche des symptômes nasaux s'impose donc chez les individus atteints d'accès d'éternuements, de toux nerveuse de cause obscure, de spasme glottique par accès, d'asthme bronchique, de céphalées et de migraines récidivantes et tenaces. Si cet examen fait reconnaître l'existence de lésions permanentes, de vices de conformation, de tuméfactions congestives intermittentes, on devra recourir à l'épreuve de la cocaïne, et si celle-ci donne des résultats positifs, on sera en droit d'espérer que le traitement des lésions du nez pourra amener, en même temps que la guérison ou l'amélioration de celles-ci, celle des symptômes associés qui en dépendent. Mais si l'épreuve de la cocaïne est négative, on devra s'attendre à un échec presque certain; et, même dans le cas contraire, on agira sagement en se gardant de promettre au malade une guérison qui reste toujours problématique.

Les résultats les meilleurs que j'aie obtenus dans ma pratique ont trait à des migraines, des névralgies sus-orbitaires, des toux nerveuses quinteuses, des accès de spasme glottique ⁽¹⁾, et des éternuements par accès, durant depuis des années parfois, et souvent suivis de rhinorrhées abondantes. Chez quelques sujets, ces coryzas vaso-moteurs subits étaient souvent suivis de bronchites humides et survivant deux ou trois semaines aux rhumes de cerveau qui avaient marqué leur début: j'ai obtenu, avec la guérison du nez, la disparition de ces accidents. Dans un grand nombre de cas, j'ai pu faire disparaître des *cauchemars* rebelles. Enfin, j'ai vu des individus, devenus absolument *hypocondriaques*, atteints d'une véritable *obsession nasale*, incapables de tout effort intellectuel, traités de malades imaginaires par leurs médecins et leur entourage, reprendre leur activité et leur gaieté disparues, après la guérison de leurs lésions nasales et nasopharyngiennes.

Quant aux *asthmatiques* atteints de lésions nasales ⁽²⁾, j'en ai depuis 1885 traité un assez grand nombre. Les deux tiers d'entre eux environ avaient des polypes muqueux bilatéraux. Je crois en avoir guéri radicalement quelques-uns. J'en ai guéri temporairement un certain nombre, et après une, deux ou trois récidives des polypes et des accès asthmatiques, leurs accès n'ont plus reparu. Ces guérisons, radicales ou temporaires, ont toutes trait à des malades porteurs de polypes, sauf un enfant de 10 ans, guéri depuis 1885, qui n'avait que de l'hypertrophie des cornets inférieurs; elles forment un peu plus du quart de mes malades, et un peu moins du tiers. Les deux autres tiers de mes malades

⁽¹⁾ RUAULT, Le spasme glottique d'origine nasale; *Archives de laryngologie*, 1888.

⁽²⁾ Consultez JOAL, Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez; *Archives générales de médecine*, 1882. — VOLTOLINI, *loc. cit.* — BOSWORTH, Diseases of the nose, New-York, 1880. — POTIQUET, L'asthme et le nez; *Médecine moderne*, 1890 (analyse et critique du travail de SCHMIEGELOW, sur le même sujet).

n'ont obtenu du traitement qu'un bénéfice indirect, en ce sens qu'ils se sont bien trouvés de la disparition de l'obstruction nasale dont ils souffraient, mais leur asthme est resté, après l'intervention, ce qu'il était auparavant, ou du moins le soulagement obtenu dans quelques cas a été tout à fait passager et insignifiant. Dans deux cas enfin, et j'en ai d'autant plus de regret que les malades ne présentaient que de la tuméfaction congestive des cornets inférieurs, l'asthme s'est manifestement aggravé à la suite de l'intervention.

Que dois-je conclure de ces résultats, obtenus sur une série d'environ cent asthmatiques que j'ai pu suivre ou dont j'ai eu des nouvelles pendant une période de temps variant de une à sept années? C'est que, s'il n'est pas douteux que les lésions nasales, et particulièrement les polypes muqueux, comptent parmi les causes déterminantes les plus certaines de l'asthme bronchique, leur disparition, même lorsque l'asthme en dérive, est loin d'amener toujours la guérison de ce dernier. L'asthme est une névrose complexe, apanage à peu près exclusif des *neuro-arthritiques* ou des *névropathes héréditaires*. N'est pas asthmatique qui veut; et quiconque l'a été, sous l'influence de telle ou telle cause déterminante, peut l'être encore sous une autre influence: il reste en imminence d'asthme, et après avoir fait de l'asthme avec son nez, il peut en faire avec sa muqueuse bronchique déjà lésée, avec son appareil gastro-intestinal, etc.

Il importe de remarquer cependant que le nombre des guérisons serait vraisemblablement plus élevé si nos méthodes de thérapeutique rhinologique étaient plus sûres et plus perfectionnées. Si, dans la plupart des cas, nous réalisons chirurgicalement le rétablissement de la perméabilité nasale en enlevant les polypes, réséquant les saillies de la cloison, cautérisant les cornets tuméfiés ou extirpant les tissus hypertrophiés, nous sommes loin, d'autre part, d'arriver toujours à guérir les troubles sécrétoires, et nous n'arrivons jamais à rendre à la muqueuse sa structure normale. C'est à cette insuffisance des moyens thérapeutiques que je dois évidemment attribuer les succès que j'ai eus chez plusieurs individus, dont cependant je pouvais sûrement et constamment arrêter les accès d'asthme par une pulvérisation intranasale d'une solution de cocaïne. J'ajouterai qu'un de mes malades, dont l'asthme n'avait été modifié en rien par l'ablation de polypes muqueux, a été considérablement amélioré plus tard, après que je l'eus opéré (par la voie buccale alvéolaire), d'un empyème du sinus maxillaire que j'avais méconnu tout d'abord. La fréquence des suppurations des sinus chez les sujets atteints de polypes muqueux, ou pour mieux dire la fréquence des polypes muqueux, développés consécutivement à d'anciennes suppurations des sinus, est un fait bien connu aujourd'hui; aussi insisterai-je ici sur la nécessité de se rendre toujours compte de l'état des sinus chez les asthmatiques atteints de polypes, afin d'intervenir de ce côté, s'il y a lieu.

J'ajouterai enfin que la guérison de l'asthme, si elle est obtenue, n'est pas toujours la guérison du malade. Trois de mes opérés, guéris de leur asthme, ont aujourd'hui du tic de la face. Un autre, chez lequel l'asthme avait été très peu modifié d'ailleurs, a été atteint de maladie de Raynaud. Ce sont là des faits dont il importe de tenir compte. Il serait absurde de s'en prévaloir pour se condamner à l'abstention systématique, « de crainte que le mal ne se porte ailleurs », car ce raisonnement n'est plus de mise aujourd'hui. Mais ils me paraissent venir à l'appui de l'opinion si judicieusement défendue par M. Brissaud ⁽¹⁾, qui

⁽¹⁾ BRISSAUD, De l'asthme essentiel chez les névropathes, *Revue de médecine*, décembre 1890.

considère beaucoup d'asthmatiques comme des nerveux héréditaires, chez lesquels l'asthme n'est qu'un symptôme isolé de leur état général, au même titre que le tic convulsif et les névroses vaso-motrices ou autres dont ils peuvent être atteints simultanément ou successivement.

CHAPITRE III

CORYZAS AIGUS

I

CORYZA AIGU SIMPLE — RHUME VULGAIRE

Étiologie et pathogénie. — Le coryza aigu vulgaire ou rhume de cerveau est l'inflammation catarrhale aiguë de la pituitaire. C'est une affection banale, à laquelle personne n'échappe, qui guérit le plus souvent d'elle-même en une semaine au moins sans laisser de traces dont le malade ait conscience. Aussi n'a-t-on recours au médecin, en pareil cas, qu'exceptionnellement, soit par ce que les récidives sont assez fréquentes pour que le malade s'en préoccupe, soit par ce que, lors d'une atteinte isolée, la trachéo-bronchite qui constitue l'escorte presque obligée du coryza offre un peu d'intensité.

Le catarrhe nasal marque souvent le début de la forme la plus commune de la grippe épidémique; il est constant au début de la rougeole, du typhus, et il peut s'observer encore dans d'autres maladies générales infectieuses. Mais qu'il s'agisse ou non dans ces divers cas d'une localisation spécifique ou d'une infection secondaire, il présente presque toujours des caractères un peu particuliers. Nous ne nous occuperons pas ici de ces variétés secondaires de coryza, et nous n'aurons en vue que le coryza aigu simple, le catarrhe vulgaire constituant à lui seul toute la maladie en évolution.

Le coryza est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes, plus fréquent aussi chez ces derniers que chez les vieillards. Certains sujets présentent à cet égard une susceptibilité toute spéciale; entre autres les enfants lymphatiques atteints d'hypertrophie modérée de l'amygdale pharyngée, et les individus présentant un léger degré de catarrhe nasal chronique. Mais il est de règle que ces individus, frappés plus souvent, le soient moins violemment que les autres: les gens constamment enrhumés n'ont d'ordinaire que de légères attaques à peine aiguës et plutôt subaiguës; alors que ceux qui ont un ou deux rhumes par an, ou tous les deux ou trois ans, sont beaucoup plus sévèrement atteints.

Cette affection règne de préférence sous les climats tempérés et variables, pendant la saison froide et humide, et surtout à l'époque des saisons de transition, particulièrement à la fin de l'automne et à la fin de l'hiver. Sa cause déterminante la plus ordinaire est le refroidissement prolongé, et particulièrement celui des extrémités inférieures, lorsque celles-ci sont exposées, en même temps qu'à l'action du froid, à celle de l'humidité.

Il n'est pas douteux que le rhume vulgaire, aussi bien d'ailleurs que toutes les

inflammations aiguës ou subaiguës des membranes muqueuses, ne soit de nature infectieuse. La vulnérabilité de la pituitaire, la facilité avec laquelle elle présente des réactions vaso-motrices sous des influences multiples, les altérations de degré variable que ces simples hyperémies, par leur répétition, finissent si souvent par imposer à sa structure, et d'autres part la pénétration constante à sa surface de micro-organismes divers entraînés par l'air inspiré, expliquent aisément la fréquence des inflammations superficielles de cette membrane. D'ailleurs un certain nombre de micro-organismes capables de se montrer pathogènes peuvent sans aucun doute vivre et se perpétuer à la surface de la membrane de Schneider: on peut y trouver, chez des sujets sains, des staphylocoques, des pneumocoques, des bacilles encapsulés, et même (beaucoup plus souvent que dans la bouche) des streptocoques. C'est bien vraisemblablement à ces divers microbes, isolés ou associés, que sont dues les attaques de coryza aigu; et celui-ci doit dès lors être considéré comme une inflammation banale et sans spécificité. Quoi qu'il en soit, la contagiosité du coryza n'est pas douteuse: pour si faible qu'elle soit, elle se présente néanmoins bien souvent à l'observation. Les enfants semblent en être plus aisément victimes que les adultes: il suffit qu'on veuille bien y prêter attention pour voir avec quelle fréquence les bonnes d'enfants enrhumées transmettent l'affection aux bébés dont elles ont la garde; et souvent la fille est enrhumée depuis deux ou trois jours ou plus déjà lorsque le coryza se montre, simultanément ou successivement, chez les enfants en contact avec elle. Les résultats, jusqu'ici négatifs, des tentatives expérimentales d'inoculation ne peuvent être invoqués en pareil cas contre la transmissibilité: il est clair que ces cas successifs de coryza ne se sont pas développés sous l'influence d'un refroidissement ayant atteint tout le monde à la fois, et que la contagion seule peut être incriminée. Dans quelques cas, on peut se rendre compte qu'elle a dû se produire par l'intermédiaire des mouchoirs.

Le froid n'est pas la seule cause déterminante du coryza aigu: on peut le voir survenir à la suite du séjour prolongé dans une atmosphère surchauffée, ou chargée de poussière, consécutivement au contact de certaines vapeurs ou substances irritantes, ou encore de l'ingestion de certains médicaments (iodures, bromures).

Mais ces diverses variétés étiologiques de coryza affectent le plus souvent une marche plutôt subaiguë, et atteignent de préférence les gens les plus prédisposés.

Symptômes et marche. — Le rhume de moyenne intensité débute le plus souvent assez brusquement. Le malade sent qu'il s'est refroidi, il éprouve un léger malaise, de la pesanteur de tête, parfois de légers frissonnements. En même temps il ressent une sensation de sécheresse, puis d'obstruction nasale. Bientôt les fosses nasales sont le siège de fourmillements, et l'éternuement arrive. Dès que les accès d'éternuement, qui redoublent à la moindre impression de froid, ont apparu, le nez se met à couler, la sécrétion est aqueuse, transparente et fluide, d'abondance variable, mais toujours notable, et le malade, obligé de se moucher constamment pour obvier à l'écoulement spontané du liquide, en souffre bientôt à cause de l'irritation ou même des érosions des orifices des narines et de leur pourtour dues aux frottements répétés du mouchoir. En même temps, la céphalée frontale s'accroît, l'odorat disparaît, le goût s'émousse, la voix ne tarde pas à s'altérer. Le malade mange sans appétit le plus souvent, tandis qu'il sent sa soif