

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

un peu augmentée; et il se couche mal à l'aise. La rhinorrhée cesse pendant le sommeil (1), mais celui-ci est souvent agité et troublé par des cauchemars. Parfois il y a un peu de sécheresse et de chaleur de la peau. Le malade se réveille le lendemain avec la gorge et la bouche sèches; et à peine est-il levé que la rhinorrhée et la tendance aux éternuements reparaissent de nouveau.

Cet état persiste pendant un ou deux jours, en même temps que l'enrouement s'accroît, et que la toux apparaît, à peine gênante parfois, parfois au contraire fréquente et pénible, surtout le soir après le coucher. La propagation du catarrhe aigu au larynx, à la trachée et même aux grosses bronches est en effet la règle; et si Lasègue disait volontiers que « toute bronchite qui ne commence pas par le nez n'est pas une bronchite simple », je crois qu'on peut dire, avec non moins de raison, que tout coryza aigu qui ne se propage pas, à quelques degrés, aux premières voies aériennes, n'est pas un coryza aigu *a frigore* vulgaire. Le vrai coryza, franchement aigu, débute à peu près simultanément par les deux narines et s'étend de haut en bas dans les voies aériennes, ne touche guère le pharynx buccal; et, latéralement, se propage rarement à la conjonctive (qui est congestionnée, mais non enflammée), et plus rarement encore aux sinus. Je ne crois pas qu'on soit autorisé à admettre sans discussion que la céphalalgie frontale, symptôme si précoce du coryza, soit forcément due à l'invasion des sinus frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux. Si cet envahissement était la règle, étant données la structure de la muqueuse de ces cavités et leur faible vitalité, on verrait vraisemblablement sa suppuration succéder assez souvent au rhume de cerveau. Or, cette complication est au contraire un fait assez rare; et, en dehors de la grippe et de quelques autres processus infectieux, elle est le plus souvent consécutive à une affection analogue des sinus maxillaires d'origine dentaire. Je crois, pour mon compte, que la propagation du coryza simple aux sinus est exceptionnelle, et je m'explique ce fait par l'obstruction mécanique que la tuméfaction généralisée de la muqueuse nasale détermine au niveau de leurs orifices.

Après trente-six ou quarante-huit heures, les éternuements ont complètement cessé, et la rhinorrhée séreuse diminue. Elle est remplacée par une sécrétion muqueuse plus épaisse et moins abondante, et bientôt par une sécrétion nettement muco-purulente. L'enchifrènement devient moins accentué, et la toux moins sèche et moins pénible, sans que l'enrouement ait encore tendance à disparaître. Au bout de quelques jours, les fosses nasales recouvrent leur perméabilité, l'odorat revient en même temps que les troubles de la gustation dus à l'anosmie, et bientôt les symptômes de laryngo-trachéite disparaissent à leur tour. L'affection a duré en tout de six à huit ou dix jours, et n'a guère été vraiment pénible que pendant les quatre premiers.

Si l'examen rhinoscopique a été pratiqué, il a permis de voir la pituitaire d'abord rouge, tendue et luisante; puis dépolie, livide, rouge sombre, avec des amas de mucus sur le plancher et des mucosités filantes s'étendant des cornets à la cloison sous forme de tractus enchevêtrés; plus tard, moins rouge et recouverte par places de couches de muco-pus; enfin, de moins en moins tuméfiée et d'apparence de plus en plus proche de la normale. La constatation des signes du catarrhe naso-pharyngien est également la règle. Enfin on a pu voir aussi, pendant quelques jours, le larynx légèrement congestionné, puis catarrhal, et con-

(1) Voyez MOURE, *Manuel des maladies des fosses nasales*, Paris, 1886, page 58.

stater que les muscles vocaux fonctionnaient imparfaitement; en même temps, la trachée présentait une rougeur insolite plus ou moins accentuée.

Telle est la marche normale du rhume vulgaire franchement aigu, de moyenne intensité. Il ne donne pas lieu d'ordinaire à des symptômes généraux notables, et dans les cas les plus intenses seulement on peut observer un peu de fièvre le soir pendant les deux premiers jours, et un léger état saburral des premières voies, avec inappétence, constipation et plus rarement diarrhée. Lorsque à ces symptômes se joignent quelques douleurs articulaires aux genoux, des crampes et des douleurs musculaires des extrémités inférieures, du lumbago, et enfin une légère tuméfaction de la rate, on doit admettre qu'il s'agit d'une attaque de grippe et non d'un rhume simple.

Dans quelques cas, la marche de l'affection subit des variations inattendues. Parfois, les sécrétions nasales s'épaississent bien et deviennent muco-purulentes au bout de trois ou quatre jours, mais l'enchifrènement persiste; la tuméfaction de la muqueuse nasale n'a aucune tendance à diminuer, et le malade s'épuise en pénibles efforts pour en détacher des sécrétions visqueuses et adhérentes. Des troubles auriculaires (bourdonnements, surdité, autophonie, d'un seul côté ou des deux) résultant, soit des efforts de moucher et de la congestion céphalique qu'ils entraînent, soit de la propagation, par continuité, du catarrhe à la trompe d'Eustache, s'ajoutent fréquemment à la gêne due à l'enchifrènement. Cet état peut survivre aux symptômes laryngo-trachéaux, durer plusieurs jours et parfois même deux ou trois semaines, et ne céder que lentement et imparfaitement.

En dehors des modifications imposées à l'affection par l'intensité et l'étendue de la bronchite, qui peuvent évidemment varier dans les limites les plus étendues, on n'observe guère de complications redoutables dans le cours de cette affection, presque constamment bénigne. On peut voir, cependant, des inflammations suppuratives de l'oreille moyenne, mais le fait est rare; quant à celles des sinus et des voies lacrymales, on peut les considérer comme exceptionnelles dans le coryza simple, alors que dans la grippe épidémique on a assez souvent l'occasion de les observer.

Dans les formes subaiguës, atténuées, abortives, qu'on observe surtout dans le cours de certaines formes de coryza chronique, les symptômes sont moins marqués, la maladie reste plus circonscrite, sa durée est diminuée. Mais, ainsi que je l'ai dit déjà, les récurrences sont plus fréquentes; à moins qu'il ne s'agisse d'un coryza accidentel dû à l'iode, à des poussières, etc.

Anatomie pathologique et bactériologie. — Zuckerkandl, qui a pratiqué l'examen histologique de fragments de muqueuse nasale provenant d'un cas de coryza aigu à la période de sécrétion muqueuse, y a constaté, comme lésions principales, une infiltration très marquée de cellules rondes dans la couche sous-épithéliale, ainsi qu'autour des vaisseaux sanguins distendus et gorgés de sang. Indépendamment de ces cellules rondes, il a trouvé aussi des globules rouges extravasés. Les culs-de-sac glandulaires étaient également distendus, et leur épithélium altéré. Dans un cas de coryza subaigu, les lésions étaient analogues, mais moins accentuées.

L'examen des sécrétions donne des résultats différents suivant la période de l'affection où il est pratiqué: dès le début on y trouve des cellules épithéliales et des cellules lymphatiques, mais elles sont tout d'abord en très petit nombre.

Les éléments cellulaires deviennent plus nombreux à mesure que le processus évolue; et à un moment donné l'abondance des globules blancs est considérable. Plus tard, la sécrétion reprend les caractères du mucus nasal normal, qui est toujours assez riche en éléments lymphatiques.

Les recherches bactériologiques n'ont pas décelé la présence dans les sécrétions de micro-organismes qu'on ne puisse observer en l'absence de tout processus inflammatoire. Cardone ⁽¹⁾ a trouvé des streptocoques, des staphylocoques blancs et dorés, des pneumocoques lancéolés et des bacilles encapsulés de Friedländer. Ces divers microbes ont été vus chez des sujets sains par Thost, Netter, Paulsen, von Besser et d'autres, associés à des saprophytes divers; aucun d'eux n'est donc caractéristique du coryza aigu.

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic s'impose à première vue, et la seule erreur à éviter est de confondre avec un coryza aigu vulgaire un coryza symptomatique. Chez les enfants, c'est la coqueluche et la rougeole qu'on doit toujours éliminer tout d'abord. Il faut aussi penser en pareil cas aux corps étrangers. Lorsque le coryza, quel que soit l'âge du malade, affecte une marche insolite, ou se prolonge plus que d'ordinaire, il faut examiner les fosses nasales avec soin, sous peine de risquer la confusion de lésions spécifiques ou autres avec un rhume vulgaire. Un abcès aigu de la cloison, ou même parfois d'une des cavités accessoires, pourrait être ainsi méconnu si l'on n'y prenait garde.

Le pronostic est absolument bénin; et il n'acquiert de gravité qu'en cas de complications de voisinage exceptionnelles ou lorsque l'état des voies respiratoires domine la scène en laissant le coryza au second plan. Encore la bronchite aiguë simple est-elle dans la grande majorité des cas une affection bénigne.

Le coryza aigu guérit sans traitement, et le plus souvent le malade se borne à éviter le froid, ou à garder pendant quelques jours le repos à la chambre. Cependant il n'est pas douteux que dans bien des cas une thérapeutique convenable ne puisse enrayer la maladie lorsqu'elle est instituée dès le début, empêcher son extension aux voies respiratoires ou abrégier sa durée, et que, dans tous les cas, l'usage de moyens palliatifs n'amende les symptômes et ne diminue leur intensité.

La médication locale abortive, consistant à faire renifler au malade des solutions astringentes ou antiseptiques fortes, est infidèle et peu recommandable, d'autant mieux qu'elle risque d'aller contre son but en déterminant des lésions persistantes de la muqueuse.

On a recommandé également, dans le but de « juguler » l'affection, la teinture d'opium à doses élevées et fractionnées, prise dès le début de l'affection, et associée ou non à la teinture de belladone. On peut encore donner à la fois la morphine et l'atropine. Mais ces moyens n'ont souvent d'autre résultat que de restreindre plus ou moins la rhinorrhée du début, sans diminuer l'enclenchement et en augmentant encore la céphalalgie. En y adjoignant l'emploi des bains de pieds sinapisés ou très chauds, on en retire parfois plus d'avantages.

On a plus de chances d'arriver à arrêter la marche de l'affection en administrant au malade, dès le début, le benzoate de soude à hautes doses ⁽²⁾ (4 à

⁽¹⁾ CARDONE, *Archivii italiani di laringologia*, 1888, p. 105.

⁽²⁾ Il convient de prescrire le benzoate de soude préparé avec l'acide benzoïque obtenu par sublimation du benjoin ou provenant du tolu. Il est plus efficace, et surtout mieux supporté par l'estomac que le benzoate de soude préparé industriellement, qui est toujours plus ou moins nauséux (*France médicale*, 1887).

6 grammes chez l'enfant, 6 à 10 grammes chez l'adulte), qu'on fait prendre en potion, à intervalles réguliers, en ayant soin de n'en pas donner pendant une heure *au moins* avant ou après les repas afin de ménager l'estomac. Si le malade a soin de garder la chambre et de se préserver du froid, qu'il commence son traitement le premier ou le second jour au plus tard, l'effet de la médication est souvent presque immédiat, et le traitement peut être abandonné au bout de trois ou quatre jours au plus. Lorsque l'affection est déjà arrivée à sa seconde période, sa durée peut encore être abrégée de plusieurs jours, et les symptômes laryngo-bronchiques sont souvent rapidement enrayés. Cette médication, que j'ai fait connaître en 1885, réussit environ dans la moitié des cas; mais dans les autres elle est inefficace, et certains malades ne peuvent la supporter sans ressentir des troubles gastriques qui obligent à la suspendre. On peut toujours l'essayer; et si, au bout de deux ou trois jours, elle n'a rien donné, on doit y renoncer définitivement chez le malade; car, suivant les sujets, elle réussit ou échoue constamment.

Les moyens palliatifs locaux les plus utiles sont, au début, les inhalations de vapeur d'eau; et plus tard les applications intra-nasales de vaseline. Les effets des inhalations de menthol sont inconstants; ceux des insufflations de poudres renfermant une proportion variable de cocaïne sont favorables immédiatement, et soulagent surtout le malade en diminuant l'enclenchement, mais leur durée est courte, bientôt la muqueuse se tuméfie de nouveau et ne se rétracte presque plus si l'on a de nouveau recours à la même manœuvre. Lorsque la céphalalgie est assez accentuée pour que le malade en souffre, l'antipyrine à l'intérieur, à doses suffisantes, est presque toujours efficace.

Chez l'enfant à la mamelle, le coryza aigu simple peut acquérir une certaine gravité, à cause de l'entrave qu'il apporte à l'alimentation. Rayet, Bouchut, Fraenkel, Kothe et Laurent ont appelé l'attention sur les faits de ce genre, et montré que l'obstruction nasale subite est assez complète pour obliger l'enfant à ne respirer que par la bouche, l'empêche en même temps de téter et peut le conduire en peu de jours à l'inanition la plus absolue. A peine l'enfant a-t-il pris le sein, qu'il étouffe, lâche le mamelon et se met à crier; si la mère ou la nourrice n'est pas prévenue, elle méconnaît la cause de cette agitation et l'attribue à tort à des coliques ou à quelque autre affection douloureuse. A ces symptômes s'ajoutent souvent des troubles respiratoires nocturnes, des cauchemars, de l'agitation, des sueurs du visage; parfois même des accès de spasme de la glotte. Les moyens thérapeutiques à employer en pareil cas sont toujours d'une utilité douteuse; mais comme l'affection guérit d'elle-même en quelques jours, il suffit de garantir l'enfant du froid, de le tenir au repos, et surtout d'assurer son alimentation en le nourrissant à la cuiller, et au besoin même à l'aide d'une petite sonde œsophagienne.