

À la mémoire de Maurice Bouchet, père de la pathergie

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHERGIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

à la lumière des travaux du Dr. B. Drettner, de l'Université d'Uppsala (Suède)

O. Godin, Bruxelles, Belgique

I. Définition de la pathergie

La pathergie représente l'hypersensibilité à un facteur physique de l'air par opposition à l'allergie qui représente l'hypersensibilité à un facteur chimique de l'air, d'un aliment, d'un objet. Par facteur physique il faut entendre le froid, l'humidité, la pression atmosphérique, l'ionisation, etc. Personnellement, j'ai porté mes recherches cliniques sur la pathergie au froid et à l'humidité.

II. Classement des rhinites

Sous une même symptomatologie apparente faite d'obstruction nasale, d'éternuements, de sécrétions nasales abondantes, se cachent des formes cliniques très différentes les unes des autres dans leur étiologie, leur mécanisme physiopathologique et par conséquent dans leur thérapeutique. Mais pour le patient ou le médecin non averti, une confusion s'établit facilement entre le rhume normal à répétition (common cold), et les autres formes de rhinites; or, elles se dissocient par des signes objectifs, peut-être discrets, mais très précis et par un tableau clinique que met en évidence un interrogatoire détaillé et systématique.

Ces formes sont:

1. La rhinite banale (common cold):

infectieuse, virale, c'est le common cold des Anglo-Saxons. Elle est d'emblée infectieuse et sur le plan local et sur le plan général. Les sécrétions nasales sont faites de mucus coloré. Le refroidissement ne semble pas jouer de rôle dans le common cold.

Ici, l'expérience clinique m'incite à confirmer l'opinion de Drettner. Particulièrement ce qu'il dit des explorateurs polaires est très probant. Ce qui joue en l'occurrence c'est la contamination.

La rhinite banale se contracte parce qu'on s'est contaminé auprès de sa famille ou d'un voisin, mais non parce que l'on a pris froid.

2. La rhinite allergique:

La sécrétion nasale est aqueuse ou faite de mucus coloré. Il existe de l'œdème de la muqueuse, mais pas d'infection. L'interrogatoire, les tests

mettent l'allergie en évidence; le mécanisme micro-circulatoire comporte une dilatation de l'artériole et du capillaire.

3. La rhinite pathergique au froid (O. Godin et W. Cloetens 1947)

La sécrétion est aqueuse. Il existe de l'oedème de la muqueuse, comme dans la forme précédente. Les tests sont négatifs ou douteux. Le tableau clinique est celui du spasme artériolaire périphérique généralisé (angiospasme): frilosité, froideur des extrémités, pression veineuse basse, vie sédentaire, abstention de toute vie physique.

Ici, l'influence du froid est déterminante, qu'il s'agisse du refroidissement de l'air ou du refroidissement de certaines régions sensibles: dos, pieds, mains (Drettner) ou vertex.

Le mécanisme micro-circulatoire est constitué ici par un spasme artériolaire et une dilatation secondaire du capillaire par anoxie ou par libération de certaines protéines. Le résultat final est identique au tableau de l'allergie, tout au moins sous son aspect macroscopique: oedème de la muqueuse et par conséquent obstruction de la fosse nasale. La thérapeutique vise à obtenir une dilatation des artéroles: infiltrations périartérielles, calcium intra-veineux, culture physique, sport, etc.

4. La rhinite allergique infectée secondairement:

Le plus souvent alternance de phase vaso-motrice et de phase infectieuse. Le diagnostic est difficile à établir surtout lorsque d'emblée l'allergie s'infecte et aussi lorsque le cas est compliqué de sinusite ou de polypose. C'est l'interrogatoire et les tests qui doivent permettre le diagnostic. C'est l'oedème qui fait le lit de l'infection.

5. La rhinite pathergique au froid infectée secondairement:

Ici encore l'oedème fait le lit de l'infection malgré que l'oedème ait un mécanisme différent. L'interrogatoire peut le plus souvent mettre en évidence de façon très nette la phase vaso-motrice qui précède la phase infectieuse. Celle-ci est donc précédée par la phase vaso-motrice qui est elle-même déclenchée par un refroidissement, suivi après quelques heures de rhinorrhée, d'éternuements, d'obstruction nasale. Ensuite, progressivement les sécrétions s'épaississent et se colorent. Le tableau clinique devient progressivement celui de rhume banal (common cold) et cependant ce n'en est pas un.

Or, le diagnostic est important à établir parce que s'il s'agit d'une rhinite pathergique au froid secondairement infectée, il est parfaitement possible de faire avorter l'affection si d'emblée on recourt par différents moyens à une dilatation artériolaire. Lorsque, l'on se trouve encore dans une phase vaso-motrice on procèdera à des infiltrations périartérielles. On donnera de l'aspirine, on fera prendre des bains de pieds chauds, on mettra de la chaleur sur la tête et on donnera de l'alcool.

6. La rhinite pathergique à l'humidité:

Elle se présente sous forme d'atrophie des cornets (rhinectasie), accentuation du réseau vasculaire au niveau des amygdales, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, du cavum. La sécrétion est faite de mucus coloré, aussi l'affection prend-elle l'allure d'une infection pour un observateur non averti. Comme la pathergie à l'humidité est récidivante, parce que variant avec les conditions climatiques, on confond cette forme avec le rhume banal. On parle à tort de

rhumes à répétition, de common cold, et cependant le diagnostic est important à établir car la pathergie à l'humidité se traite comme une allergie et non comme une infection.

III. Régions sensibles au froid ou régions réflexes

Les travaux de Drettner ont établi de façon indiscutable que le refroidissement du dos, des mains et des pieds déclenchait un oedème de la muqueuse nasale par propagation d'un angiospasme. À ceci j'ajoute, en me basant sur de nombreuses observations cliniques, le vertex ou calotte crânienne.

Déjà Lermoyer fils avait démontré en 1925 que le refroidissement des mains produisait ce que l'on appelle le «corryza spasmodique». Il le distinguait du phénomène allergique et l'attribuait à un choc colloïdal. Le Dr. Cloetens et moi-même avons démontré l'influence du froid sur les voies respiratoires et le mécanisme angiospastique du phénomène. C'est avec joie que nous avons constaté que les travaux de Drettner nous donnent raison. La propagation de l'angiospasme se fait entre les parties de l'organisme dont les artères sont les plus riches en fibres vaso-motrices, c'est-à-dire les régions découvertes (Lazorthes).

IV. Mécanisme du refroidissement des régions réflexes

1. Dans la pratique courante, le refroidissement du dos survient le plus souvent chez la femme qui en hiver se vêt seulement d'un soutien-gorge et d'un pull-over. Je ne compte plus les cas de rhinites pathergiques (forme 3) ou de pathergie infectée (forme 5), avec ou sans sinusite, dont on a pu interrompre la répétition par de simples mesures vestimentaires, tel le port de laine à même la peau du thorax.
2. Le refroidissement du vertex: survient le plus souvent chez les sujets ne portant pas de coiffure par temps froid (température inférieure à 15° cent.) ou qui portent des coiffures insuffisamment isolantes telles que foulard, écharpe, capuchon; ou encore, s'il s'agit d'un enfant, qu'on protège d'une coiffure appelée «passe-montagne» en lainage, couvrant à la fois la tête et le cou, retombant sur les épaules et ne laissant qu'un orifice pour le visage.

Il faut rappeler que l'isolation thermique du crâne s'opère par une coiffure qui entoure le vertex, mais laisse un espace entre elle et le cuir chevelu, de façon à ce que puisse se former un matelas d'air qui, au contact du cuir chevelu s'échauffe.

C'est ce matelas d'air qui constitue l'isolation, mais cet échauffement ne s'opère pas s'il s'agit de coiffure comme un passe-montagne qui adhère trop au cuir chevelu, et ne permet pas la formation d'un matelas d'air suffisant; ou bien s'il s'agit de coiffures comme capuchons, foulards qui n'encerclent pas la boîte crânienne et ne permettent pas au matelas d'air de s'échauffer.

Le manque de protection des régions sensibles a pour conséquence un refroidissement anormal s'il s'agit de régions réflexes dont les artères possèdent une grande richesse en fibres vaso-motrices, et il se produit au départ de ces régions un réflexe angiospastique qui se propage à la muqueuse nasale, avec comme conséquence un oedème par anoxie du capillaire.

Mes travaux permettent à Drettner d'expliquer pourquoi, lorsque le dos ou les mains se refroidissent, il se produit de l'oedème de la muqueuse nasale.

3. Une autre circonstance de refroidissement d'une région réflexe réside dans le fait que certains dorment l'hiver, soi-disant par mesure d'hygiène, dans une chambre à coucher froide soit que la fenêtre soit ouverte, soit que le chauffage soit inexistant ou supprimé.
4. Tous ces sujets dont les régions réflexes sont sensibles au refroidissement et qui présentent de l'angiospasme réflexe au niveau de la fosse nasale sont invariablement des sujets sédentaires, travaillant la journée dans des locaux surchauffés (école, bureau, living) et évitant soigneusement toute pratique de sport. Ce qui ne les empêche pas de vouloir vivre comme des spartiates.
5. Il y a lieu de souligner un point important à propos du refroidissement nocturne. Lors du sommeil la circulation est ralentie et le vertex est le seul organe à ne pas être recouvert durant la nuit alors que la température ambiante est basse. Il s'ensuit une déperdition de chaleur. A ce niveau, cette déperdition peut être préjudiciable pour l'organisme; en effet, le refroidissement du cuir chevelu peut entraîner le refroidissement de l'os, donc du cerveau sous-jacent. Ce qui pourrait être fatal. La nature augmente donc le débit en calories au niveau de la zone refroidie. Pour augmenter ce débit, il se produit une vaso-dilatation, mais comme la circulation est ralentie à ce moment du fait du sommeil, l'organisme est obligé, pour assurer un débit suffisant au niveau de la partie supérieure de la carotide externe, de fermer certains circuits, c'est-à-dire d'opérer une vaso-contriction au niveau du domaine inférieur de la carotide externe (artère maxillaire, sphéno-palatine, occipitale, etc.) Le mécanisme est ainsi déclenché et le nez sera obstrué au réveil.

Par ce mécanisme s'expliquent bien des cas restés obscurs et constitués par de l'obstruction nasale, un jetage glaireux, de la toux, principalement de la toux nocturne. Ces cas posaient jusqu'ici des problèmes restés sans réponse parce que les examens objectifs cliniques et radiologiques restaient négatifs.

Depuis les travaux de Drettner, mon attention a été attirée sur l'importance qu'il fallait attribuer à l'environnement du patient et sur l'importance du refroidissement des régions sensibles à un moment donné de la vie du sujet. Depuis lors, je ne compte plus les cas, purement fonctionnels bien entendu, qui ont été guéris simplement parce que l'on a pris des mesures visant à éviter un refroidissement du vertex, par exemple en faisant dormir le patient dans une chambre à coucher chauffée, en lui imposant le port d'une coiffure adéquate durant l'hiver ou encore en lui évitant un refroidissement du dos en lui faisant porter de la laine à même le thorax.

On oublie trop l'environnement, et les travaux de Drettner ont attiré l'attention sur l'importance de ce facteur dans la physio-pathologie des affections des voies respiratoires.

Un exemple suffira: tel enfant m'est adressé par un médecin parce que depuis 3 semaines il tousse: c'est une toux nocturne. Il m'est demandé si l'enfant ne souffre pas de végétations adénoïdes car l'examen du thorax

est négatif. Première constatation il n'y a pas de végétations et le pharynx est uniformément rouge.

Les travaux de Drettner m'ont amené à faire subir à ce patient un interrogatoire très poussé sur l'environnement (envirographie), et j'ai appris ainsi que cet enfant dormait dans une cave. S'il en était ainsi, c'est parce que l'enfant ne pouvait dormir au premier étage, les voisins de l'étage supérieur faisant trop de bruit. Les parents avaient donc aménagé une chambre à coucher dans la cave avec de la toile de jute. Ce petit local était chauffé par un radiateur électrique que l'on éteignait lorsque l'enfant s'endormait. La nuit, l'enfant toussait au point de réveiller ses parents qui dormaient au premier étage. Le matin, sans comprendre la relation de cause à effet, on amenait l'enfant au médecin pour tâcher de guérir sa toux. Des antibiotiques et des antitusifs avaient été administrés pendant 15 jours sans résultat. Il a suffi de faire dormir l'enfant dans une partie de la maison qui était chauffée la nuit pour qu'il guérisse sans autre traitement.

Des cas semblables sont extrêmement nombreux.

V. **Thérapeutique de la pathergie au froid «infectée ou non»** (formes 3 et 5)

En application des travaux de Drettner, il faut opérer dans les régions sensibles une vaso-dilatation compensatrice et prendre les mesures nécessaires pour éviter désormais le refroidissement des régions sensibles.

Par conséquent, la thérapeutique visera dans l'immédiat au réchauffement du dos, des pieds et j'ajouterai du vertex. Les infiltrations de novocaïne des artères temporales peuvent faire avorter d'emblée les fausses rhinites si la mesure est précoce.

Pour l'avenir des mesures seront prises pour protéger les organes trop exposés au froid, par exemple le thorax et le vertex. Durant la saison froide, une coiffure sera portée aussi longtemps que la température sera inférieure à 15° centigrades. Le patient dormira à la même température que celle à laquelle il vit durant la journée. On augmentera la vitesse circulatoire, par des injections intraveineuses de calcium, et surtout le patient devra pratiquer le sport, la culture physique sous toutes ses formes, et y consacrer pour le moins une heure par jour. En d'autres termes, il faut lutter énergiquement contre la sédentarité de l'homme moderne.

VI. **Les céphalées par spasme vasculaire — autre forme de la pathergie au froid**

Le mécanisme de ces algies est identique au mécanisme de la pathergie au froid des voies respiratoires; refroidissement anormal d'une partie sensible, spécialement du vertex chez des sujets dont la circulation est ralentie et qui présentent des troubles circulatoires périphériques et qui, de par leur genre de vie, sont soumis à d'importantes variations de température: séjour diurne dans des locaux surchauffés, séjour nocturne dans des locaux trop froids, alors que la protection thermique du crâne n'est pas assurée. Cette forme de pathergie peut accompagner la pathergie des voies respiratoires.

La thérapeutique de ces algies vasculaires est identique à celle de la pathergie au froid (infiltrations péri-artérielles, calcium intraveineux, intensification de la vie physique, protection contre le froid etc. Il faut souligner que le Congrès International O.R.L. à Mexico comporte un rapport sur les céphalées et particulièrement sur la céphalée par spasme vasculaire. Sauf erreur, j'ai été le premier en 1949 à identifier ces céphalées. C'est avec satisfaction que je constate qu'après 20 ans l'idée progresse enfin. (Acta O.R.L. Belgica 1949).

VII. La rhinite médicamenteuse

Elle ne s'infecte pas constate Drettner. C'est exact: la raison me paraît simple, pour la connaître il faut revenir au mécanisme de cette forme de rhinite.

La médication nasale contenant un vaso-constricteur, celui-ci agit sur le capillaire qui ferme ses circuits et l'oedème disparaît; de ce fait la perméabilité nasale est rétablie. Mais l'action vaso-constrictive s'exerce également sur la métartéiole. De ce fait, une anoxie lente du capillaire se déclenche, ce qui amène celui-ci à se dilater à nouveau, ce qui reprovoque l'oedème alors même que l'artéiole reste en spasme; c'est l'obstruction qui réapparaît et qui amène le sujet à instiller le produit à nouveau dans les fosses nasales, et voilà le cercle vicieux fermé. Ces cas ne s'infectent pas parce que comme dit plus haut, c'est «l'oedème qui fait le lit de l'infection», qui permet l'envahissement par le germe; mais dans cette forme de rhinite, c'est-à-dire dans la rhinite médicamenteuse, le capillaire est souvent fermé sous l'action de la drogue et l'oedème n'est que transitoire. L'infection n'a pas le temps de se développer. C'est une explication que je suggère à la lumière des faits expérimentaux et cliniques.

Cette forme de rhinite constitue le triomphe des infiltrations péri-artérielles. D'autres que moi ont bien voulu le reconnaître. Par cette méthode, l'affection est guérie en 4 jours au maximum, et à la condition que le sujet s'abstienne de toutes gouttes nasales contenant un vaso-constricteur; mais il y a deux jours difficiles à passer pour le patient. Deux jours pendant lesquels les infiltrations n'ont pas encore opéré d'effet suffisant et la gêne est importante. Grande est la tentation de revenir aux gouttes nasales. C'est alors qu'interviennent les recherches de Drettner, comme j'ai pu le constater. Il faut empêcher la vaso-constriction nasale de se réinstaller. C'est pourquoi, il faut produire à distance une vaso-dilatation des régions sensibles: bain de pieds chaud, réchauffement du dos, boissons chaudes, réchauffement du vertex par le port, jour et nuit pendant quelques jours, d'un bonnet de laine.

VIII. Passage de l'allergie ou de la pathergie du stade vaso-moteur au stade infectieux

Ceci pose un problème qui est resté sans solution jusqu'ici. Il n'empêche que l'on peut parler d'un common cold à répétition, à cause des signes infectieux, mais il faut malgré tout suspecter l'allergie ou la pathergie et distinguer la forme 4 ou 5. Il faut pratiquer des tests allergiques, se livrer à des recherches destinées à déterminer s'il existe un refroidissement anormal. Enfin, l'environnement du malade fera l'objet d'un interrogatoire approfondi.

A cet égard, il existe des questionnaires imprimés portant sur les conditions dans lesquelles vit le patient.

IX. Les mesures recommandées pour la pathergie au froid ne sont pas à généraliser

Les mesures de protection contre le froid visent exclusivement les personnes sensibles au froid. Il ne s'agit donc pas d'une recommandation générale selon laquelle il faut se couvrir très fort par temps froid. Il faut réagir contre le froid, mais la meilleure façon c'est d'activer la circulation et de pratiquer le sport et la culture physique. «C'est aux patients qui sont allergiques aux crustacés que l'on défend les crustacés et pas aux autres». Il n'empêche que hélas on doit constater qu'en Belgique de plus en plus de jeunes, comme de plus en plus d'adultes, deviennent sédentaires à l'excès, alors que de plus en plus on surchauffe les locaux de travail ou de séjour. Survient alors une circonstance aggravante: la mode actuelle tend à supprimer la protection thermique de l'organisme. Il en résulte pour celui-ci une difficulté de s'adapter aux variations de température de l'air ambiant. C'est une véritable maladie de l'adaptation selon Selye.

X. Importance de la distinction entre les différents type de rhinites au point de vue de la médecine expérimentale

Lors des expériences de Drettner, il a été demandé aux sujets s'ils présentaient des rhinites à répétition. C'est parmi ceux qui ont répondu par l'affirmative que l'on trouve ceux qui présentaient encore de l'hypothermie de la muqueuse nasale quelques heures après la cessation de l'application du froid.

Ce fait me paraît un peu en contradiction avec une autre proposition formulée par Drettner dans un autre travail (rhumes et refroidissement; Spectrum International 1964), selon lequel le common cold ne serait pas provoqué par le froid.

D'après les conclusions que je me suis permis de formuler, il n'y a aucune contradiction entre ces deux positions de Drettner, car je pense que l'on n'a pas essayé de distinguer, chez les sujets expérimentés qui présentaient une rhinite à répétition, s'il s'agissait d'une virose ou d'une pathergie secondairement infectée. La fréquence, la répétition du phénomène fait déjà douter de l'existence d'une virose au niveau des voies respiratoires. Cette répétition est due à la répétition du phénomène de vaso-constriction. D'autre part, les pathergiques au froid présentent des réactions vaso-motrices à «retardement» et c'est bien pour cela que ces patients ne font jamais de rapprochement entre l'exposition au froid et l'obstruction du nez, parce que cette obstruction survient longtemps après l'exposition au froid alors qu'ils se trouvent au chaud depuis longtemps. Ils accusent plutôt la chaleur que le froid de provoquer la gêne nasale, c'est pourquoi ils ne prennent pas de précautions contre le froid. Ceci est très important à souligner. Et c'est le grand mérite de Drettner d'avoir démontré que l'oedème de la muqueuse nasale et l'hypothermie se maintiennent plusieurs heures après l'exposition au froid.

XI. La pathergie à l'humidité

Cette pathergie se rencontre dans les régions marécageuses, argileuses, au

voisinage des eaux stagnantes, dans les vallées ou même au sommet de certaines collines lorsqu'il existe ce que l'on appelle des «nappes perchées». Enfin, lorsque l'habitation est humide par suite d'un défaut de construction. L'environnement malsain peut non seulement être l'habitation mais aussi l'endroit de travail ou l'école. En cas de pathergie à l'humidité, le patient accuse une sensation très caractéristique de brûlure, de grattement, de sécheresse dans la gorge, accompagnée ou non de toux. Cette toux n'est pas calmée par les antitussifs habituels. L'examen des bronches reste négatif, mais il existe toutefois un peu de dyspnée.

Les signes objectifs sont aussi très caractéristiques:

- a. la rhinectasie: c'est-à-dire l'élargissement du calibre des fosses nasales par amenuisement des cornets. Il ne s'agit pas du tout de l'atrophie rencontrée dans la rhinite atrophique ou ozéneuse.
- b. une accentuation des arborisations vasculaires de la paroi postérieure du pharynx, des amygdales, des piliers de l'épiglotte, du vomer, du vestibule laryngé. Tantôt il s'agit d'un vrai réseau tantôt on peut presque parler de téléangectasie.

Les arborisations vasculaires sur les amygdales chez les enfants surtout sont très typiques à cet égard. Elles constituent un «noli me tangere» absolu au point de vue amygdalectomie, et ceci peut se rencontrer tout comme dans l'allergie. L'affection s'accompagne souvent d'asthénie aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Elle se traite comme l'allergie: antihistaminiques, cortisone, calcium intraveineux et recours aux différentes mesures destinées à modifier le climat, c'est-à-dire les qualités physiques de l'air ambiant. Veiller à chauffer la chambre à coucher pour diminuer l'hygrométrie de la pièce, car en effet ce qui importe c'est l'hygrométrie relative, et non pas l'hygrométrie absolue. Il faut diminuer la pression atmosphérique, c'est-à-dire que le séjour en montagne est recommandé alors que le séjour au bord de la mer est à proscrire. En effet, la diminution de la pression atmosphérique et la diminution du taux d'oxygène diminuent la perméabilité des capillaires et inversément. On voit beaucoup de ces enfants pathergiques à l'humidité faire un accident ou l'autre le lendemain de leur arrivée au bord de la mer. Enfin, en cas de récidence il faut conseiller un changement de résidence.

Ce genre de phénomène est trop souvent considéré à tort comme un phénomène infectieux et trop souvent combattu à tort à l'aide d'antibiotiques, de sulfamides, ce qui ne fait qu'embrouiller la situation et conduire le patient d'échec en échec. Il y a même des pathergiques qui sont dirigés finalement vers le psychiatre parce qu'ils ne répondent à aucune thérapeutique usuelle et qu'on n'a pas eu l'attention attirée par des signes objectifs cependant très caractéristiques. La pathergie à l'humidité a également souvent été confondue avec le *common cold*; les examens objectifs permettent cependant de faire le diagnostic différentiel. Dans la pathergie au froid, il existe de l'oedème des cornets, tandis que dans la pathergie à l'humidité il existe une atrophie des cornets.

XII. Considérations

Les phénomènes ci-dessus décrits, ont fait l'objet de ma part d'une très longue et minutieuse observation au cours des 30 dernières années.

J'ai noté ces faits dans leur détail sans toutefois parvenir à les expliquer entièrement.

Les travaux de Drettner ont été pour moi une confirmation et j'ai pu mieux peser l'importance qu'il faut attacher à l'environnement du malade lorsque l'on se trouve devant un cas fonctionnel, c'est-à-dire lorsque l'on ne peut expliquer une toux, un jetage glaireux, une obstruction nasale par une affection organique ou lorsque l'on est impuissant à guérir soit une douleur de gorge, soit une rhinite anormalement répétée, et ce durant pendant la saison froide et qu'en vain on traite par antibiotiques.

Je crois qu'il faut méditer ces faits chez les patients qui viennent nous voir parce que tout a été essayé et que tout a échoué. Les végétations et les amygdales ont été enlevées, les sinus ont été curetés sans résultat. Les radiographies ne sont pas très démonstratives. Patients ou parents de patients sont découragés.

Dans de tels cas, il faut reprendre le problème au départ: étude de l'environnement, étude de l'endroit d'habitation, du genre d'habitation, contrôle de la température des locaux d'habitation et de travail, éventuellement on contrôlera l'hygrométrie de l'endroit.

Enfin, il faut s'enquérir du mode de vie, s'enquérir de l'environnement, rechercher s'il existe au voisinage de l'habitation de l'eau stagnante. Souvent de la sorte on parvient à trouver la solution du problème.

La génération O.R.L. qui me précédait avait tendance à guérir les patients par ablation des végétations, par redressement d'une cloison, ou extraction d'un cornet; bref, avait tendance à traiter les affections des voies respiratoires supérieures en modifiant le calibre. La notion de pathergie vise au contraire à modifier la qualité physique de l'air ambiant, c'est-à-dire sa pression, sa température, son hygrométrie et pour certains son ionisation. La notion de pathergie vise encore à assurer une protection efficace contre le froid de certaines régions sensibles.

XIII. Résumé et conclusions

Il faut distinguer la pathergie au froid et la pathergie à l'humidité. Ces cas de pathergie sont souvent confondus avec la rhinite banale (common cold) et c'est à tort que l'on pense à une virose à répétition. Certaines céphalées en rapport avec un spasme vasculaire de la carotide externe entrent également dans le cadre de la pathergie au froid. Les phénomènes de pathergie au froid se déclenchent par refroidissement anormal des pieds, des mains, du dos, du vertex. Ces cas peuvent s'infecter secondairement. Dans ce cas il est important de déterminer si le stade infectieux a été précédé d'un stade vaso-moteur allergique ou pathergique, parce qu'un traitement dirigé exclusivement sur l'infection ne résoud le problème qu'à demi. Devant un cas de rhinite à répétition, il faut bien entendu exclure l'adénoïte, la sinusite, etc. Il faut éliminer l'allergie par le moyen des tests. Enfin, il faut étudier l'environnement du patient, c'est-à-dire étudier les qualités physiques de l'air ambiant. Si toutes ces investigations restent sans résultat alors on peut conclure à une rhinite à répétition (common cold).

REFERENCES

1. Bouchet, M., 1953: L'hypersensibilité d'origine non-allergique. 5e Congrès International d'ORL, Amsterdam, 81.

2. Drettner, B., 1961: Vascular reaction of the human nasal mucosa on exposure to cold. *Acta oto-laryng.*, Stockh., suppl. 166.
3. Drettner, B., 1964: Rhume et refroidissement. *Spectrum international*, 3, 63.
4. Drettner, B., 1963: Blood vessel reactions in the nasal mucosa. *Rhinology internationale*. 1.
5. Drettner, B.: Vascular reaction on the intake of food and drink of various temperatures. *Acta oto-rhino-laryng. Suppl.* 188.
6. Drettner, B.: The sensation of cold in relation to the incidence of the common cold in male and female students. *Acta oto-rhino-laryng.*, 55-356.
7. Drettner, B., 1965: The effect of cigarette smoking on the blood flow of the skin muscle and nasal mucosa. *Acta Soc. Med. Uppsala*, 70, 49-58.
8. Godin-Cloetens, 1947: Essai sur la physio-pathologie du coryza spasmodique. *Acta Belgica Oto-Rhino-Laryng.*, 1, 1.
9. Godin-Cloetens, 1947: A propos de la physio-pathologie du coryza spasmodique. *Soc. Franç. Oto-Rhino-Laryng.*, Liv., 135.
10. Godin-Cloetens, 1947: The differential diagnosis between the allergic and circulatory cases of vaso-motor rhinitis. *Collegium Oto-Rhino-Laryng. A.S.*
11. Godin, 1952: L'oto-rhino-laryngologiste devant les problèmes des troubles vasomoteurs naso-sinusiens. *J. franç. Oto-Rhino-Laryng.*, 1, 13.
12. Godin, 1949: Les infiltrations péri-artérielles en oto-rhino-laryng., *Bull. Soc. Franç. Oto-Rhino-Laryng. Tome LVI*, 124.
13. Godin, 1961: Mécanisme neuro-circulatoire de la pituitaire. VIIème Congrès Inter-Rapport III, 139.
14. Godin, 1967: Hypersensibilité d'origine non allergique 5e Congrès International d'oto-rhino-laryng., Amsterdam, 94.
15. Godin et Blondiau, P., 1969: La pathergie cause méconnue de polypose Nasale.
16. Halpern, 1952: Physio-pathologie de la perméabilité capillaire. Rapport au Congrès International d'Angiologie. *Gaz. méd. France Tome 59*, 23.
17. Janoff et ses collaborateurs, 1962: Pathogenesis of experimental chock. *J. ex. Med.*, 116, 451, 466.
18. Laborit, 1952: Rôle du capillaire dans la pathogénie de la maladie traumatique et du G. Med. de France. *Tome 59*, 69.
19. Lermoyez, J., 1922: Le phénomène de choc dans le coryza spasmodique. *Plon*.
20. Tinel, 1937: Le système végétatif. Paris - Masson.

Institut Medico-Chirurgical d'Etterbeek,
 Service, O.R.L.,
 2, Square Docteur Jean Joly,
 1040 Bruxelles.