

Bibliothèque numérique

medic@

**Revue mensuelle de laryngologie,
d'otologie et de rhinologie**

Vol 7, n° 1, p. 1 à 48. - Paris : Doin, 1887.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1887x01>

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. J. Baratoux, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — L. Bayer, à Bruxelles. — Boucheron, à Paris. — Bresgen, à Francfort-sur-Mein. — Bryson Delavan, Professeur de Laryngologie à New-York. — F. Cardone, de Naples. — J. Charazac, à Toulouse. — O. Chiari, Privat-docent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — G. Coupard, médecin à l'hôpital Péreire, à Paris. — Ch. Fauvel, Prof. libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — Gorham Bacon, de New-York. — Jos. Gruber, Prof. d'Otologie, à l'Université de Vienne. — Jacquemart, à Nice. — Joal, à Paris. — Kirchner, Privat-docent à Wurzburg. — C. Labus, Professeur de Laryngologie, à Milan. — Lennox-Browne, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — F. Massei, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — C. Miot, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — Noquet, de Lille. — G. Poyet, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — Ramon de la Sota y Lastra, à Séville. — Rolland, de Montréal (Canada). — Samuel Sexton, à New-York. — Schiffers, à Liège. — Schmiegelow, à Copenhague. — Schnitzler, Professeur de Laryngologie à Vienne. — O. Seifert, Privat-docent à Wurzburg. — Solis Cohen, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — Urban Pritchard, professeur d'Otologie à l'hôpital du « King's College », à Londres. — Voltolini, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME VII

1887

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, —

MDCCCLXXXVII.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ROLE PHYSIOLOGIQUE DU MUSCLE
ARYTÉNOÏDIEN (1)

Par le Dr MOURA.

- I. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LES ARYTÉNOÏDES.
- II. ORDRE DE DISTRIBUTION NATURELLE DES AGENTS MOTEURS
INTRINSÈQUES DE L'ORGANE DE LA VOIX.

Avant de vous faire connaître le rôle physiologique qui, à notre avis, appartient au muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou plus brièvement *aryténoïdien*, tant au point de la respiration qu'à celui de la phonation, il est indispensable de vous exposer, chers et savants collègues, quelles sont les conditions anatomiques des cartilages aryténoïdes et dans quel ordre d'action sont distribués les agents qui font mouvoir les diverses pièces dont se compose l'organe de la voix.

Les deux cartilages aryténoïdes doivent être considérés comme les clefs de la principale porte d'entrée de la respiration d'une part, comme les chevilles et chevalets de l'instrument de la voix d'autre part.

Par sa disposition en écluse, par sa forme triangulaire et par sa situation profonde sur le trajet du canal aérifère, l'orifice de la glotte est le passage le plus dangereux que

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 27 octobre 1886.

traverse l'air respiré. En même temps que se produit ce passage, les vantaux de la porte peuvent subir, dans leur disposition anatomique, des modifications qui les transforment en bandes minces et vibrantes, analogues à l'anche des instruments de musique. Nous ne nous étendrons pas sur cet important sujet; nous aurons occasion, dans un travail plus complet, d'exposer la nouvelle théorie de la voix, telle que nous la concevons.

§ I. — *Aryténoïdes.*

Les aryténoïdes sont les deux plus petites des cinq pièces qui composent cette partie renflée du canal aérifère, appelée improprement *boîte laryngienne*. Situés en arrière de chaque côté du chaton de l'anneau cricoïdien, légèrement tordus sur eux-mêmes, ils ont une forme pyramidale ou triangulaire qui nous oblige à les considérer dans leur hauteur, leur base, leur sommet, leurs faces, leurs arêtes ou côtés, leurs angles ou apophyses.

1° *Axe vertical, tige, hauteur verticale.* — La hauteur du cartilage varie suivant l'âge, le sexe et les individus du même sexe. Muni du cartilage corniculé de Santorini, il mesure, verticalement et en moyenne, 11^{mm} chez la femme et présente, sur 58 larynx, 12 variétés de hauteurs, la plus petite étant de 6^{mm} et la plus grande de 18^{mm}.

Chez l'homme, il mesure 15^{mm}. Sa hauteur a présenté, sur 109 larynx, 12 variétés comprises entre les deux extrêmes 6 et 18^{mm}; elle est donc plus stable dans le sexe masculin.

2° *Hauteur oblique, arête ou bord antérieur.* — Sur le larynx féminin elle atteint 13 à 14^{mm} en moyenne et varie entre 9 et 19^{mm}.

Sur le larynx masculin je lui ai trouvé 16 à 17^{mm} et 14 variétés, la plus petite étant de 8^{mm} et la plus grande de 22^{mm}.

La comparaison des deux hauteurs, verticale et obli-

que, dans les deux sexes, montre combien la dernière est plus susceptible de développement, chez l'homme surtout. Cela vient de ce que l'apophyse vocale, ou angle antérieur, fait partie de cette hauteur oblique.

3° *Sommet*. — Il est représenté par le cartilage de Santorini, lequel est triangulaire aussi et a quelques millimètres à peine chez l'homme, tandis que chez certains animaux, le cochon par exemple, il forme un véritable prolongement corniculé et contourné en dedans.

4° *Base, angles ou apophyses*. — La base de l'aryténoïde ne présente pas, comme le ferait croire la forme pyramidale du cartilage, trois angles et trois côtés. L'un de ces angles, l'interne, est émoussé. L'angle externe se prolonge en forme de bec ou d'apophyse; il donne attache, en arrière, au muscle crico-aryténoïdien qui ouvre la glotte et, en avant, à ceux qui la ferment. Quant au troisième angle, l'antérieur, c'est le plus développé et le plus important à connaître. Il constitue, à lui seul, l'*apophyse antérieure ou vocale* et sa pointe se continue avec un petit cartilage sésamoïde, triangulaire, qui disparaît dans l'épaisseur de l'extrémité postérieure du repli de la glotte.

Plus ou moins développée suivant l'âge, le sexe et les sujets, cette apophyse forme, avec la face interne de la pyramide aryténoïdienne, une sorte de panneton qui fait partie de la glotte dite *inter-cartilagineuse*. Elle donne insertion au faisceau fibro-élastique de la lèvre glottique, ce qui lui a valu le nom d'*apophyse vocale*.

5° *Facette articulaire; articulation crico-aryténoïdienne*. — La surface de la base de l'aryténoïde est oblongue et non triangulaire; elle présente, entre ses deux angles, c'est-à-dire entre l'apophyse vocale et l'apophyse externe, une petite dépression d'environ 5^{mm} chez la femme et de 6^{mm} chez l'homme, appelée *facette articulaire*. Cette facette est concave d'avant en arrière, recouverte d'une mince couche de substance cartilagineuse, luisante et

nacrée ; elle est en rapport avec une autre sculptée en sens inverse sur le bord supérieur du chaton cricoïdien et plus ou moins inclinée de haut en bas et de dedans en dehors. Les deux facettes aryténoïdienne et cricoïdienne, moulées l'une sur l'autre, sont maintenues unies par une capsule synoviale, lâche, et par des liens fibreux qui en font une articulation très mobile et très importante, dite *crico-aryténoïdienne*. En tournant et glissant l'une sur l'autre, elles permettent aux apophyses vocales de s'écarter, de se rapprocher et de suivre les cartilages dans le mouvement du quart de cercle qu'ils exécutent, tantôt en dedans, tantôt en dehors, autour du chaton qui sert de pivot.

La facette aryténoïdienne est plus petite et moins creuse chez la femme. La facette correspondante du cricoïde est convexe et oblongue ; son grand axe, dirigé transversalement, dans une inclinaison d'environ 50° à 55° , mesure $5^{mm}5$ dans le sexe féminin, 7^{mm} à $7^{mm}5$ dans le sexe masculin.

Entre les deux facettes cricoïdiennes de l'un et l'autre sexe, il y a une différence de 2^{mm} de développement, tandis qu'il n'y en a que 1^{mm} entre leurs facettes aryténoïdiennes. Aussi l'articulation du larynx féminin jouit-elle de mouvements moins étendus que celle du larynx masculin.

Le degré d'inclinaison de la facette du cricoïde est très variable ; il descend quelquefois à 30° et il s'élève aussi, sur certains larynx, jusqu'à 70° ; toutefois, je ne l'ai vu jamais atteindre 90° , c'est-à-dire l'horizontalité.

La conséquence de ce fait est la presque impossibilité d'un rapprochement direct et par glissement des deux bases aryténoïdiennes et l'inclinaison forcée, de bas en haut et de dedans en dehors, de l'axe vertical, à l'état de repos. Ce rapprochement ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un déplacement qui, faisant pencher le cartilage en arrière ou en avant, redresse cet axe et rend plus facile le glissement et la rotation de la clef ou de la cheville cartilagineuse.

En outre, l'intervalle qui, sur le cha^{on}, sépare le centre des deux facettes convexes est de 16^{mm} sur le larynx féminin, de 20^{mm}5 sur le larynx masculin. Cet intervalle peut varier depuis 9^{mm} jusqu'à 22^{mm} dans le premier, depuis 15^{mm} jusqu'à 28^{mm} dans le second. Cette grande distance entre les deux facettes est un nouvel obstacle, selon nous, au rapprochement des deux bases dans le sens horizontal et transversal, autrement dit par glissement.

Les mêmes difficultés ne se présentent pas entre les deux sommets; leur rapprochement se produit lorsque les ary^{énoïdes} ayant été inclinés en avant par les adducteurs, l'action musculaire, en se continuant, incline en dedans les deux pyramides; cette action fait converger leurs sommets l'un vers l'autre, tandis que leurs bases arrêtées par la convexité et la déclivité de la facette cricoïdienne amènent par la résistance de celle-ci le renversement des ary^{énoïdes} en dedans; et l'axe de rotation se trouve ainsi porté sur le côté interne des chevilles cartilagineuses.

6° *Levier horizontal ary^{énoïdien}.* — L'apophyse antérieure, la facette articulaire et l'apophyse externe forment ensemble un levier du premier genre, légèrement coudé et à bras inégaux. Le point d'appui ou de rotation est au centre de la facette articulaire; le grand bras, situé en avant et en dedans, est représenté par l'angle antérieur et son apophyse, et le petit bras, situé en dehors, par l'angle externe et son bec apophysaire. Quand ce levier exécute un mouvement de rotation horizontale, l'arc de cercle décrit par l'apophyse vocale est proportionnel à la longueur de son grand bras. Or, la laryngométrie nous apprend que le côté de la glotte intercartilagineuse peut avoir chez la femme de 3 à 9^{mm}, et chez l'homme de 4 à 12^{mm}; l'axe de cercle décrit est donc très variable; il appartient à des cercles dont les rayons peuvent avoir de 3 à 12^{mm}. On comprend dès lors combien il est difficile de déterminer, même approximativement, les

divers degrés de tension que doivent éprouver les replis de la glotte, et surtout de prédire, par cette voie physiologique, la quantité millimétrique de leur allongement pendant la phonation.

D'ailleurs, l'effet tensif produit sur l'anche, dans deux larynx dont les replis de la glotte ont une longueur identique, ne saurait être le même pour chacun d'eux, attendu que la proportion entre les parties membraneuse et cartilagineuse peut être fort différente, comme le démontre la laryngométrie. On ne pourrait donc affirmer que deux personnes possédant des lèvres vocales d'égale longueur auront le même son de voix.

7° *Face interne.* — C'est la moins étendue des trois faces de l'aryténoïde ; elle finit en haut vers le milieu du cartilage. En avant, elle se continue avec celle du cartilage sésamoïde qui pénètre dans l'épaisseur du ligament vocal et que l'on reconnaît facilement dans le larynx pendant la vie, ainsi que nous l'avons indiqué en 1864 (*v. Traité prat. de lar. et de rhin.*, p. 101).

Ordinairement lisse et plane, convexe parfois, elle prend, dans certains larynx du sexe masculin, une forme concave par suite du développement exagéré de son angle antérieur. De sorte que le tiers postérieur de l'orifice glottique est constitué par deux bords courbes qui, malgré le rapprochement énergique des lèvres de la glotte, maintiennent cet orifice ouvert pendant l'émission de la voix et pendant l'acte de la glutition. Dans le premier cas, la colonne d'air expulsée par le soufflet trachéopulmonaire sort en partie sans vibrer, et l'*attaque du son*, comme disent les artistes chanteurs, est *manquée*, c'est-à-dire pénible et difficile. Une fuite d'air se produit en effet dès le début du chant ou de l'émission.

Ce fait, que nous avons constaté sur le vivant il y a plusieurs années, n'a été relevé, je crois, par personne.

Un étudiant, aujourd'hui médecin et prosecteur de la Faculté, doué d'un tempérament artistique, ne savait à

quoi attribuer cette fuite qui précédait chaque fois l'attaque du son. Il vint me demander l'explication de ce défaut. Sachant très bien manier le miroir laryngien, il avait vainement essayé de la découvrir.

Placé devant l'image laryngoscopique de son larynx, je lui fis remarquer, au moyen du miroir du pharyngoscope, deux concavités très prononcées sur la face interne de ses aryténoïdes, et, entre elles, une ouverture ou plutôt un *Hiatus* que ses efforts d'émission ne parvenaient pas à fermer : une fuite d'air s'ensuivait et l'oreille en percevait très bien, chaque fois, le bruit. L'attaque du son lui était fatigante, difficile ; elle l'obligeait à faire de grandes inspirations afin d'emmagasiner une quantité d'air suffisante, lui permettant de remédier le mieux possible à cette fatigue d'émission.

La glotte intercartilagineuse, improprement appelée *respiratoire* par Longet, reste donc ouverte chez un certain nombre de sujets pendant la phonation et aussi pendant l'acte de la glutton, contrairement à l'opinion de beaucoup de physiologistes.

L'orifice de cette partie postérieure de la glotte ne ressemble en rien à celui de sa partie antérieure. Celle-ci représente une fente d'autant plus étroite que ses bords sont plus rapprochés l'un de l'autre, soit qu'on l'étudie par en haut, soit qu'on l'examine par en bas. Celle-là est au contraire, vue d'en haut, un espace limité par les faces internes des aryténoïdes et non par des bords linéaires ; pendant l'émission vocale ses côtés sont représentés par une surface triangulaire dont le sommet est en haut et la base en bas. C'est un passage, un *hiatus*, c'est-à-dire, un entrebaillement et non un orifice, encore moins une fente.

8° *Orifice de la glotte vu par en bas.* — En examinant l'ouverture de la glotte à travers le bocal cricoïdien pendant l'état de repos, on retrouve en avant la fente triangulaire limitée de chaque côté par le bord membraneux et arrondi des deux replis. En arrière, ce bord

membraneux fait coude et se confond avec un renflement pisiforme plus ou moins développé, lequel fait saillie en dehors de l'orifice glottique. Ce renflement d'aspect blanchâtre est séparé, en arrière, de la face interne du cricoïde par un petit espace, une sorte de fente, qui remonte en haut et simule une échancrure de quelques millimètres. Il est formé par l'apophyse antérieure, par les fibres élastiques qui s'y insèrent et par l'extrémité postérieure du muscle de la lèvre vocale; il est d'autant plus apparent que l'on agrandit davantage l'orifice glottique en simulant l'action des crico-aryténoïdiens postérieurs, c'est-à-dire en faisant exécuter aux deux aryténoïdes un mouvement de rotation en dehors. Il s'efface au contraire plus ou moins quand on rapproche les deux apophyses vocales par un mouvement de rotation en dedans; la forme triangulaire de la partie antérieure de la glotte se change alors en une fente plus ou moins étroite et celle de sa partie postérieure, prend celle d'un petit triangle toujours ouvert sur des larynx d'adulte.

Les dimensions de cette petite ouverture postérieure inter-aryténoïdienne varient suivant, d'une part, la longueur et la forme droite ou concave de l'apophyse vocale, et suivant, d'autre part, la distance qui sépare l'une de l'autre les articulations crico-arythénoïdiennes. A travers cette ouverture, on découvre, vers la région sus-glottique, la muqueuse inter-aryténoïdienne qui, par ses plis, ferme plus ou moins l'hiatus de la glotte respiratoire de Longet. La persistance de cet hiatus explique la pénétration des liquides et des débris d'aliments dans la trachée pendant l'acte de la glutton.

L'effacement et l'exagération du renflement sous-glottique, sont dûs, selon nous, aux différents aspects qu'affecte la glotte pendant la phonation et pendant l'inspiration. Dans le premier cas, l'apophyse vocale fait en dedans, avec le bord membraneux de l'orifice, un angle saillant et, en dehors, un angle rentrant dans

lequel se dissimule plus ou moins le renflement pisi-forme; dans le second cas, l'angle devient saillant en dehors, rentrant ou obtus en dedans; de sorte que, pendant l'inspiration, l'apophyse antérieure de l'aryténoïde refoule du côté externe de la glotte les tissus, et s'enfonce dans l'épaisseur du faisceau musculaire de la lèvre vocale pour constituer le renflement sous-glottique; c'est un déplacement tout contraire qui a lieu pendant l'émission des sons.

L'orifice de la glotte, vu par en haut et par en bas, présente ainsi la même forme dans ses deux tiers membraneux, mais non dans son tiers postérieur ou cartilagineux. Le diamètre de l'orifice de la glotte respiratoire non vibrante est d'environ 5^{mm} plus grand dans le sexe masculin.

9° *Obliquité des lèvres vocales.* — J'ai rencontré cette obliquité, signalée par quelques auteurs, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. On la met surtout en évidence par le moulage du porte-vent laryngo-trachéal. Elle consiste en une inclinaison des bords de la glotte, de bas en haut et d'avant en arrière, de telle sorte que la commissure thyroïdienne des lèvres vocales est située plus ou moins au-dessous de la ligne horizontale, et surtout des deux articulations crico-aryténoïdiennes. Il résulte de cette disposition que l'horizontalité de la glotte ne peut s'obtenir que par une inclinaison en bas de l'apophyse antérieure, pendant que l'aryténoïde exécute son mouvement de rotation en dedans; ce cartilage glisse en avant sur la facette articulaire, et prend une direction qui l'éloigne de la verticale; il se redresse en arrière ensuite quand il reprend sa position de repos.

L'obliquité des lèvres vocales persiste pendant le chant, chez un certain nombre de personnes; les vibrations de l'anche ne sont plus alors perpendiculaires à l'axe du conduit trachéal, et les ondulations de la colonne d'air vibrante sortent dans des conditions qui,

peut-être, leur enlèvent une partie de leurs propriétés sonores. J'appelle l'attention des expérimentateurs sur ce point intéressant.

10° *Face antérieure ou antéro-externe.* — Elle est, tantôt antérieure, tantôt latérale, suivant que le larynx est en état de phonation ou de repos.

Entre la base et le sommet de cette face, il existe une dépression qui simule le dessin de la conque d'une oreille minuscule et porte le nom de *fossette*; cette dépression est occupée par l'extrémité postérieure du repli sus-glottique, plus connu sous les noms de *ligament supérieur* de la glotte, *corde vocale* supérieure et *fausse corde vocale*.

Au-dessous de la fossette auriculaire, la face antérieure donne insertion au muscle biceps thyro-aryténoïdien, tandis que, au-dessus, elle fait partie de la paroi du vestibule.

11° *Face postérieure. Muscle aryténoïdien.* — Elle est concave dans le sens vertical, large de 6 à 9^{mm} à sa base, haute de 10 à 11^{mm} chez la femme, de 15 à 16^{mm} chez l'homme. Elle est luisante, excepté sur une petite partie de sa base destinée aux fibres les plus inférieures d'un muscle appelé *inter-aryténoïdien* ou simplement *aryténoïdien*.

Ce muscle est composé de deux ordres de fibres, les unes transversales et horizontales, profondes et antérieures, les autres obliques et croisées en sautoir ou en X, superficielles et postérieures. Les unes et les autres se confondent et s'unissent par des liens fibreux sur la ligne médiane chez certains sujets. La plus grande partie des premières s'insère au bord externe de chaque cartilage et non sur leur face postérieure, comme l'avancent la plupart des anatomistes; quelques-unes seulement, les plus inférieures, prennent pied sur la partie située au-dessus et en dedans de la facette articulaire. Elles constituent un faisceau quadrilatère dont le bord inférieur est séparé de celui du chaton du cricoïde par un

petit intervalle qui sert de passage aux vaisseaux et aux nerfs qui lui sont destinés.

Quant aux secondes, elles forment de chaque côté un faisceau triangulaire plus ou moins développé ; celui-ci s'insère sur l'angle externe de cette face et aussi sur le bord du châton, ainsi que je l'ai constaté maintes fois. De ces deux points elles se dirigent obliquement en haut vers le sommet du cartilage opposé, passent les unes devant les autres, s'entrecroisent sur la ligne médiane, contournent en partie ce sommet et vont se fixer, au moyen d'une et quelquefois deux languettes tendineuses, soit dans la paroi du vestibule, soit au bord de l'épiglotte.

La disposition et la direction des deux couches de fibres du muscle aryténoïdien nous semblent indiquer quel peut être l'effet de leur contraction. Cependant il y a divergence d'opinion entre les physiologistes à ce sujet.

Avant de vous soumettre, chers et savants collègues, la solution du problème, permettez-moi de vous rappeler quels sont les nerfs qui président à la contraction du muscle qui nous occupe.

12° *Nerfs du muscle aryténoïdien.* — Ce muscle reçoit par sa face profonde ou antérieure deux ramuscules fournis, l'un à droite, l'autre à gauche, par un rameau qui vient de chaque nerf laryngé inférieur, autrement dit le récurrent.

Le rameau en question se détache au moment où le récurrent va passer dans un anneau fibreux, découpé en emporte-pièce dans le fort ligament postérieur de l'articulation qui unit la petite corne du cartilage scutiforme au cricoïde. Cet anneau est parfois si petit que le récurrent est comme étranglé, tandis qu'au-dessous il est renflé et simule un petit ganglion. J'ai rencontré cet étranglement plus souvent dans le sexe féminin ; la branche qui continue le nerf est très réduite et filiforme en sortant de cet étroit passage.

Le rameau se dirige en dedans, monte le long de la face postérieure du cricoïde, s'engage sous le bord infé-

rieur du muscle crico-aryténoïdien postérieur; il se divise ensuite en deux ramuscules, dont l'un, antérieur, est très court, pénètre d'avant en arrière dans ce muscle, et l'autre, interne, continue son chemin vers l'aryténoïdien; arrivé au bord du chaton du cricoïde, ce dernier s'infléchit en avant, traverse avec les vaisseaux le petit espace que laissent entre eux le chaton et l'aryténoïdien transverse, et se termine dans le muscle en pénétrant d'avant en arrière par sa face antérieure.

Ainsi, chose importante! c'est le même rameau nerveux qui apporte la motilité au crico-aryténoïdien postérieur, muscle abducteur ou dilatateur par excellence, et à l'aryténoïdien.

§ II. — *Ordre de distribution des agents moteurs intrinsèques de l'organe de la voix.*

Ces agents ont été distribués par la nature sur trois plans bien distincts, suivant le rôle que les faisceaux musculaires dont ils sont formés doivent remplir.

Un premier plan, que j'appellerai *antérieur*, occupe, en avant et extérieurement, les côtés du cartilage de la pomme d'Adam et de l'anneau du cricoïde. Il est situé en dehors du larynx, c'est-à-dire sur la face antéro-latérale de la boîte laryngienne et constitué par un muscle double et puissant, le thyro-cricoïdien. Les fibres de ce plan musculaire produisent l'allongement d'avant en arrière des lèvres de la glotte, en faisant exécuter au cricoïde un mouvement d'équerre très important, mais dont le sens a été mal compris par plusieurs physiologistes, par Bichat et Louget particulièrement.

Le second plan, que je nomme *interne* ou *médian*, occupe l'espace compris entre l'angle rentrant du cartilage Adamique, le bord supérieur du cricoïde et la face antéro-externe des aryténoïdes. Placé à droite et à gauche de la glotte, il est constitué, de chaque côté, par trois agents musculaires principaux dont les fibres motrices ont un même point d'attache mobile en arrière, sur la face

externe de l'aryténoïde, et un point d'attache fixe en avant, sur une assez grande étendue. Ses faisceaux musculaires se dirigent, les *inférieurs* obliquement en bas et en dehors sur le cricoïde, les *moyens* horizontalement vers l'angle rentrant du cartilage scutiforme, et sur la face externe du ligament vocal, les *supérieures*, enfin, obliquement en haut sur les côtés du vestibule et vers la partie supérieure de l'angle rentrant thyroïdien. Chacun des trois agents, quoique ayant son action propre, n'en agit pas moins dans un but commun et produit le même résultat, l'*adduction* des lèvres vocales, c'est-à-dire leur rapprochement, leur tension, la constriction de l'orifice de la glotte en un mot.

Quant au troisième plan, autrement dit *plan postérieur*, il occupe la face postérieure du larynx. Il s'étend depuis le bas du chaton du cricoïde jusqu'au sommet de la face postérieure concave des aryténoïdes. Il est constitué par deux agents musculaires dont l'un, le crico-aryténoïdien postérieur est double, et l'autre, l'aryténoïdien, est simple, médian et comprend deux couches de fibres, les unes horizontales et transversales, et les autres obliques et croisées en X.

Ces deux agents musculaires ont aussi un point d'attache mobile commun, le côté externe de l'aryténoïde et la moitié postérieure de son apophyse musculaire. La contraction des fibres qui constitue ce plan postérieur a pour résultat l'*abduction*, c'est-à-dire l'écartement des lèvres vocales et par conséquent la *dilatation*, l'agrandissement transversal de l'orifice de la glotte.

Ici, je me trouve en contradiction avec bon nombre d'auteurs. Le rôle dilatateur est reconnu par tous comme appartenant au muscle crico-aryténoïdien postérieur; mais il n'en est pas de même quant à l'aryténoïdien. Pour la plupart d'entr'eux, la contraction de ses fibres transversales et obliques produit le rapprochement des deux aryténoïdes dans toute leur hauteur. Un petit nombre de physiologistes admettent ce rapprochement

entre les deux sommets seulement; de telle sorte que chaque aryténoïde se trouve incliné en même temps en dedans et en arrière, et ses deux apophyses vocales ou antérieures sont entraînées légèrement en dehors..

D'autres physiologistes, enfin, sont portés à croire que l'aryténoïdien rapproche les deux pyramides cartilagineuses par leurs bases seulement; ce serait donc un muscle adducteur et constricteur de la glotte.

En soumettant au courant électrique les deux ramuscules nerveux qui se distribuent aux fibres musculaires inter-aryténoïdiennes, Longet a vu, sur des larynx de bœuf, de cheval, etc., les deux cartilages se rapprocher fortement. Après une telle expérience, comment ne pas être de l'avis du physiologiste français?

En allant au fond des choses, on reconnaît que Longet a vu seulement une partie du phénomène physiologique qui se produit dans le larynx humain. Son interprétation a une forme trop absolue et, si elle est vraie pour certaines espèces animales, elle ne l'est plus pour l'homme. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que je constate des erreurs scientifiques dans les affirmations des expérimentateurs. J'en ai déjà relevé plusieurs à propos de l'acte de la glutton, — permettez-moi de me servir de cette expression plus exacte que celle de déglutition — et en particulier du rôle de *couvercle* joué, soi-disant, par l'épiglotte.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir ce qu'il y a de dangereux, physiologiquement parlant, dans la voie de la comparaison de l'homme avec les animaux. Cette voie, excellente quand on l'applique aux questions d'anatomie et de physiologie générales, fausse la science quand elle descend dans les faits spéciaux non comparables. C'est ce qui est arrivé pour l'épiglotte.

Les deux ordres de fibres qui composent l'aryténoïdien ont chacun leur rôle spécial, ainsi que cela résulte de leur situation et de leur direction; ce rôle a pour but

commun le rapprochement par rotation en arrière des bords externes des deux cartilages, c'est-à-dire l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne ou respiratoire.

Le faisceau musculaire transverse, par ses insertions sur l'arête externe de deux pyramides, en arrière de leur axe de rotation, porte les deux arêtes l'une vers l'autre, et fait tourner plus ou moins en arrière et de dehors en dedans les chevilles cartilagineuses, dans le même sens que les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; il oblige leurs faces internes et leurs apophyses antérieures à se séparer, parce que se trouvant en avant de l'axe de rotation aryténoïdien, elles subissent un déplacement de dedans en dehors, c'est-à-dire en sens inverse du précédent et la partie postérieure de la glotte est ainsi entrebâillée, ouverte.

Les faisceaux obliques de l'aryténoïdien, agissant sur les deux extrémités des pyramides, inclinent celles-ci en dedans, l'une vers l'autre; ils rapprochent donc les deux cartilages par leurs sommets, mais ils n'ont aucune action sur leurs bases, lesquelles sont fixées par l'action des adducteurs du plan musculaire médian.

Lorsque les fibres obliques et transverses se contractent en même temps, ce qui est leur état physiologique normal, elles ont pour effet commun d'incliner en dedans et un peu en arrière l'axe vertical des deux chevilles cartilagineuses; celles-ci éprouvent une sorte de renversement qui rapproche leurs extrémités supérieures et et sépare, au contraire, leurs bases en avant. C'est, en fin de compte, à l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne qu'elles président, comme je vous le démontrerai dans quelques instants sur moi-même avec mon pharyngoscope.

Il ne faut pas oublier qu'au moment où le muscle aryténoïdien intervient, les apophyses vocales sont en contact et les lèvres de la glotte tendues par les adducteurs; les faces internes des cartilages sont aussi appliquées l'une contre l'autre et elles ne peuvent être

rapprochées de nouveau. L'action adductrice attribuée à ce muscle, par Longet en particulier, est selon nous, un non-sens physiologique.

N'oublions pas non plus l'inclinaison de haut en bas et de dedans en dehors des deux facettes cricoïdiennes, inclinaison qui s'oppose au glissement direct ou horizontal des deux bases cartilagineuses l'une vers l'autre, ni la distance qui les sépare, 16^{mm} chez la femme, 20^{mm}5 chez l'homme.

Rappelons également : 1° Que le plan postérieur des agents moteurs, produisant l'abduction ou dilatation, comprend les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et l'aryténoïdien ; 2° Que la motilité est apportée à ce plan musculaire par les divisions du même rameau nerveux.

Voilà, il me semble, un nombre de considérations suffisant pour se convaincre que le muscle, faisant l'objet de cette communication, appartient aux agents dilatateurs de la glotte. Ainsi, le conflit physiologique que les expérimentateurs ont cru exister entre l'aryténoïdien d'une part et les crico-aryténoïdiens postérieurs de l'autre, est contraire à la saine physiologie, à l'anatomie et à l'observation sur le vivant.

La démonstration expérimentale de ce que j'avance a été faite, il y a déjà vingt-cinq ans, en 1861 ; en voici la preuve :

« Si, en effet (*Cours de Laryng.*, p. 82, par le Dr Moura), on maintient la glotte fermée complètement afin d'empêcher l'air d'arriver dans la poitrine ou d'en sortir, en laissant ensuite pénétrer ou échapper cet air par petites quantités, on voit la glotte inter-aryténoïdienne s'ouvrir brusquement ; en même temps, une petite colonne d'air pénètre ou sort avec un léger bruit de soupape. Pendant toute la durée de l'expérience, les cordes vocales conservent leur contact parfait. »

La fuite d'air n'est pas nécessaire pour produire l'écartement des bords de la glotte cartilagineuse ; l'action volontaire de l'aryténoïdien suffit. Cet écartement est

accompagné en effet d'un bruit de soupape ou mieux de clapet, très net, et ce bruit est dû à la brusque séparation des deux bords accolés ensemble. Pendant toute la durée de l'expérience ma respiration est volontairement arrêtée, suspendue; une bougie allumée peut être placée devant ma bouche et sa flamme reste immobile.

J'ai répété maintes fois cette expérience devant des médecins et des élèves. On voit très nettement les deux aryténoïdes s'écarter à leur base, ouvrir la glotte cartilagineuse, et leurs extrémités supérieures se porter en arrière et se rapprocher légèrement. Les deux chevilles éprouvent une sorte de renversement en arrière; ce qui permet de constater que leurs apophyses antérieures se détachent de la paroi postérieure et interne du cricoïde, se portent ensuite en haut et en avant et la glotte postérieure s'ouvre avec bruit.

Ces déplacements aryténoïdiens ne peuvent être attribués à la pression de l'air intérieur ou extérieur, car il n'y a qu'à maintenir cet orifice entièrement fermé et l'expulsion de l'air par le soufflet pulmonaire, quelque énergique qu'elle soit, ne parvient à écarter ni ses bords, ni les apophyses vocales. C'est donc bien le muscle aryténoïdien seul qui produit leur séparation.

L'intervention de ce muscle dans l'acte de la respiration a lieu dans les cas de fermeture complète de la glotte. Cette fermeture peut être la suite d'un état spasmodique ou paralytique, direct ou indirect, passager ou permanent, volontaire ou involontaire.

DE LA TRANSFORMATION DE POLYPES MUQUEUX EN TUMEURS MALIGNES (CARCINOMATEUSES OU SARCOMATEUSES)

Par M. le Dr BAYER, de Bruxelles

D'après une communication faite à la 59^e réunion des naturalistes et
médecins allemands à Berlin, septembre 1886.

Depuis la publication de Billroth *Sur la texture des
polypes muqueux* (Berlin 1855), où la métamorphose des

polypes muqueux en tumeurs malignes est qualifiée de « mythe devenu traditionnel », la plupart des auteurs ont envisagé cette question à ce point de vue. Michel est le premier qui rapporta, en 1876, un cas où il paraît hors de doute, que des polypes muqueux ordinaires aient pu se transformer en tumeurs malignes. Un autre cas est décrit par Hopmann, en 1885, qui parle plus ou moins en faveur de cette éventualité. Schmiegelow (*Revue Mensuelle de laryng. d'otol.*, etc., 1885), traite la question déjà de plus près, et rapporte quelques faits observés par M. Schæffer. Malheureusement, dans tous les cas mentionnés il manque encore quelque chose pour nous convaincre. C'est aussi, en grande partie, la raison qui m'engage à faire connaître une observation, tirée de ma pratique, qui me semble remplir toutes les conditions désirées et dont j'ai l'avantage de pouvoir produire la pièce pathologique (1).

Au mois de juin 1884, un Monsieur R. de J..., âgé de cinquante ans, me consulta pour une tumeur nasale, que son médecin (un spécialiste de Bruxelles) voulait enlever au moyen d'une opération radicale. A l'inspection nasale je pouvais constater une tumeur qui descendait d'en haut jusqu'au niveau du cornet inférieur. La surface inférieure de la tumeur était ulcérée, granulée et saignait au moindre contact, mais quand on la déplaçait au moyen de la sonde, on pouvait voir qu'elle était vers sa partie supérieure, jaunâtre et transparente comme les polypes muqueux ordinaires.

Comme il n'y avait aucune urgence de procéder à une opération radicale, j'enlevai la tumeur au moyen de l'anse froide au niveau de son insertion. Quelques jours après on ne pouvait en découvrir aucune trace. Le malade est resté guéri jusqu'aujourd'hui.

En examinant la pièce on reconnaît facilement à l'œil nu un carcinome villiforme (*Zottenkrebs*) implanté par

(1) La pièce fut montrée à la section laryngologique et remise ensuite à M. Virchow, par M. B. Fraenkel, président.

une large base sur un simple polype muqueux. L'examen microscopique confirme complètement ce diagnostic.

Deux circonstances sont d'une importance capitale dans ce cas : 1° la nature maligne de la tumeur villiforme, et 2° l'absence de recidive, qui nous garantit que le terrain sur lequel le polype muqueux a poussé, était intact de toute infiltration maligne !

Pendant que j'étais occupé à préparer cette communication (septembre 1886) j'ai eu l'occasion d'observer un cas ayant une ressemblance marquée avec ceux de Michel, de Hopmann et de Schæffer. C'était une combinaison de carcinome épithélial et de polypes muqueux qui eux aussi étaient déjà infiltrés de cellules épithéliales. Les polypes muqueux existaient chez le malade (âgé de cinquante ans), depuis vingt ans, moment où apparurent des symptômes plus alarmants, qui le décidèrent à s'en occuper sérieusement. Chez ce dernier sujet, la question de savoir où le carcinome a pris naissance, doit rester pendante, bien qu'il soit probable qu'un polype muqueux en a été le point de départ.

Toutefois on ne saurait exclure l'hypothèse que les parois de la cavité nasale aient été les premières atteintes.

COMPTE RENDU DE LA 59^e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION D'OTIATRIE (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. LUCÆ.

1° M. SCHWARTZE (Halle s-S) : **Des bévues et des erreurs thérapeutiques.**

Le rapporteur combat l'emploi des poudres médicamenteuses mises en usage dans ces derniers temps, à tort et à

(1) D'après le *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin*, 18-24 septembre 1886.

travers, dans les cas d'otite moyenne suppurée. C'est surtout l'acide borique préconisé par M. Bezold et l'iodoforme qui sont en vogue. Mais leur emploi, sous forme de poudre, est loin d'être sans danger, car, sous l'influence de ce traitement, on voit survenir, et cela assez souvent, des inflammations secondaires de l'apophyse mastoïde pouvant nécessiter son ouverture artificielle.

La cause de ces accidents est la conséquence de la rétention du pus. L'iodoforme est encore plus dangereux que l'acide borique. Aussi, doit-on prendre de grandes précautions dans l'emploi de ces deux médicaments. Dans les cas de perforations petites ou situées dans le segment supérieur du tympan, il vaut encore mieux ne pas insuffler de poudres médicamenteuses.

Dans la discussion, MM. Trautmann (Berlin), Gruber (Vienne), Lucæ (Berlin), Guye (Amsterdam), approuvent les idées de M. Schwartz.

M. TRAUTMANN a vu bon nombre de cas d'abcès par congestion et de carie de l'apophyse mastoïde survenus au cours d'otite moyenne suppurée avec petites perforations du tympan, après l'insufflation d'acide borique. L'iodoforme devrait être abandonné complètement.

MM. ROHRER (Zurich) et KOLL (Bonn) défendent le traitement à l'acide borique en poudre, pourvu qu'on n'en insuffle pas de trop grandes quantités.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Schwartz parle contre l'emploi de l'alcool concentré dans les cas de polypes et de suppurations de l'oreille. Il n'a jamais vu disparaître de granulation polypoïde sous l'influence de ce traitement. Par contre, il a eu l'occasion d'observer, chez plusieurs malades traités de cette manière, de la pyémie et de la méningite avec terminaison fatale. Dans ces cas, l'alcool produisait la formation de trombus qui, en se putréfiant, étaient emportés par le torrent circulatoire et occasionnaient une intoxication septique.

M. VOLTOLINI (Breslau) et M. GRUBER (Vienne) sont aussi de l'avis que l'alcool absolu est inefficace dans les cas de polype d'oreille; mais ce médicament pourrait être essayé dans les otorrhées chroniques, après avoir employé vainement d'autres remèdes.

M. KATZ (Berlin) recommande l'alcool dans les cas de petites granulations ou de reste de polype.

M. TRAUTMANN fait observer que l'alcool absolu n'a pas, non plus, l'effet désiré dans les cas d'*aspergillus nigricans*.

2° M. TRUCKENBROD (Hambourg) parle **du nettoyage et de la désinfection des instruments employés en otologie et en laryngologie.**

Il recommande de laisser les instruments dans l'eau bouillante pendant cinq minutes. Pour nettoyer les tubes, il emploie la vapeur surchauffée, qu'il fait passer à travers en les appliquant à une petite chaudière.

3° M. STEINBRÜGGE (Giessen). **Des affections labyrinthiques consécutives à la méningite cérébro-spinale.**

Le rapporteur se basant sur deux cas observés par lui, développe de quelle manière se détruirait le labyrinthe dans le cours de la méningite cérébro-spinale. L'un de ces cas avait la forme typique de la méningite cérébro-spinale. Chez l'autre malade, cette affection avait revêtu une forme fruste et lente. M. Steinbrügge croit qu'il faut distinguer deux modes de destruction du labyrinthe, d'une part l'inflammation purulente et d'une autre les processus nécrotiques. Ces derniers envahissent le périoste des canaux demi-circulaires osseux par suite de l'action directe du virus de ladite affection sur les petits vaisseaux. La stase et la thrombose qui se font dans ces vaisseaux engendrent la destruction du périoste et des parties du labyrinthe membraneux adhérentes. La nécrose n'est donc pas le résultat de l'inflammation purulente, mais elle est primitive. Ainsi s'expliquerait ce fait que dans bien des cas de méningite cérébro-spinale, on observe une surdité précoce et inguérissable.

La destruction des tissus labyrinthiques par le pus est due à l'action mécanique de ce dernier, s'il en existe une assez grande quantité. Les examens faits sur le facial, par exemple, prouveraient qu'une petite quantité de pus se trouvant entre les fibres et autour de ce nerf ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Au contraire, dans le second cas, observé par le rapporteur, une quantité plus considérable de pus semblait avoir amené, par action mécanique, une destruction partielle des fibres du nerf acoustique.

Une période ultérieure de l'affection labyrinthique est la néoformation du tissu lamineux qui à son tour est destiné à s'ossifier.

A la fin de sa communication, le rapporteur rappelle la courbe particulière de la température dans les cas de méningite cérébro-spinale sporadique. La température peut être peu élevée ou même rester normale pendant des intervalles de temps assez longs, bien qu'il existe une inflammation purulente des méninges et une destruction considérable du labyrinthe. En terminant, M. Steinbrügge présente les préparations microscopiques des malades qu'il a observés.

Dans la discussion, M. BARTH (Berlin) fait observer que dans les cas de méningite due à l'otite suppurée, on trouve assez fréquemment durant huit à quatorze jours une température normale ou au-dessous de la normale et ne s'élevant parfois qu'aux derniers moments de la vie. La chute de la température sans décroissance des autres symptômes est un mauvais signe pronostic.

M. SCHWARTZE dit que la méningite « ex-otitis » peut, dans des cas rares, se terminer fatalement sans que la température dépasse 38°. Dans les abcès cérébraux, on n'observe généralement pas de fièvre.

M. TRUCKENBROD a observé dans le cours de méningite cérébro-spinale, de l'otite moyenne suppurée aiguë, mais il ne croit pas qu'il y avait eu de rapport entre ces deux affections. La perception pour les sons graves était bien conservée.

M. SCHWABACH rapporte trois cas de surdité, suite de méningite cérébro-spinale. Dans un de ces cas l'enfant n'était malade que depuis trois à quatre jours. Il n'existait pas de fièvre, mais chez ce malade, contrairement à celui observé par M. Truckenbrod, la perception pour les sons aigus était conservée.

M. KELLER (Cologne) a constaté de la fièvre dans les cas soignés par lui.

M. LUCÆ n'attache qu'une importance relative à l'examen fonctionnel des personnes (surtout des enfants) devenues sourdes à la suite de méningite cérébro-spinale, car la plupart sont incapables de bien indiquer la hauteur des sons perçus.

M. GUYE demande à ses confrères si on doit regarder les cas dans lesquels le processus morbide s'était terminé au bout de huit à dix jours, comme des exemples de méningite cérébro-spinale ou comme étant de simples inflammations labyrinthiques primitives.

M. GOTTSTEIN (Breslau) rappelle son relevé statistique de cas de surdités subites de ce genre, survenues d'une manière épidémique, à une époque où il existait de la méningite cérébro-spinale.

4° M. LICHTENBERG (Budapest) : Des troubles de l'ouïe chez les employés de chemin de fer au point de vue de la sécurité des voyageurs.

Le rapporteur a examiné l'organe de l'ouïe de 250 employés de chemin de fer et a constaté chez 92, c'est-à-dire chez 36,8 0/0, des affections auriculaires; 32 fois, il s'agissait des formes catarrhales, 3 fois d'une affection labyrinthique et 30 fois c'était l'oreille externe qui était atteinte. Etant donné, d'une part, cette fréquence d'affections de l'organe de l'ouïe chez les employés de chemin de fer, et, d'autre part, l'importance de signaux acoustiques pour le service, on peut en conclure que bon nombre d'accidents de chemin de fer sont dus, non à la négligence du personnel, mais à une altération de l'ouïe chez plusieurs d'entre eux.

(A suivre.)

D^r LICHTWITZ.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue,
par L.-G. RICHELOT.

L'auteur commence par rappeler que le cancer de la langue considéré, à juste titre, comme étant des plus graves, doit cependant être opéré quand la tumeur peut être enlevée en totalité et qu'elle ne s'accompagne pas de retentissement ganglionnaire ou viscéral. C'est qu'en effet, dans ces cas, les malades peuvent bénéficier d'une survie qui légitime l'opération. Le mieux que l'on pût désirer, serait de pouvoir faire le diagnostic du cancer à l'état naissant et d'opérer sans attendre.

M. Richelot désire appeler l'attention sur le meilleur procédé à employer dans les cas d'ablation partielle de la langue, alors que le cancer est assez limité pour qu'on puisse enlever tout le mal et dépasser largement ses limites. A ce propos, il fait d'un seul coup le procès à l'écraseur, au thermocautère, à l'anse galvanique et à la ligature élastique, qu'il considère comme des instruments hémostatiques insuffisants. Il leur préfère trois longues pinces courbes, construites sur les indications de M. Péan et qui sont placées : la première transversalement et en arrière de la tumeur ; la deuxième longitudinalement, et partageant la langue en deux moitiés inégales ; la troisième est placée au-dessous de la tumeur et la sépare du plancher de la bouche. Le mal circonscrit, la tumeur est sectionnée en deça des pinces avec des ciseaux courbes.

Les pinces dans l'esprit de leur inventeur, devaient être laissées à demeure, puis retirées au bout de vingt-quatre heures, l'hémostase étant assurée. Mais il arrivait parfois qu'elles ne pouvaient être supportées par les opérés, et presque toujours elles étaient un instrument d'horreur pour ceux qui les entouraient. C'est pourquoi il aime mieux le procédé qui consiste à passer verticalement une série de crins de

florence au ras des deux premières pincés, dans le bourrelet lingual qu'elles circonscrivent; il unit ainsi en nouant les crins les deux lèvres de la plaie et peut ensuite enlever les pincés. Au-dessous de la troisième pince, il jette un fil de soie et fait une ligature en masse. Grâce à ce procédé, il a pu éviter les inconvénients qui résultaient de l'emploi des pincés à demeure, et, après s'en être servi dans trois cas, il est amené à conclure que l'usage des pincés longues, des ciseaux et de la suture, constitue le meilleur procédé pour l'ablation des épithéliomes circonscrits de la langue (*Union Médicale*, du 3 juillet 1886.) M. NATIER.

Spasme clonique de la langue (*Spasmo clonico della lingua*),
Par M. le Dr SEPPILLI.

Le spasme clonique de la langue, qu'on rencontre si souvent dans les maladies convulsives, est très rare comme forme isolée, c'est-à-dire limitée seulement aux muscles de la langue et constituant une maladie idiopathique. La littérature médicale, en effet, selon l'A. note, ne possède que bien peu de cas de spasme clonique linguale idiopathique; ce sont les deux cas de *Berger*, le cas de *Erb* et celui de *Remak*. L'A. n'a estimé intéressante que la publication d'un cas observé par lui et qui (le cas) présentait aussi des caractères importants qui le distinguaient des cas connus jusqu'à présent.

Il s'agissait d'une femme âgée de trente-quatre ans, fille de père fou et recueillie elle-même à l'hôpital des fous d'*Imola*, pour troubles mentaux survenus : la première fois pendant la grossesse et la seconde après un accouchement et pendant la période de l'allaitement. A la seconde fois, ce spasme lingual se traduisit par les caractères suivants :

« La langue éprouvait des secousses musculaires rythmiques ou volontaires, exclusivement limitées à la moitié droite de l'organe. A chaque contraction, la langue, dans sa moitié droite, était portée d'abord en arrière, et puis poussée en avant contre la moitié droite de la voûte palatine. A ce mouvement, que la moitié droite de la langue exécutait, dans le sens antéro-postérieur, s'en associait un autre qui poussait la

langue vers le côté droit de la bouche. En même temps, on remarquait des contractions fibrillaires dans la moitié droite de la langue.

Cette contraction musculaire était continue (40-50 fois par minute); elle variait de fréquence, mais jamais elle n'arrivait au point d'embarrasser la parole et la déglutition.

Les caractères qui distinguaient la forme de spasme de cette malade, de ceux observés par les auteurs cités, étaient la marche lente de l'affection (sept mois à peu près) et son unilatéralité.

L'A. fait observer que, outre ces formes de spasme clonique de la langue, il existe une forme tonique, aussi rare, qui empêche absolument l'articulation des mots, en produisant le trouble de langage. C'est l'*oftongie* de Henry.

Pour le traitement de son cas, l'A. a employé avec succès le courant faradique et le bromure de potassium.

Enfin, l'A., après avoir fait remarquer que la pathogénie et la nature de cette affection n'ont encore pas reçu d'explication tirée d'une observation positive, pense qu'il est possible d'admettre un état irritant, transitoire des points moteurs (*corticali e subcorticali*) de l'hypoglosse, en considérant que l'innervation motrice de toute la langue, dépend de l'hypoglosse. D'après cette opinion, l'A. conclut que le spasme lingual se rapporte à la classe des spasmes fonctionnels et qu'on peut aussi le considérer comme une névrose de l'hypoglosse (*Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale. f. IV, 1886*).

D^r CARDONE.

Des nerfs du goût, par M. le D^r GELY.

L'auteur rappelle que les physiologistes ne sont pas d'accord sur le trajet que suivent les fibres gustatives de la corde du tympan pour se rendre aux centres nerveux. En sectionnant complètement par le procédé de M. Laborde la racine sensitive du trijumeau dans le crâne, il a remarqué que tous les chiens sur lesquels avait été pratiquée cette section présentaient une atténuation ou même une disparition du réflexe salivaire. C'est pourquoi il pense que les fibres

gustatives de la corde du tympan proviennent du trijumeau. Il croit cependant que de nouvelles expériences seraient nécessaires (*Semaine Médicale* du 17 février 1886, *Soc. de Biologie*, 13 février.) M. NATIER.

Spasme réflexe des muscles pétérygoïdiens internes consécutif à une affection de la cavité buccale (*Reflex spasm of the internal Pterygoid muscles from disease of the oral cavity*), par le Dr E. REGGS.

Il s'agit d'une dame chez laquelle les muscles pétérygoïdiens internes étaient dans un état de contraction permanente surtout marquée à droite. La cause parut devoir être rapportée à la douleur produite par une molaire. La contraction disparut après l'extraction de la dent.

L'auteur rapporte en outre l'observation d'un homme éprouvant de violentes douleurs de l'oreille gauche. La cause était due à une altération profonde située sur la langue vis-à-vis de la dernière molaire. Quant on irritait l'ulcération avec une sonde, le malade éprouvait de la douleur dans l'oreille correspondante, ce qui montrait bien que le trouble était d'origine réflexe. (*Northwestern Lancet*, septembre 15, 1886.) B. DEL.

De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine, dite de Ludwig, et des phlegmons sus-hyoïdiens en général, par Paul TISSIER, interne des Hôpitaux.

C'est en 1836 que Ludwig, se basant sur quatre observations, s'efforça de constituer une nouvelle entité morbide. Les vues de l'auteur furent, de prime-abord, accueillies avec engouement de l'autre côté du Rhin; mais bientôt survint la période de réaction qui dure encore. M. Tissier, dans son travail, se propose de montrer que ce qu'il y a de mal fondé dans la dénomination d'angine de Ludwig, vient uniquement de ce qu'on a voulu la faire trop compréhensive. Il cite l'observation primitive de Ludwig et rappelle que cet auteur crut devoir ranger cette affection dans le cadre de l'érysipèle. Il fait ensuite l'énumération détaillée des partisans et des détracteurs de la théorie de Ludwig et termine son historique

en disant que seul, le professeur W. Roser, reste aujourd'hui le défenseur convaincu de la thèse ancienne.

M. Tissier aborde ensuite la description anatomique et clinique de l'affection, la définit un "processus infectieux septique *forcément et toujours* identique à lui-même, quant à son germe pathogène, secondaire à une lésion primitive vulgaire de la cavité buccale. L'affection se montre chez des sujets jeunes et vigoureux; parfois à la suite de refroidissements, souvent sans causes appréciables. Le début est insidieux, mais au bout d'un ou deux jours survient une tuméfaction indolore d'abord, vers la région de la glande sous maxillaire, plus rarement dans la région parotidienne. L'auteur énumère longuement les symptômes auxquels elle va donner lieu, et les phases successives qu'elle va traverser. Le quatrième jour le tableau s'assombrit jusqu'au septième ou a lieu le développement rapide du processus gangréneux. Si la maladie doit se terminer par la mort, la température monte rapidement, et le dénouement fatal survient dans le coma. Il y a, au contraire, atténuation des symptômes quand l'évolution doit être favorable.

Revenant sur la symptomatologie, M. Tissier dit que la mort peut s'expliquer :

1° Soit par le fait de l'intoxication générale avec le cortège des signes ataxo-adiynamiques;

2° Soit par symptômes laryngiens avec le tableau général de l'asphyxie.

3° Soit enfin par infection secondaire avec des symptômes pyohémiques.

A l'appui de ces distinctions capitales, il rapporte un certain nombre d'observations dont quelques-unes personnelles.

Passant ensuite à l'étude anatomo-pathologique de l'affection, il croit bon de rappeler d'abord les faits anatomiques indispensables pour comprendre les désordres causés par la maladie dans la région sous-maxillaire. Il s'attache, après avoir rapporté les résultats fournis par deux autopsies, à décrire minutieusement : 1° *les lésions locales*, 2° *les lésions à distance* que l'on peut rencontrer dans l'angine de Ludwig.

M. Tissier, voulant arriver à une dénomination exacte de la maladie dont il a entrepris l'étude en expose la pathogénie. Pour lui, il s'agit ici d'une maladie infectieuse. Le germe pathogène de cette maladie, n'a pas été isolé, il est vrai, mais d'autres caractères suffisent à confirmer cette hypothèse. En effet, la marche toute spéciale du mal, l'albuminurie signalée dans certaines observations, la présence de signes articulaires et surtout le caractère contagieux, sans parler d'autres signes moins importants plaident surabondamment en faveur de l'infection. Ce n'est point là l'affection qu'avait décrite Ludwig, aussi l'auteur se refuse-t-il à lui conserver son nom et l'appelle-t-il *angine sous-maxillaire infectieuse*. Il la croit due à la pénétration dans l'organisme d'un germe extérieur, de nature encore indéterminée, par la voie lymphatique ou les conduits glandulaires.

Au point de vue étiologique, à côté du germe et des surfaces béantes qui le reçoivent entre en jeu un troisième facteur, l'individu. Fréquente entre vingt et trente ans, cette maladie n'épargne pas l'enfance, mais semble respecter la vieillesse. Si on la rencontre plus fréquemment chez les hommes, c'est probablement parce qu'ils sont plus exposés que les femmes aux conditions de contagion. Les refroidissements répétés se trouvent relatés dans la majorité des cas.

L'affection est grave et son pronostic souvent fatal.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, pourrait être confondue avec : A. Maladies générales infectieuses, telles que : *amygdalite infectieuse, oreillons sous-maxillaires au début, angine érysipélateuse*. B. Maladies locales : *fluxion dentaire, ostéo-périostite maxillaire, phlegmon traumatique sus-hyoïdien, adéno-phlegmon, amygdalite suppurée, hygroma thyro-hyoïdien, phlegmon thyro-hyoïdien, hygroma de la bourse séreuse de Fleischman*.

L'angine sous-maxillaire infectieuse, étant une maladie générale infectieuse, on devra, par des moyens prophylactiques, empêcher d'abord la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme.

Une fois la barrière franchie, il faudra, par des moyens

appropriés combattre et rendre impuissant cet agent infectieux (*Progrès médical*, nos 35, 36, 37 et 38, 1886).

M. NATIER.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire. Présence d'un parasite, par le Dr GALIPPE.

L'auteur donne l'analyse d'un calcul sorti spontanément du canal de Wharton chez un homme de trente-neuf ans. Il était formé de couches concentriques, sans noyau central. G... a pu isoler et cultiver un parasite appartenant à la série des parasites bucaux, étudiés par MM. Malassez et Vignal (*La France médicale*, 3 août 1886, n° 88).

Des accidents causés par les calculs de l'amygdale,
par M. le Dr TERRILLON.

Les observations de calcul de l'amygdale sont nombreuses; d'après Robin, ils seraient dus à de petits cristaux calcaires que le microscope lui a fait découvrir au milieu des glandes amygdales et du pharynx. Passaguay pense, s'appuyant sur l'identité de composition externe, que leur origine est la même que celle des calculs salivaires ordinaires.

Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ils sont rarement plus gros (Hoffmann, Pomard, Knaus). Leur composition chimique, d'après Robin, est la suivante :

Eau	25.0
Phosphate de chaux.....	50.0
Carbonate de chaux.....	12.5
Mucus	12.5
	<hr/>
	100.00

Les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs sont de plusieurs sortes. C'est d'abord une angine simple, qui tantôt reste telle, tantôt s'accompagne de dyspnée, de dysphagie, d'œdème des replis pharyngo-laryngiens. Souvent, les angines se répètent pendant un très long intervalle de temps ne laissant au malade que des intervalles de repos plus ou moins considérables; chaque crise se termine souvent par l'ouverture d'un abcès; la guérison définitive ne se produit qu'après l'élimination du calcul.

Au cours de ce travail, M. Polaillon rapporte plusieurs observations dont une lui est personnelle. Nous la résumons ici :

« M. X..., cinquante ans, arthritique à la suite d'un violent mal de gorge, eut une violente inflammation qui sembla avoir déterminé un abcès de l'amygdale droite, qui, au lieu de céder après l'issue du pus, passa à l'état chronique. Plusieurs chirurgiens crurent à une affection maligne. L'amygdale gonflée présentait de véritables bosselures qui pouvaient donner le change. Mais au toucher, M. Polaillon sentit, vers la partie moyenne et postérieure de la tumeur, une petite pointe qui lacérait le bout du doigt. L'examen avec le miroir frontal lui permit d'apercevoir, à l'endroit où il avait senti la pointe, un corps blanc, jaunâtre, semblable à un corps étranger ayant longtemps séjourné dans les tissus.

Le corps étranger constaté fut extrait, sans anesthésie, à l'aide de pinces, après incisions préalables, faites au bistouri et avec des ciseaux droits. Le calcul extrait avait le volume d'une noisette. (*Arch. Gén. de méd.*, août 1886.)

D^r J. CH.

Du chancre de l'amygdale, par le D^r Cœsar Bœck.

Il s'agit de trois observations de chancre amygdalien rapportées par l'auteur.

1^{er} cas. — Une jeune fille de dix-neuf ans, *vierge*, vit son amygdale gauche se tuméfier, sans plaie ni érosion. Ganglion sous-maxillaire gauche tuméfié. Plus tard, apparurent les divers symptômes d'une infection syphilitique qui ne pouvait provenir que des enfants de la maison où servait cette jeune fille et qui étaient atteints de syphilis héréditaire.

2^e cas. — Jeune fille de quatorze ans : tuméfaction du ganglion rétro-maxillaire gauche et de l'amygdale gauche, sur celle-ci excoriations à contour irrégulier, tous les symptômes de la syphilis.

3^e cas. — Couturière, vingt-quatre ans; grosse ulcération sur chacune des amygdales; tuméfaction des glandes sous-maxillaires, syphilis avérée.

En dix ans, l'auteur a, dans sa pratique privée, vu 9 cas de chancre amygdalien, ce qui lui fait admettre la grande fréquence de la lésion. Il croit même que la *syphilis d'emblée* serait une syphilis causée par un chancre de l'amygdale.

Les chancres de l'amygdale proviennent probablement de ce que les personnes atteintes ont fait usage des mêmes ustensiles pour manger ou boire, que des personnes infectées.

Un des meilleurs signes, pour le diagnostic, est l'engorgement des ganglions en arrière de l'angle de la mâchoire. Seuls, les accidents secondaires, permettent de confirmer le diagnostic. L'auteur conseille l'emploi de l'atropine dans les éruptions syphilitiques (*Tidskrift for prakt medicin.*, n° 15 et 16, 1885).

A. Graarud a aussi publié 3 cas d'inoculation syphilitique par les amygdales dans la même famille.

Le premier cas concernait un homme de vingt-quatre ans, dont l'amygdale gauche était recouverte d'une membrane adhérente; tuméfaction ganglionnaire, à gauche, en arrière de l'angle de la mâchoire. L'infection avait eu lieu par l'intermédiaire des ustensiles de cuisine.

2^e cas. — La sœur du précédent, trente-cinq ans, vit apparaître, sur l'amygdale gauche, deux ulcérations avec fausses membranes diphtéroïdes; ganglion très tuméfié en arrière de l'angle du maxillaire gauche; tuméfaction des ganglions de la nuque.

3^e cas. — Vieillard de quatre-vingts ans, père des deux précédents; rougeur très vive sur les deux amygdales qui sont un peu tuméfiées; pas d'engorgement ganglionnaire, pas de fausses membranes. Balanite et eczéma.

La contagion venait de l'usage des mêmes tasses et des mêmes pipes. (*Tidskrift for praktisk medicin.*, 15 octobre 1885. — *Revue internationale des Sciences médic.*, n° 32, 1886).

M. NATIER.

Amygdalites infectieuses, pas le Dr DUBOUSQUET LABORDERIE.

L'auteur rapporte un nouveau fait venant à l'appui de la théorie de Kannembug, Ch. Bouchard et Landouzy qui

voient dans cette affection, si simple en apparence, la manifestation d'un état général. L'amygdalite infectieuse se développe surtout dans un milieu préparé d'avance surtout chez les individus atteints de misère physiologique. Le début est brusque, fièvre vive, courbature, céphalalgie, etc., gonflement des amygdales, tuméfaction ganglionnaire, l'urine contient de l'albumine et des bactéries. Le traitement doit être franchement antiparasitaire. Quinine, résorcine, les toniques trouvent aussi leur indication dans la discussion. Verneuil cite un cas d'amygdalite infectieuse suivie de mort en quarante-huit heures et Bouchard prétend que l'angine simple est infectieuse. (*Congrès pour l'avancement des sciences*, Nancy, 1886.)

Des hémorragies dans l'angine phlegmoneuse,

par le Dr MOIZARD, médecin de l'hospice de Bicêtre.

La bénignité du pronostic de l'angine phlegmoneuse est chose reconnue de tous ; il faut cependant dire que les accidents qui peuvent l'assombrir, sont aussi graves qu'ils sont rares ; parmi ceux-ci, l'auteur s'attache à signaler les hémorragies. Il rapporte une observation où le malade perdit plus d'un litre de sang et ne dut son salut qu'à une syncope prolongée. Il est, dit-il, permis de s'étonner de la rareté des hémorragies compliquant l'angine phlegmoneuse, quand on songe aux rapports de l'amygdale avec les gros vaisseaux du cou. Il explique la possibilité de la propagation des phénomènes inflammatoires en dehors de la loge amygdalienne, par un mécanisme analogue à celui fourni par M. Vergely, sur le même sujet, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*. — Il donne un résumé des observations relatées par cet auteur et conclut en faisant remarquer que si les hémorragies peuvent se produire lors de l'ouverture de l'abcès, elles peuvent aussi lui être consécutives, et qu'il n'est pas rare de voir une première hémorragie suivie d'une ou plusieurs autres. De plus, on saura qu'il est difficile de prévoir dans le courant d'une angine phlegmoneuse, la possibilité d'une hémorragie. Comme traitement, on emploiera les hémostatiques habituels et au

besoin, il ne faudra pas différer la ligature de la carotide
(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, août 1886).

M. NATIER.

Sur un procédé expérimental très simple, pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers, dans le second temps de la déglutition ou temps pharyngien, par le Dr J. V. LABORDE, chef des travaux physiologiques à la Faculté de Médecine de Paris, etc.

Après avoir rappelé que la question a donné lieu à des discussions interminables et à des divergences encore pendantes, M. Laborde dit que l'observation expérimentale bien faite sur l'animal était nécessaire pour fournir une solution définitive. C'est à Fiaux que revient l'honneur d'avoir bien compris et montré cette nécessité, mais l'expérience principale, celle qui consiste à découvrir le canal pharyngo-nasal au moyen d'une ouverture pratiquée au-dessus des narines, est des plus laborieuses et nécessite un traumatisme considérable. M. Laborde a modifié le procédé de la façon suivante : il fait la section du bulbe et pratique la respiration artificielle. En ce cas, il se fait spontanément des déglutitions successives, suscitées et entretenues par un écoulement abondant de salive. En maintenant la bouche ouverte et en tirant légèrement la langue par son extrémité, on constate que le voile s'élève en se croisant légèrement vers le milieu de sa face inférieure, en même temps qu'il se tend et se porte en arrière et en haut par son bord libre. Une condition indispensable de réussite de l'expérience, c'est de pratiquer, aussi exactement que possible, la section du bulbe au niveau de son collet.

Pour voir ce qui se passe du côté du bord libre du voile et de ses piliers postérieurs, il suffit (le bulbe étant sectionné) d'ouvrir, à l'exemple de Fiaux, la cavité laryngienne, en sectionnant et amputant sur les côtés le cartilage thyroïde. Cela fait, on a sous les yeux la paroi postéro-supérieure du pharynx avec le bord libre et les piliers du voile dans leur situation normale et de repos. Or, aussitôt que s'accomplit une déglutition, on voit : le pharynx se porter en haut et en avant, aller au-devant du voile, dont le bord libre est tendu

et tiré par les pharyngos-staphylins, en arrière et en haut de façon à former un angle ouvert en bas, constituant en haut les côtés d'un losange que complète, en bas, la muqueuse froncée du pharynx contracté et comme ramassé sur lui-même. Lorsque ce mouvement d'ensemble est très prononcé, on assiste exactement au mécanisme de fermeture d'un sphincter. — On se trouve donc, en résumé, en présence d'une fermeture losangique, réalisant une véritable occlusion sphinctérienne, bien différente du mécanisme dit du *rideau*, appliqué dans l'ancienne théorie au jeu des piliers postérieurs du voile. (*Tribune médicale* du 2 mai 1886).

M. NATIER.

Ablation des tumeurs pharyngiennes,
par M. le Dr VERNEUIL.

A propos d'une observation précédemment rapportée par M. Monod, d'un malade en ce moment dans son service, M. Verneuil émet quelques considérations sur les tumeurs du pharynx. L'ablation en est très grave; parce que l'antiseptie est difficile à obtenir dans la bouche. On peut cependant y parvenir sans avoir recours à la trachéotomie préventive. Comme exemple, il rapporte le cas d'un individu atteint d'adéno-myxome du pharynx, opéré par lui. Pour l'enlever il fit une incision partant de l'angle labial et suivant le bord du maxillaire inférieur; il enleva la moitié du voile du palais et aborda ainsi facilement la tumeur, il sectionna la mâchoire inférieure au-devant du masseter, lia la pharyngienne postérieure et énucléa facilement la tumeur. Le malade mourut en deux jours d'inanition. Le maximum de la fièvre avait été 38°1, un seul jour. (*Gaz. des Hop.*, 19 juin 1886).

De quelques cas d'angine couenneuse, par le Dr SIMON.

L'auteur expose dans une leçon de clinique les caractères qui permettent de distinguer entre eux les produits diphtériques, pultacés, herpétiques, ceux qui sont dus à une cautérisation par le nitrate d'argent, les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants et enfin le

muguet confluent. En résumé, l'auteur estime qu'il n'est pas toujours possible de se prononcer au début sur la nature de la maladie (*Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1886, n° 79).

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Contribution à l'étude des névroses réflexes déterminées par les affections nasales. (*Contribut. alle sedis delle nevrose riflesse d'origine nasale*), par M. le Dr L. de GENNARO.

L'auteur résume sur cette question les observations cliniques de plusieurs auteurs, à partir de *Tissot*, *Trousseau*, *Hack*, jusqu'aux dernières études de *Baratoux*, *Brebion*, *Lublinsky*, *Rossbach*, etc., et il rapporte deux autres observations dont voici le résumé :

I. — Homme, vingt-trois ans, souffrait depuis cinq ans de spasmes glottiques, de dyspnée avec toux, voix gutturale et faible, céphalalgie, vertige, excitation générale et autres réflexes, c'est-à-dire larmoiement, éternuments et névralgies. Polype dans la cavité droite du nez. L'extirpation de la tumeur fit cesser les symptômes.

II. — Homme, soixante-quatre ans, souffrait depuis un an de spasme glottique, dyspnée et surdité rhinite très intense, hypertrophie inflammatoire et gonflement des cornets : pharyngite hypertrophique.

Après avoir analysé les divers symptômes de ces deux observations, et donné une explication, l'auteur rappelle les théories formulées sur la pathogénie des névroses réflexes. Il les classe en deux grandes sections. Dans la première, il comprend ceux qui admettent l'existence d'une zone réflexe du nez, très limitée (*Hack*, *Baratoux*, *Brebion*, *Hering*) ; dans la seconde, ceux qui pensent qu'on doit étendre cette zone à toute la muqueuse nasale (*William*, *Lublinski*, *Rossbach*, *Kratschmer*, *Heymann*).

L'auteur analyse ensuite ces diverses théories. Il conclut en disant que la théorie qui admet une zone réflexe bien limitée, aussi bien que celle qui l'admet diffuse, sont très insuffisantes à expliquer tous les phénomènes réflexes consécutifs aux affections du nez. Il admet aussi avec *Rossbach*, *Lublinski*, etc., un état hystérique ou névrosténique qui,

pour l'influence de la rhinopathie, se manifeste sous forme de névrose réflexe.

Il dit enfin que dans l'état présent de la science, on ne peut pas dire le dernier mot sur ce chapitre de la pathologie, sans attendre que *senescat tempus* (Naples, 1886).

D^r CARDONE.

Traitement du coryza, par M. le D^r LEES.

L'auteur considère le coryza comme une névrose vasomotrice réflexe, due très souvent, à l'action du froid sur les nerfs cutanés.

Le traitement a pour but : 1° de calmer l'irritabilité nerveuse ; 2° de décongestionner la muqueuse ; 3° d'arrêter l'écoulement. L'auteur, tout d'abord, prescrit 2 à 4 grammes de bromure de potassium ; il fait prendre toutes les heures jusqu'à sécheresse de la gorge 20 gouttes de teinture de belladone ; enfin il fait badigeonner les fosses nasales avec une solution de cocaïne à 4 0/0. (*Semaine Médicale* du 17 février 1886).

M. N.

Sur un cas de diphtérie primitive de la cavité rhinopharyngée, etc. (*Sopra un caso di difteria primaria del cavo nasofaringeo*), par M. le D^r A. TRIFILETTI.

S'appuyant sur une observation clinique et sur divers arguments, l'auteur est arrivé à ces conclusions :

1° Le développement simultané ou successif de la fièvre scarlatine et de la diphtérie, et aussi de plusieurs exanthèmes aigus, constitue simplement une complication ;

2° Dans certains cas de diphtérie primitive, le diagnostic est très difficile surtout pendant des épidémies de fièvre scarlatine, etc. ;

3° La diphtérie nasale est grave, mais de moindre gravité que celle qu'on a admise jusqu'ici, surtout si elle se développe avec sécrétion muqueuse, etc. ;

4° Le traitement local de la diphtérie est justifié par la science et la clinique, et le traitement général est exigé par la nature pathogénique de la maladie ;

5° Dans le traitement de la diphtérie, il ne faut pas parler

de remèdes spécifiques ou caustiques, mais de méthodes de traitements fondées en général sur l'antisepsie locale. La glace, qui au début modère l'inflammation, et la vapeur d'eau qui facilite le détachement des fausses membranes, sont des moyens très avantageux dans le traitement de la diphthérie.

D^r CARDONE.

Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par le D^r ALBERT CLAVERIE.

Après un historique auquel est consacré le premier paragraphe de sa thèse, l'auteur entreprend l'étude anatomopathologique des tumeurs malignes qui se peuvent rencontrer dans les fosses nasales. Les plus communes sont : le sarcome rarement pur ; viennent ensuite l'épithélioma et le cancer. Il s'attache à décrire les caractères macroscopiques et microscopiques de chacune de ces tumeurs, en signalant les différentes espèces reconnues par la classification. Dans un troisième paragraphe, il s'occupe de l'étiologie et de la fréquence de ces tumeurs. Le carcinoïde est très rare ; ses causes tout aussi obscures que celles du cancer ou du sarcome des autres organes.

A côté de l'état constitutionnel, on pourrait peut-être invoquer le traumatisme, l'extirpation, assez souvent répétée, de tumeurs bénignes ; les affections chroniques qui irritent et modifient les tissus ; les ulcérations syphilitiques.

Le sarcome myéloïde se rencontrerait de quinze à vingt-cinq ans ; le sarcome fasciculé de vingt à quarante ; le sarcome embryonnaire de quarante à quarante-cinq ans. L'âge mûr et la vieillesse semblent, à l'auteur, offrir un terrain plus propice au développement du carcinoïde et de l'épithélioma.

Les symptômes, au début, sont les mêmes que pour toutes les tumeurs des fosses nasales. Plus tard, on peut voir survenir du larmoiement, de la surdité, des troubles de la déglutition ; des épistaxis graves, de violentes douleurs dans la région sous-orbitaire. Il peut y avoir déformation et destruction même du squelette nasal. Le volume est excessivement variable.

— Les sarcomes sont généralement uniques et sessiles, mais lisses, de couleur rosée, très vasculaires. — Le sarcome malin se développe avec une rapidité extrême ; les ganglions restent indemnes et la santé parfaite. Il récidive facilement après l'ablation, ainsi du reste que toutes les tumeurs malignes du nez.

Le diagnostic peut, au début, présenter quelques difficultés en se rappelant cependant que les polypes muqueux ont leur insertion pédiculée sur la paroi externe des fosses nasales ; tandis qu'au contraire, les tumeurs malignes s'insèrent sur la cloison, il sera facile, même au début, de ne pas confondre ces deux affections. Plus tard, l'absence de vascularisation à la surface, la teinte grisâtre, le facile déplacement, devait faire songer, d'après M. le Dentu, à des polypes simples. M. Claverie, se basant sur des observations faites à la clinique de M. Moure, ne croit pas, contrairement à l'opinion de l'auteur précédent, que les polypes simples ne puissent s'observer chez des sujets âgés de plus de dix-sept à dix-huit ans au maximum. Les cancers débutant comme de petites verrues, sont ordinairement uniques et ont de la tendance à s'ulcérer. Les carcinomes s'ulcèrent rapidement ; les sarcomes, au contraire, conservent longtemps intacte leur écorce fibreuse. L'épithélioma a une marche très rapide et s'ulcère facilement ; il détermine des douleurs précoces. Le diagnostic différentiel peut être parfois difficile. M. Claverie rapporte un cas qui semble le prouver surabondamment. Il signale les éléments du diagnostic différentiel qui permettent d'éviter la confusion avec les enchondromes, les abcès ou les gommes de la cloison, les corps étrangers, les rhinolites, les ostéomes, les kystes osseux, les papillomes, les adénomes, les polypes lupeux.

Les tumeurs malignes récidivent facilement ; il est en outre, dans les fosses nasales, difficile d'enlever le mal au delà de ses limites ; aussi, le pronostic est-il par cela même assombri. Il ne faudrait cependant pas le croire absolument fatal, car il existe des cas assez nombreux de guérison, surtout lorsque l'intervention a été hâtive et au besoin suffisamment répétée.

Extirpation radicale, quand la chose est possible, telle doit être la ligne de conduite à tenir à l'égard des tumeurs malignes des fosses nasales. L'auteur proscrit les cautérisations; il leur préfère le bistouri ou le couteau. Schmiegelow conseille la cuillère tranchante, l'anse froide, les cautères à la galvano-caustique. Si l'opération est possible, on agira par la voie nasale naturelle; dans le cas contraire, on ne devra pas hésiter à se donner du jour. Les méthodes composées, indiquées par l'auteur, consistent à attaquer le néoplasme par la bouche, le nez ou la face.

L'auteur termine sa thèse en rapportant onze observations dont deux provenant de la clinique de M. Moure (*Thèse de Bordeaux*, 1886.)

M. NATIER.

Nouveau cas de myasis (*μύια*, mouche), par le Dr ANTONIO CARÉAGA.

C'est un cas d'angine causée par la présence de larves dans les fosses nasales et les parties avoisinantes; les lésions allèrent jusqu'à la destruction de la luette et du voile du palais, à l'exception des piliers. La question de la classification zoologique de cette larve n'a pas été résolue d'une façon certaine, faute d'un examen minutieux par une personne compétente; mais cette larve paraît être de même espèce que celle décrite par le Dr Lauro Maria Jimenez et dont il a appelé la mouche qui lui a paru différente de la *Lucilia Hominivora* de Coquerel *Lucilia Versicolor* (mais, en France, paraît-il, c'est la première désignation qui aurait été regardée comme la vraie). — Le Dr Caréaga n'a pas trouvé d'autres observations du même genre que celle des docteurs Saint-Pier (1855 et 56) et Chapuis à l'hôpital de Cayenne), celle recueillie à Monterey par le professeur D. Eleuterio Gonzalez, publiée dans la *Gaceta Médica de Méjico*, et celle observée à l'hôpital San-Andres et publiée par le Dr Louro Jimenez (même journal); en outre, d'après M. Herrera, un médecin français, lors de l'expédition française, aurait observé la même maladie à Orizaba, sur un soldat de l'armée (aussi avec destruction des tissus d'après la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de Médecine de Mexic — ans cette même Académie

M. Cordero a dit savoir que, sur la côte de Vera-Cruz et autres points de la terre chaude, les cas de myasis sont fréquents et qu'ils se rencontrent souvent surtout chez les moutons (*Gaceta Médica de Méjico*, 1^{er} mars 1886).

Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales
Diagnostic. Extirpation par l'arrachement simple, sans opération préliminaire, clinique de M. le Professeur RICHET. Communication à la Société clinique par M. VILLAR, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, sans antécédents morbides ou autres, qui, deux ans auparavant, sans causes appréciables, fut pris d'épistaxis ayant souvent reparu depuis. Il y a dix mois, la respiration devint difficile par la narine gauche, en même temps que se manifestait une sensation de corps étranger; plus tard, la narine droite fut aussi obstruée et le malade, par suite de la gêne qu'il éprouvait, se décida à venir à l'hôpital.

Après un examen attentif, le professeur Richet diagnostiqua un polype phlegmoneux de l'arrière-narine. La tumeur ayant été successivement attaquée par l'orifice postérieur et par l'orifice antérieur des fosses nasales, sans que l'extraction en pût être faite, M. Richet la retira en deux temps, en enlevant d'abord le prolongement nasal et en retirant ensuite la partie postérieure par la voie buccale.

Le polype, long de 12 centimètres, comprenait une partie antérieure allongée et une partie postérieure en forme de cœur de volaille. Le pédicule se trouvait à l'union de la portion allongée et de la portion renflée. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

Comme suites opératoires, il faut signaler deux hémorragies légères et une troisième plus grave.

Cette observation inspire à M. Villar les réflexions suivantes; il est intéressant de noter: 1° L'insertion de la tumeur au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales; 2° sa consistance élastique; 3° l'absence de déformation du squelette. De plus, il existe ici des hémorragies contrairement à ce qui se passe dans les cas analogues. La forme du polype

doit aussi être signalée; à signaler aussi l'extirpation par arrachement simple, sans la moindre opération préliminaire (*France médicale* du 18 mars 1886, n° 32). M. N.

Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par M. le Dr LOEWENBERG.

L'auteur rappelle les différents travaux publiés par lui, sur ce sujet. Les divers instruments employés jusqu'en 1878, pour l'opération des tumeurs de cette nature (couteau annulaire de Meyer, anse métallique, instruments de Danjol, de Delstanche, etc.), lui paraissent, pour diverses raisons, insuffisants et quelquefois nuisibles. La pince coupante de l'auteur ne le satisfaisait pas complètement, car, en essayant de détacher les végétations par la pression des deux coins formés par les mors, il arrive quelquefois qu'on ne réussisse pas à rapprocher ceux-ci suffisamment pour pouvoir couper, quelque force qu'on emploie. On est alors forcé d'opérer, non pas en coupant, mais en arrachant. L'auteur a été amené à un type de *couteau à tranchant intérieur et à appareil protecteur*. Cet instrument au lieu d'opérer par arrachement ou râclage pratique des sections nettes, le couteau consistant en une lame parfaitement tranchante; de plus, il rend impossible toute blessure accidentelle des organes qui forment la cavité buccale et l'isthme du gosier comme également des parois du pharynx et des pavillons des trompes d'Eustache. (*Le Progrès Médical*, 22 mai 1886). Dr J. CH.

Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras, par le Dr LE BEC.

La malade, âgée de cinquante-deux ans, avait un éléphantiasis du nez. M. Le Bec se décide à l'enlever en respectant le squelette cartilagineux du nez et pratique la rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras.

Après la cicatrisation, la malade présente l'état suivant : la sous-cloison est exactement reconstituée.

L'aile droite du nez a ses dimensions normales : l'aile gau-

che a manqué en grande partie et a pris une forme excavée ; le lobule du nez est refait, mais il est moins saillant qu'à l'état normal.

En résumé, le lambeau ne s'est pas parfaitement greffé. Au bout de deux jours il s'était refroidi et sa partie superficielle s'était desséchée. Quant à la partie profonde, elle a rapidement contracté de telles adhérences que la partie desséchée ne s'est détachée que le trente-cinquième jour.

C'est un demi succès, mais grâce à la précaution que j'avais prise de conserver le cartilage intact la déformation n'est pas très choquante. (*Gaz. des Hôp.*, 7 septembre 1886).

D^r J. CH.

De la rhinoplastie sur appareil prothétique,

par le D^r PONCET, de Lyon.

L'idée d'appliquer un appareil prothétique nasal, une charpente artificielle destinée à soutenir le lambeau nasal, appartient à M. Martin; à M. Leluvait revient l'honneur de la mise à exécution pour la première fois. M. Poncet a pratiqué, à son tour, avec succès, la rhinoplastie sur appareil prothétique, chez une jeune fille à qui la syphilis avait enlevé une bonne partie de la charpente nasale. Un appareil prothétique appliqué par M. Martin fut placé tout d'abord, et la rhinoplastie fut faite sur cet appareil. La malade possède à l'heure qu'il est un nez fort présentable, elle peut se moucher, n'éprouve ni gêne ni douleur, et l'appareil en platine est fort bien toléré ; il n'a jamais provoqué d'accident inflammatoire. De cette observation, M. Poncet conclut que dans les destructions étendues du dôme nasal, alors que l'ossature de soutien a disparu, on peut la remplacer par un appareil prothétique immédiatement appliqué et destiné à rester en place. Le platine doit être préféré à tout autre métal, argent, aluminium, etc.

L'adjonction de cette pièce artificielle rend possibles des restaurations contre lesquelles la chirurgie réparatrice avait été jusqu'à ce jour impuissante. (*Le Progrès Méd.* 23 oct. 1886.)

D^r J. Ch.

Ostéotomie du nez, par le Dr VIENNOIS.

M. Viennois, de Lyon, donne une description détaillée du procédé opératoire auquel M. Ollier a recours dans l'opération qui a pour but l'ablation, soit des polypes naso-pharyngiens, soit de toute autre tumeur des fosses nasales.

Le procédé, qui a en vue d'obtenir une voie large, consiste à détacher le nez de sa racine et de ses bords par deux incisions, en suivant le sillon naso-génial, et à le rabattre sur le menton. On peut ensuite, si cela est nécessaire, réséquer encore la cloison. Lorsque la tumeur est enlevée, il est facile, en cas d'hémorragie d'appliquer sur sa base d'implantation des éponges imbibées d'eau de Pagliari, et de les laisser en place pendant plusieurs heures, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout danger d'écoulement de sang soit passé. C'est alors seulement qu'on remet le nez en place et qu'on l'y maintient à l'aide de sutures, ce dont sa vitalité ne paraît pas souffrir.

On connaît le procédé préconisé par Chassaignac dans l'ablation des tumeurs du nez; M. Viennois insiste sur les différences qu'il présente avec celui de M. Ollier et les avantages de ce dernier sur le premier (*Congrès de Nancy*, 15^e session, 1886).

VARIA.

Traitement de la tuberculose par les injections gazeuses dans le rectum, par les Drs BERGEON, de Lyon et CORNIL.

Trop nombreux sont les cas de tuberculose que les spécialistes pour les maladies du larynx sont appelés à traiter pour que nous ne donnions pas les nouveaux modes de traitement qui peuvent le plus efficacement lutter contre cette affection. Aussi voulons-nous reproduire pour ceux qui ne les connaîtraient pas, les communications faites sur ce sujet à l'Académie des Sciences par M. le Dr Bergeon et plus tard par M. le professeur Cornil, à l'Académie de Médecine.

Le traitement par les injections des médicaments gazeux dans le rectum est basé, dit M. Bergeon :

« 1^o Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances

mêmes toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée; 2° sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

» Je me suis servi de cette méthode dans plusieurs maladies, et je viens aujourd'hui donner les résultats que j'ai obtenus dans la phtisie pulmonaire.

» Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasitocides ou antiseptiques, j'ai fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses.

» Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse est introduit dans le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Quelques jours après l'emploi de ce procédé, j'ai constaté: 1° une diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux; 2° une modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration; 3° une suppression des sueurs; 4° un relèvement de l'état général et cela, non seulement dans la phtisie au début, mais dans la phtisie confirmée.

» Mon observation quotidienne et l'auscultation m'ont permis de constater la disparition progressive des râles humides. Les résultats m'ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'ils soient contrôlés. Dans une prochaine communication, je relaterai les résultats que j'ai obtenus dans d'autres maladies. »

M. le prof. Cornil a vérifié les expériences de M. Bergeon. Voici la communication faite par lui à ce sujet à l'Académie de Médecine :

« Lorsque l'on mêle à l'acide carbonique, gaz admirablement toléré par le rectum et le poumon, un gaz médicamenteux, ce gaz est éliminé par les alvéoles pulmonaires sur lesquelles il agit directement. M. Bergeon (de Lyon) a utilisé cette propriété pour faire traverser les bronches de ses malades par du gaz acide sulfhydrique.

» Les résultats obtenus par cette méthode sont des plus satis-

faisants : l'observation des malades montre que le rythme respiratoire est modifié favorablement, l'hématose est plus complète, plus facile; il se produit une sensation de bien-être qui s'accompagne d'une augmentation de force en même temps que disparaissent les accidents, tels que fièvre, sueur, etc.

» Voici d'ailleurs à ce sujet des observations recueillies par M. Chantemesse, à l'hôpital Saint-Antoine, où il a essayé la méthode sur des asthmatiques et des phtisiques :

» Deux malades entrés à l'hôpital pour attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

» Neuf malades du même service présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation de poids du corps a été rapide, une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

» Les crachats contiennent toujours des bacilles de tuberculose. Ces malades sont en traitement depuis un mois et demi. L'un d'eux a augmenté de neuf livres en un mois et demi.

» Il faut être très circonspect dans la recherche des gaz employés, car si l'hydrogène est bien toléré la térébenthine, le chlore, l'ammoniaque, le brome, l'iode déterminent une inflammation de la muqueuse intestinale. Il est même nécessaire que la dose d'acide sulfhydrique ne soit pas trop considérable.

» Les premiers essais sont insuffisants pour conclure encore de la valeur absolue de la méthode, mais ils sont suffisants pour encourager les recherches sur des animaux rendus phtisiques.

» Nous avons institué avec M. Bergeon une série d'expé-

riences à ce sujet, et nous en ferons connaître ultérieurement les résultats. »

M. le Dr Garel (de Lyon) dans son service à l'hôpital a, lui aussi, expérimenté cette méthode: « C'est, dit-il (lettre particulière du 23 octobre 1886), un traitement d'une valeur que je crois incontestable, d'après les résultats que j'ai déjà obtenus dans mon service. » En présence de tous ces témoignages il est, je crois, du devoir de tout praticien d'expérimenter cette méthode (*Semaine méd.*, des 14 juillet et 20 octobre 1886).

Dr J. CHARAZAC.

Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou, par le Dr PAUL FABRE (de Commeny).

Les tumeurs gazeuses du cou et de la partie antérieure du thorax, sans fractures de côtes, sont assez rares, pour que l'auteur croie intéressant de relater deux faits qui se sont présentés à son observation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fillette de trois mois chez laquelle, dans le cours d'une bronchite simple, s'était développée une grosseur à la région sous-claviculaire et sus-claviculaire du côté droit. Cette grosseur crépitante au toucher, n'était autre chose que de l'emphysème sous-cutané. Il disparut au bout de dix jours pour ne plus revenir. M. Fabre, croit qu'il y a eu, dans ce cas, rupture de la membrane thyro-hyoïdienne.

La seconde observation qu'il rapporte, fort intéressante, a trait à une absence congénitale de la première pièce du sternum chez un enfant âgé de quelques mois. Au-devant du cou et à la partie supérieure et médiane du thorax, existe un diverticulum aérien qui est distendu par l'air à chaque mouvement d'expiration et qui s'affaisse dans l'inspiration. — L'auteur rappelle les cas assez nombreux où on a constaté des difformités congénitales du sternum; mais il insiste sur ce fait, que l'absence totale de la première pièce du sternum et de cette pièce seulement, n'a jamais été signalée. De plus, dans le cas particulier, le cœur bat bien à sa place et dans le vide qui se trouve à la partie supérieure du thorax, on ne

sent la présence d'aucun des gros vaisseaux. Il faut encore signaler, sur la ligne médiane du thorax, la présence d'un raphé cutané, s'étendant de l'extrémité supérieure de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic (*Gazette médic. de Paris*, n° du 7 août 1886).

M. N.

NOUVELLES

Nous avons la satisfaction d'annoncer que par arrêté ministériel du 6 décembre 1886, il a été créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, un cours théorique et pratique d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Notre sympathique collègue, M. le Dr Eeman, a été, par arrêté ministériel du 9 décembre, chargé de professer ce cours.

C'est là un bel exemple que les autres pays suivront certainement, car l'étude des maladies de ces organes s'impose peu à peu et nous ne doutons pas que la nécessité de cet enseignement devienne bientôt aussi impérieux que celui de l'Ophtalmologie.

Le 9^e Congrès International des sciences médicales s'ouvrira à Washington, capitale des États-Unis d'Amérique, le lundi 15 septembre 1887, à midi.

Les Membres du Bureau désignés à l'avance sont :

Pour l'otologie : Président, M. S.-J. Jones, de Chicago; vice-président, J. Schnitzler, de Vienne; secrétaire, S.-O. Richy, de Washington.

Pour la laryngologie : Président, William H. Daly, de Pittsburg; vice-présidents, Coomes, de Kentucky; Harimann, de Maryland; Roë, de New-York; Shurley, Michigan; Woolen, Indiana; secrétaires, W. Posterr, de Saint-Louis; H. Krause, de Berlin.

NOUVEAU JOURNAL

Depuis que les *Archives of Laryngology* avaient cessé de paraître, il n'existait pour l'Angleterre, l'Amérique et les autres pays dans lesquels la langue anglaise est employée, aucun organe spécialement consacré à l'étude de la laryngologie. Cette lacune va être comblée par la publication du *Journal of laryngology and rhinology*, dont le premier numéro est annoncé pour le mois de janvier 1887. Les noms bien connus des directeurs, MM. les Drs Morell-Mackenzie et Norris Nordenfeld sont à eux seuls un sûr garant du succès; ils ont d'ailleurs su s'adjoindre, dans les différents pays, des collaborateurs distingués, dont le concours actif donnera certainement au nouvel organe un rang honorable parmi les journaux analogues. C'est donc avec plaisir que nous souhaitons à la nouvelle feuille la bienvenue et une existence aussi longue que prospère.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol