

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 8, n° 3, p. 129 à 176. - Paris : Doin, 1888.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91487x1888x03>

DE L'ÉPISTAXIS GÉNITALE

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

(Suite et fin.) (1)

III

Ces faits et citations sont bien de nature, nous l'espérons, à faire entrer la conviction dans les esprits, à montrer les rapports intimes qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur, et à établir l'influence des excitations génitales sur le développement dans les fosses nasales de phénomènes physiologiques et pathologiques. Parmi ces phénomènes nous voyons, en première ligne, la turgescence du tissu érectile qui nous intéresse plus spécialement; nous pouvons dès lors conclure *à priori* à l'existence d'épistaxis d'origine génitale, car nous savons que les corps caverneux une fois en érection, il suffit d'une rupture vasculaire des capillaires dilatés et friables pour déchirer la membrane nasale très mince, et permettre à l'épistaxis de se produire. Cette opération n'est du reste pas en contradiction avec les résultats de l'observation clinique.

Morell Mackenzie rapporte un fait d'Hildanus, relatif à un homme pléthorique nouvellement marié, qui fut pris, immédiatement après le coït, d'une violente hémorragie nasale, probablement causée par cet acte.

Cloquet dit dans son Osphrésiologie : « On a vu des individus d'un tempérament sanguin être affectés d'hémorrhinie après le coït. »

Génie, dans sa thèse inaugurale (1876), indique également les excès de coït comme susceptibles de provoquer des hémorragies nasales; nous devons, toutefois, faire remarquer que ces auteurs se méprennent sur l'interprétation des faits, et qu'ils attribuent à la pléthore, à des efforts, ce qui est dû à l'excitation sexuelle.

Isch Wall connaît deux jeunes gens qui, à chaque coït, étaient pris, au début de leur vie génitale, d'épistaxis.

(1) Voir n^o 2, février 1888.

Actuellement encore, ces personnes ont de la gêne de la respiration nasale au moment des rapprochement sexuels.

Enfin la plupart des épistaxis supplémentaires rentrent dans le cadre des épistaxis génitales; l'irritation ovarienne et utérine de l'époque menstruelle produit encore par action réflexe le gonflement des corps caverneux et l'hémorragie consécutive. Voilà, selon nous, le mécanisme fort simple des épistaxis supplémentaires.

Hack professe les mêmes idées : « Un fait, écrit-il, me paraît être de la plus haute importance, c'est que la congestion provoquée par la menstruation vers les organes sexuels internes de la femme peut par réflexe avoir pour conséquence une congestion semblable vers les organes érectiles du nez. Cette congestion, on le sait, est quelquefois si forte que le nez saigne abondamment, et parfois ces pertes de sang sont tellement plus considérables que les pertes par voies physiologiques, qu'elles ont reçu le nom de vicariantes. »

M. Rendu, dit dans une leçon clinique qu'il n'est pas rare de voir de véritables épistaxis menstruelles survenir chez des petites filles de douze à quatorze ans au moment où la menstruation vraie va s'établir.

Arviset estime que : « la disposition anatomique du tissu érectile des fosses nasales et la turgescence physiologique de ce tissu pendant les règles sont suffisantes pour expliquer la fréquence beaucoup plus grande des épistaxis que des autres hémorragies supplémentaires.

Nous allons montrer maintenant que l'onanisme peut être la cause de certains saignements de nez, en rapportant quelques cas d'épistaxis intimement liés à des pratiques honteuses.

D'abord rappelons un fait déjà ancien, dont nous n'avons saisi l'interprétation et le mécanisme qu'à la lecture du mémoire de John Mackenzie; c'est du reste ce fait qui nous a conduit à étudier cette intéressante question des épistaxis spontanées, et a été le point de départ de ce travail.

Obs. I. — Il s'agit d'un pauvre garçon de quatorze ou quinze ans que nous avons connu autrefois au lycée, et qui se livrait à la masturbation. Ce malheureux élève, paresseux et incapable de tout travail intellectuel, avait trouvé, pour éviter les punitions, un moyen qu'il jugeait ingénieux et dont il se targuait sans aucune espèce de pudeur. Il se masturbait avec fureur plusieurs fois de suite jusqu'à ce que le sang coulât de son nez, et qu'il fût conduit à l'infirmerie. Les épistaxis assez abondantes et assez répétées amenèrent bientôt un état prononcé d'anémie et de débilitation générale, et on dut renvoyer le jeune homme dans sa famille.

Voici deux autres observations qui nous semblent aussi très concluantes.

Obs. II. — En 1886, une dame du nord de la France, de tempérament asthmatique, ayant des accès d'asthme que nous traitons depuis plusieurs années, vient au Mont-Dore avec son fils, grand garçon de quatorze ans. Ce jeune homme est depuis quatre à cinq mois sujet à de fréquentes épistaxis qui sont mises sur le compte de l'anémie, et, suivant l'avis du médecin, la mère a emmené son fils avec elle, pour le fortifier et lui faire respirer l'air des montagnes. Lorsque nous voyons ce garçon, il n'a pas eu de saignement de nez depuis une dizaine de jours, et à l'examen rhinoscopique nous constatons à droite un gonflement assez marqué de la muqueuse du cornet inférieur; sur la cloison, à la partie antéro-inférieure, il n'y a pas de dilatations vasculaires. Mais nous sommes frappé par le facies du malade; il a les yeux ternes, la paupière inférieure est entourée d'un cercle bleuâtre; la peau est presque terreuse, le front est rempli de boutons d'acné, les traits sont tirés, tout indique un certain degré d'abrutissement. Nous soupçonnons aussitôt que cet état est dû à la masturbation. Nous prescrivons au malade des douches froides. Tout se passe bien pendant quelques jours, puis un matin nous sommes appelé auprès du jeune homme qui saigne assez abondamment par la narine droite; il a eu des épistaxis déjà la veille et l'avant-veille, et la mère nous faisant remarquer

que les hémorragies se produisent après des séjours prolongés aux lieux d'aisance, nous demande si les saignements de nez ne tiennent pas à de grands efforts de défécation. Notre opinion est faite; le lendemain nous interrogeons le malade en particulier, nous le menaçons d'une opération douloureuse à l'anus, et après quelques questions, il finit par nous avouer que c'est aux cabinets d'aisances qu'il se livre à l'onanisme; il reconnaît également que les hémorragies nasales surviennent lorsque les pratiques honteuses sont répétées un certain nombre de fois dans la journée.

OBS. III. — En février 1887, nous sommes appelé auprès d'un jeune homme de seize ans, grand et mince, qui est chasseur dans un cercle; nous trouvons ce sujet atteint d'une épistaxis assez abondante; depuis un quart d'heure environ le sang tombe goutte à goutte de la narine droite; un tamponnement antérieur ayant été fait, le sang est sorti par l'autre narine et a pénétré dans l'arrière-gorge. Au moyen d'injections froides; de bourdonnets de charpie et de poudres astringentes nous arrêtons assez facilement l'hémorragie qui s'est déclarée à la suite d'éternûments violents, mais qui n'a été que la répétition d'une épistaxis plus légère survenue pendant la nuit dans les conditions suivantes. Ce garçon vicieux se trouvait, avec un camarade plus âgé qui nous conte la chose, dans une maison de prostitution, et il venait pour la seconde fois de pratiquer le coït lorsqu'il fut pris d'un saignement de nez qui cessa rapidement sous l'influence de lotions fraîches. Une fois sur cette piste il ne nous est pas difficile de faire dire au malade, que depuis près de deux ans il était pris fréquemment d'épistaxis, qui se montraient surtout aux époques où il se livrait avec le moins de retenue à l'onanisme. Ce drôle ajoute même en riant et sans le moindre respect humain que parfois il se masturbait à l'excès pour provoquer des hémorragies nasales qui le débarrassaient de violents maux de tête (céphalalgies réflexes évidemment d'origine nasale). Cinq jours après nous examinons les fosses nasales du malade, et ne pouvons découvrir le point de la

muqueuse par où est sorti le sang. La membrane des cornets est rouge et tuméfiée, surtout au niveau du cornet inférieur droit; nous ne voyons pas la moindre varice nasale. Dernièrement nous avons revu ce sujet, il nous a affirmé qu'il s'était corrigé de ses mauvaises habitudes, et qu'il n'avait plus de saignements de nez; mais faut-il tenir un grand compte de ces déclarations? Nous n'oserions nous porter garant de la guérison de ce masturbateur.

Notre ami le D^r Girod, professeur à la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand, à qui nous faisons part de nos recherches sur les rapports du nez et des organes génitaux, a bien voulu mettre à notre disposition les deux faits suivants. Témoignons-lui d'abord notre reconnaissance et disons que le premier cas est celui d'un confrère de l'Est, camarade d'études du D^r Girod, à qui il vient de raconter son histoire dans une lettre pleine d'humour.

Nous en extrayons quelques passages :

Obs. IV. — A dix ans je fus pris des premiers désirs érotiques. La vue, le souvenir de quelque chose de féminin me poussait à des érections violentes, et cependant j'ignorais ce que c'était qu'une femme. Comment ma main se porta-t-elle à mon membre surexcité? Je ne sais, mais bientôt je pris goût aux attouchements et quelques mois après je constatais une première éjaculation. Je crus à une émission d'urine, et trouvant ce procédé d'uriner beaucoup plus agréable, je m'en donnais à cœur joie! Je me souviens de m'être procuré certain jour cinq ou six pollutions.

Je fus pris à cette époque de violents saignements du nez; c'était la croissance, disait-on; le médecin de la famille me prescrivit quelques remèdes; je devais quitter régulièrement la classe pour aller à la fontaine... Hélas! je m'égarais souvent dans la salle de gymnastique pour profiter de la solitude et me donner quelque douce satisfaction.

Les épistaxis continuèrent, souvent deux fois par jour lorsque je me procurais beaucoup de plaisir! Je fus alors atteint d'accès d'asthme d'une intensité extrême. Enfin, vers l'âge de

quatorze ans je fus pris de douleurs violentes, aux lombes et aux membres inférieurs ; je dus m'aliter. Je saignais toujours du nez, et je me masturbais avec fureur. Le médecin comprit, m'admonesta sévèrement et m'annonça de terribles conséquences si je persistais dans mes habitudes. Je ne me sevrerai pas complètement, mais je fus plus sage. — Ainsi j'atteignis le bachot qui me jeta dans les bras de la femme. Mes modiques ressources de lycéen me mettaient dans l'obligation d'espacer mes nouveaux plaisirs ! Mes saignements de nez disparurent.

Mais Paris trouva ma bourse d'étudiant bien garnie, je rattrapai le temps perdu... et mes malaises antérieures revinrent. Des accès de toux spasmodique et d'abondantes épistaxis ont maintes fois prolongé les insomnies commencées dans les plaisirs.

Depuis je me suis fait vieux, sérieux, père de famille, mais aux jours de fête et d'abondance, la toux nasale et les épistaxis réparaissent. Pour moi, il est certain que mes saignements de nez ont une origine génitale.

Le Dr Girod nous communique un second fait qu'il a observé, il y a trois ans, et qui a rendu évidentes à ses yeux les relations des organes génitaux et du nez. Notre excellent confrère est un chaud partisan des idées que nous défendons, il est persuadé que la masturbation joue un rôle prépondérant dans la production des épistaxis des adolescents. Voici ce second cas :

Obs. V. — Pendant une excursion scientifique en Suisse, j'avais pour compagnon de route un jeune D..., âgé de quatorze ans, placé par sa famille sous mon autorité paternelle. Dès le début du voyage des saignements de nez violents se manifestèrent chez le jeune touriste.

Était-ce le changement d'air, l'influence des altitudes ? Non, car le jeune D... reconnaissait avoir de fréquentes épistaxis depuis près de deux ans. A Lucerne, le saignement de nez fut si violent et si persistant que nous dûmes retarder d'un jour le départ.

Instruit par les confidences que m'avait faites autrefois le

camarade dont il vient d'être question, je soupçonnai bientôt la vraie cause des épistaxis, je poussai un interrogatoire fort serré, et j'obtins les aveux du jeune homme. Il s'adonnait à l'onanisme, et les épistaxis survenaient aussitôt que les pratiques vicieuses étaient trop souvent répétées. J'ouvris au malade les yeux sur les conséquences graves de la masturbation, et mes conseils produisirent le résultat souhaité, les épistaxis cessèrent avec les excès génitaux.

Enfin notre ami le Dr Lemarchand de Trigon, médecin à Royat, qui a bien voulu interroger ses malades sur le point qui nous intéresse, a recueilli l'observation suivante :

OBS. VI.— M^{lle} X... est âgée de seize ans, elle est petite et brune, de tempérament nerveux ; elle a été réglée à l'âge de quatorze ans ; elle a joui d'une bonne santé jusqu'à cette époque. Elle m'est envoyée pour être examinée au laryngoscope, car elle est atteinte d'une aphonie complète, et le miroir laryngien permet de constater que les cordes vocales inférieures restent immobiles pendant la phonation. La malade a été affectée, à d'autres reprises, de troubles laryngés qui ont consisté en perte de la voix ou en enrrouement.

Ces accidents paraissent se manifester sous la dépendance de troubles utéro-ovariens ; l'aphonie vient principalement au moment des règles qui sont peu abondantes et irrégulières. La jeune fille a aussi de fréquentes épistaxis qui se manifestent soit aux époques menstruelles soit dans l'intervalle qui sépare les règles. La malade a les yeux ternes, les pupilles sont dilatées, les paupières inférieures sont entourées d'un cercle bleuâtre : à la région temporale la peau est ridée, toutes indications d'habitudes vicieuses probables.

La malade avoue du reste se livrer à l'onanisme.

A l'examen rhinoscopique la muqueuse nasale est rouge et tuméfiée surtout au niveau du cornet inférieur, bien qu'il n'y ait pas eu de saignements de nez depuis plusieurs jours. Ayant continué mon interrogatoire, la jeune fille n'hésite pas à reconnaître que les épistaxis, en exceptant celles des périodes

menstruelles, se produisent principalement lorsqu'elle s'abandonne avec excès à ses plaisirs solitaires.

Tels sont les faits que nous mettons en avant pour établir que certaines épistaxis sont provoquées par des excitations sexuelles, par la masturbation. Ces observations sont peu nombreuses, il est vrai, mais on doit tenir compte des difficultés que l'on rencontre dans des recherches de ce genre; bien des jeunes personnes répondent aux questions par des dénégations absolues; souvent aussi il faut interroger avec la plus grande discrétion si l'on ne veut courir le risque d'apprendre aux enfants ce qu'ils ignorent. De toute façon nous ne doutons pas que, malgré leur nombre restreint, ces observations paraissent assez nettes et assez probantes pour permettre de conclure à l'existence d'épistaxis génitales liées dans certains cas à des habitudes vicieuses. C'est la première fois que pareille opinion est émise, soit en France, soit à l'étranger. Nous devons cependant à la vérité de déclarer que Germain Sée a cité l'onanisme parmi les causes de l'épistaxis, mais hâtons-nous d'ajouter que cet auteur s'est mépris sur la véritable interprétation des phénomènes; il estime en effet que la masturbation n'intervient dans la pathogénie de l'hémorragie nasale qu'en amenant un état anémique : « L'épistaxis, dit-il, est l'indice d'une débilitation résultant parfois d'un développement exagéré ou de la puberté ou d'un mauvais régime et plus encore du travail intellectuel ou de l'onanisme. » Nous soutenons au contraire que dans la production des épistaxis, spontanées, l'influence de l'anémie est assez hypothétique. Ce n'est pas en occasionnant une altération des principes du sang que la masturbation détermine des saignements de nez; l'irritation sexuelle agit directement en donnant lieu à des réflexes qui se produisent avec d'autant plus de facilité qu'il existe des rapports intimes, de vraies sympathies entre le nez et l'appareil de la reproduction.

Ces relations nasales et génitales sont encore peu connues du public médical, ce qui explique pourquoi l'attention de nos confrères n'a pas encore été attirée sur les conditions étiologiques dans lesquelles se développaient les saignements de nez des adolescents ; mais cette notion de sympathies une fois répandue dans le monde scientifique, nous sommes persuadé que la rencontre de faits nombreux viendra confirmer notre manière de voir et démontrer la fréquence des épistaxis génitales. A l'heure actuelle nous ne pouvons indiquer aucun chiffre, établir aucune proportion ; la question est encore à l'étude ; des cas recueillis isolément ne permettent pas de dresser la moindre statistique. Mais étant données la vulgarisation des pratiques honteuses et l'influence du foyer génital sur le tissu érectile du nez, il est probable que les hémorragies d'origine sexuelle occupent le premier rang parmi les épistaxis des adolescents. Nous croyons même que l'épistaxis spontanée est l'apanage exclusif de l'adolescence, parce que de tous les agents étiologiques le facteur génital est le seul qui fasse surtout sentir son action au moment de la puberté. La goutte, le rhumatisme, la pléthore, l'anémie, les varices nasales et autres causes des hémorragies essentielles agissent aussi bien sinon plus à l'âge adulte ; seule, l'irritation génitale intervient principalement à l'époque de l'adolescence. C'est à la puberté que les excès sexuels résultant de l'onanisme s'observent le plus souvent, c'est alors qu'ils impressionnent le plus vivement les jeunes organismes. C'est en outre à cet âge que commence pour les individus la vie génitale, et que se développent les organes sexuels, que s'éveillent les fonctions procréatrices : d'où une irritation physiologique de l'appareil de la génération, irritation qui est suffisante pour déterminer le réflexe qui aboutit à la turgescence des corps caverneux du nez et à l'épistaxis.

CONCLUSIONS.

1° Les classifications en usage ne sauraient être accep-

tées. Nous proposons de diviser les épistaxis en : 1° traumatiques et ulcéreuses ; 2° dyscrasiques ; 3° mécaniques ; 4° vaso-motrices.

2° Ce dernier groupe comprend les épistaxis essentielles, idiopathiques, spontanées, les seules dont nous ayons à nous occuper ; la pathogénie en est facile à expliquer. Par action réflexe d'origine locale ou éloignée, le tissu érectile entre en turgescence ; et, si la tension sanguine est trop considérable et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés qui forment le tissu caverneux, ceux-ci se déchirent, et leur rupture entraîne aussi le déchirement de la muqueuse réduite à son revêtement épithélial.

3° Le tissu érectile est susceptible de se gonfler à la suite d'une excitation légère soit de la muqueuse nasale, soit de la peau, soit de l'œil, soit par suite de phénomènes psychiques.

4° Mais la cause la plus fréquente des épistaxis qui se manifestent à l'âge de la puberté est l'irritation physiologique ou pathologique des organes sexuels.

5° Il existe des rapports intimes, une véritable sympathie entre le nez et l'appareil de la reproduction.

6° Influence de l'odorat chez l'homme et les animaux sur les fonctions génératrices.

7° Turgescence du tissu érectile des cornets, déterminée par l'acte génital ou par la congestion menstruelle ; retentissement des affections des organes génitaux sur les maladies du nez.

8° Épistaxis cataméniales et copulatives.

9° Enfin cas d'épistaxis occasionnées par la masturbation.

10° Les six faits rapportés rendent manifeste l'action de l'onanisme, et font ressortir l'importance du facteur génital dans la production des épistaxis des adolescents. Celles-ci peuvent du reste survenir sous l'influence d'une irritation physiologique de l'appareil sexuel. Loin de nous l'idée que toutes les épistaxis de l'enfance et de la puberté résultent de la masturbation.

UN CAS DE KYSTE DE LA CORDE VOCALE

Par le Dr O. SEIFERT, Privatdocent à Wurzburg.

Chiari, dans son livre tout nouveau (1), a publié un cas manifeste de kyste de la corde vocale qui trouve son analogue dans une observation qu'il m'a été donné de faire tout récemment et qui mérite de venir enrichir la statistique des kystes du larynx.

Dans l'observation de Chiari, il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint de raucité. Sur la corde vocale gauche, on remarquait une tumeur de la grosseur d'une fève, grisâtre, à surface lisse, qui, lors de la phonation, était projetée en haut; il était évident qu'il s'agissait là d'un kyste, tout au moins d'un polype en dégénérescence kystique. On en fit l'extirpation avec les pinces.

Le cas qu'il m'a été donné d'observer a trait à une personne de 62 ans, habitant une localité des environs de Wurzburg. Le malade vint par hasard à ma clinique le 2 septembre 1887 pour servir de sujet d'étude à mes élèves.

Je n'avais auparavant jamais examiné le malade et je fus très étonné quand un des élèves qui avait regardé son larynx vint me dire que celui-ci était porteur d'une tumeur. Je contrôlai ce diagnostic et je pus me convaincre de son exactitude. Par les anamnestiques, j'appris que le patient était, depuis des années, atteint d'une toux qui parfois dégénérait en attaques très vives. La voix est un peu couverte, mais parfois aussi, durant des journées entières, elle est complètement enrouée ou presque éteinte.

Le malade n'accuse pas d'attaques de dyspnée.

État actuel. Malade petit, bien pris, assez bien constitué. La voix est quelque peu voilée et rude. Épiglote

(1) *Erfahrungen auf dem Gebiete des Hals und Nasenkrankheiten*,
Wien 1887.

normale, orifice du larynx régulier. Les cordes vocales fonctionnent régulièrement pendant la phonation et la respiration. Sur la partie moyenne de la corde vocale gauche on aperçoit très manifestement, sortant à gauche ventricule de Morgagni, une tumeur arrondie, du volume d'une noisette. A sa surface lisse se montre un vaisseau bleu rougeâtre assez volumineux. Cette tumeur a un aspect transparent, hyalin.

A un examen plus approfondi, et surtout quand on fait pratiquer au malade des inspirations rapides, on peut alors s'assurer que l'opinion d'après laquelle la tumeur naîtrait du ventricule de Morgagni n'est pas exacte.

Cette tumeur en effet, dans les inspirations rapides, se place entre les cordes vocales ou au-dessous d'elles, et de par cette situation on est forcé de convenir qu'elle doit s'insérer ailleurs que dans le ventricule de Morgagni. La tumeur étant placée entre les cordes vocales, soudainement la phonation est empêchée et la voix s'éteint complètement; si elle plonge dans la cavité du larynx, il survient alors de violentes quintes de toux qui de nouveau la ramènent à la surface de la corde vocale gauche. — Ces changements de position de la tumeur semblent indiquer qu'elle possède un pédicule mince et très allongé situé à la partie inférieure de la corde vocale gauche, tout près de son bord libre où il prend son insertion.

La transparence de la tumeur, son aspect hyalin, sa surface lisse faisaient penser qu'il s'agissait d'un kyste, et à mon premier examen j'avais supposé que ce kyste provenait du ventricule de Morgagni ainsi qu'on en a signalé (Pravaz, Virchow, Bruns, Gibb, Schiffrs) plusieurs cas. Mais je faisais une erreur de diagnostic, comme j'ai pu m'en convaincre en répétant maintes fois mon examen, puisque la tumeur provenait de la partie inférieure du larynx. Un examen plus approfondi permit cependant de conclure qu'il s'agissait bien d'une tumeur kystique; en effet il a été démontré par Waldey et

Gottstein (1) que dans des cas rares la direction normale à une certaine distance au-dessous du bord libre de la corde vocale des glandes muqueuses pouvait varier pour un ou deux tubes glandulaires qui pouvaient alors se placer tout près du bord libre de la corde vocale, de telle sorte que ces tubes glandulaires, anormalement situés dans une partie animée de mouvements (suivant l'opinion de Sommerbrodt), pourraient être facilement affectés.

Il s'agissait, selon toute vraisemblance, chez mon malade, d'une anomalie glandulaire de ce genre et d'un kyste par rétention situé à la partie inférieure de la corde vocale tout près de son bord libre. L'extirpation de la tumeur qui aurait fixé définitivement le diagnostic n'a pu être faite, le malade n'ayant pas voulu s'y résoudre.

COMPTE RENDU

DU

XII^e CONGRÈS DES MÉDECINS ITALIENS

Tenu à Pavie, du 19 au 26 septembre 1887.

SECTIONS DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE.

Présidence de M. MASSEI pour la laryngologie,
M. LONGHI, pour l'otologie.

CALIGNANI (Plaisance). — **Nouvelle méthode pour la résection du nerf maxillaire inférieur.**

Le rapporteur, au lieu d'inciser la muqueuse buccale, incise la peau dans un point intermédiaire au lobe de l'oreille et à l'angle du maxillaire inférieur. Il pénètre profondément jusqu'au périoste, qu'il incise et détache avec les autres tissus. Enfin, il accroche le nerf qu'il amène au dehors et sectionne suivant les indications.

Le rapporteur croit cette méthode facile et sûre.

BOTTINI (Pavie) croit aussi sûre et aussi facile la méthode

(1) *Sommerbrodt* : 4/5 Berl., Klin. Woch. 1872.

endo-buccale de M. Parravicini, et il ajoute que de cette façon, dans les cas ordinaires, on peut avec plus de facilité découvrir le nerf, qui se montre nettement sous la muqueuse. De cette manière, on ne détermine pas de cicatrice extérieure. Il comprend l'opportunité de la nouvelle méthode dans des cas spéciaux, par exemple dans les cas de macroglossie et de resserrement des mâchoires, où on ne peut pas pénétrer par la bouche.

COZZOLINO (Naples), rapporte des cas de *psoriasis buccal*, et il fait remarquer que le meilleur traitement est la galvano-caustie. Il ajoute que le psoriasis est indépendant de la syphilis.

MASINI partage cette opinion, mais TOMMASOLI la croit trop absolue.

Bozzolo (Turin). — **Nouveau symptôme pour le diagnostic des anévrysmes thoraciques.**

Se fondant sur les observations de Ceradini et Mosso, relativement aux mouvements que subit la colonne d'air des fosses nasales et sur les relations de celle-ci avec les mouvements du cœur, l'auteur applique l'étude de ce phénomène au diagnostic des anévrysmes thoraciques.

Il distingue les quatre classes suivantes :

1° Le pouls positif des narines, la glotte étant ouverte ;

2° Le pouls des narines est positif, la glotte étant ouverte, mais il est précédé par un léger pouls négatif, correspondant au commencement de la systole. A celui-ci fait suite un pouls positif plus ou moins fort, pendant que la systole du cœur continue ;

3° Si *l'ictus cordis* est négatif, le pouls des narines, à glotte ouverte, est positif ;

4° Pendant la période systolique, le pouls des narines reste toujours négatif.

Et voici ses conclusions :

1° On peut soupçonner l'anévrysme thoracique d'après les modifications du pouls des narines ;

2° Le pouls des narines peut être positif à glotte ouverte, par suite d'un anévrysme ;

3° Quand il n'y a pas élévation considérable des côtes, le pouls négatif à glotte ouverte dans les anévrysmes de l'aorte thoracique peut indiquer la présence des caillots dans l'anévrysme et aussi une tendance à la guérison ;

4° D'après l'examen du pouls des narines, on peut bien étudier le mécanisme du cœur et ses vices organiques.

FRIGERIO (Alexandrie). — Contribution à l'étude de la localisation de l'odorat.

L'auteur rapporte un cas clinique observé par lui. Il s'agissait d'un homme avec délire systématisé primitif de persécution mégalomaniacale. Le malade offrait des symptômes de perversion de l'odorat et chaque chose lui semblait sentir le soufre. Il succomba, et à l'autopsie on constata une atrophie du grand pied de l'hippocampe du côté gauche.

L'auteur attribue l'altération anatomique à un coup sur l'occiput, avec répercussion sur les centres nerveux, et en particulier sur le grand pied de l'hippocampe gauche.

BASSINI (Padoue). — Résection ostéoplastique du nez pour l'extirpation des polypes.

Il expose une méthode opératoire qui lui est personnelle. C'est une modification de celle de Langenbeck. Il la dit avantageuse, parce qu'elle ouvre une plus large voie, sans qu'il soit besoin de détacher les os du nez.

NOVARO (Sienne) fait remarquer que la voûte palatine est la voie la plus courte pour l'extirpation des polypes insérés dans le pharynx nasal.

BASSINI recommande sa méthode spécialement pour les néoplasmes du nez en récurrence et aussi quand on doit pratiquer la résection des cornets.

KRUK (Pavie). — Sur les végétations adénoïdes nasopharyngées en Lombardie.

D'après les observations du rapporteur, les végétations adénoïdes seraient plutôt fréquentes à Pavie et à Milan. Il en

a observé vingt cas sur deux cent quarante malades. Il présente aussi des préparations microscopiques.

MASINI fait des objections.

BREDA (Padoue) rapporte l'examen anatomique pratiqué dans un cas d'**érythème noueux du larynx et de la trachée**.

L'érythème se manifesta sous forme de tuméfaction aiguë à la région auriculaire, et aussitôt diffusion à la muqueuse du larynx et au testicule. Fièvre pendant deux mois. Après cinq mois, sur toute la peau on observait de nombreuses nodosités; il en existait aussi sur la muqueuse du palais.

A l'examen microscopique, on constata que le derme et le tissu sous-cutané contenaient des éléments cellulaires lymphoïdes nombreux : les vaisseaux sanguins étaient dilatés; œdème des follicules et des glandes sébacées; nerfs sains; absence de micro-organismes.

DE AMICIS (Naples) observe que selon la marche, l'issue et les stigmates de l'affection, il pourrait s'agir de **mycosis fungoïdes**.

MASINI G. — **Sur les centres moteurs du larynx.**

A la suite de nombreuses expériences pratiquées dans le laboratoire du professeur Luciani, à Florence, il expose les résultats suivants :

Dans les hémisphères antérieurs — probablement dans la troisième circonvolution frontale, près de l'aire de Broca et du pied de la frontale ascendante, il existe une zone qui préside aux mouvements de la glotte.

NEGRO (Turin) fait observer que dans les expériences rapportées il se pourrait bien que l'excitation se fût propagée d'un point à un autre.

FERRARI (Parme). — **Résultats de trente-deux trachéotomies pratiquées dans des cas de diphtérie.**

Il rapporte quatorze cas de guérison et dix-huit morts. Il fait observer que cette statistique est meilleure que celle de

Lowet et Monro qui rapportent 2 pour 0/0 de guérisons. L'auteur croit que les bons résultats sont dus à l'intervention hâtive du chirurgien et à l'observation rigoureuse de toutes les règles antiseptiques. Dans certains cas, il y a eu de la nécrose des anneaux de la trachée, due à la compression exercée par la canule.

PROTH (Saxari) rappelle qu'on peut alors employer des canules de Durham.

CECI et CARLE (Turin) disent que chaque chirurgien aujourd'hui observe les mêmes règles. Ils font remarquer que les bons résultats dans la trachéotomie sont dus surtout à la prompte intervention du chirurgien, qui souvent ne peut pas intervenir par suite de l'ignorance et des préjugés des familles.

PALADINI (Empoli). — **Un corps étranger dans les voies respiratoires et nouvel instrument pour l'extraction.**

Il rapporte le cas d'un petit caillou introduit dans la bronche droite, et décrit l'instrument employé pour l'extraction. C'est une canule spéculum bivalve.

L'instrument est trouvé bon, et recommandé aussi dans les cas de diphtérie hypoglottique.

MASSEI (Naples). — **Erysypèle du larynx.**

Il rappelle son étude sur cette affection (dont la *Revue* a déjà publié un résumé). Il signale la différence entre l'affection phlegmoneuse, l'œdème simple, l'œdème angio-névrothique, et conclut en recommandant les études bactériologiques.

MASINI (G.) rapporte des études comparatives sur le **traitement de la laryngite hypertrophique par le grattage, le galvano-cautère et l'acide lactique**. Il conclut en donnant la préférence au grattage.

MASINI (O.) (Gênes) : **Sur un cas de dégénérescence colloïde des glandes micipares du larynx.**

Il expose l'étude qu'il a eu le premier l'occasion de faire

sur le larynx d'un individu mort empoisonné par l'arsenic.

L'altération la plus considérable existait au niveau des glandes mucipares et spécialement dans leur canal excréteur. Il y avait de nombreux corps réfringents, jaunâtres qui remplissaient et dilataient la cavité et ressemblaient aux cylindres colloïdes qu'on trouve dans les reins à la suite d'une inflammation chronique.

Ces corps réfringents traités avec l'acide sulfurique et la teinture d'iode ne présentaient pas la coloration propre à la substance amyloïde; mais, traités avec l'acide osmique, ils prenaient la coloration brune.

FERRERI (Rome). — Sur le traitement des polypes laryngiens.

Il fait l'analyse des instruments employés jusqu'à présent pour l'ablation des néoplasmes laryngés et spécialement des papillomes, et décrit un instrument employé dans la clinique de Rome. C'est une curette de Volkmann, modifiée pour le larynx. Le rapporteur lui donne la préférence.

MASSEI et MASINI sont d'un avis contraire.

MASINI O. (Gênes). — Sur la néoformation des vaisseaux lymphatiques dans le larynx.

L'auteur, en rapportant les expériences pratiquées, démontre que la néoformation des vaisseaux lymphatiques est différente de celle des vaisseaux sanguins. Il dit que dans un tissu nouveau, les vaisseaux lymphatiques apparaissent après les sanguins, et se trouveraient parmi les faisceaux du tissu connectif, en le complétant à mesure que le tissu se développe.

MASINI G. — Sur un cas de paralysie isolée et complète de l'aryténoïdienne.

Il s'agissait d'une dame hystérique, qui perdit la voix tout de suite, après un refroidissement. Guérison avec l'électricité.

JAIA. — Diphtérie et son traitement par la résorcine.

Il a obtenu trente-quatre guérisons sur trente-six cas,

traités avec des pulvérisations de résorcine pendant que la mortalité, dans la même épidémie, était de 93,28 0/0.

COZZOLINO (Naples) réclame la priorité pour cette méthode de traitement.

JAIA lui fait observer qu'il n'a pas parlé de priorité.

SANQUIRICO (Siène). — Sur l'**extirpation de la glande thyroïde**.

L'auteur veut démontrer, avec ses expériences, que le manque d'oxygène, rencontré par Albertoni et Tizzoni dans le sang des animaux, après l'ablation de la glande thyroïde, n'est pas la cause absolue de la mort. Il rapporte, d'après ses expériences, qu'aussi dans la forte dyspnée et le jeûne il y a dans le sang un manque d'oxygène, plus qu'à la suite de l'ablation du corps thyroïde, mais il n'y a pas de phénomènes graves, et jamais de cas de mort.

Il croit donc que la fonction du corps thyroïde, déclarée hémopoïétique par Tizzoni et Albertoni, n'est pas encore bien déterminée.

TIZZONI rappelle que Bert et autres ont étudié le manque d'oxygène dans le jeûne et la dyspnée, mais ils ne l'ont pas trouvé aussi grand. Il fait observer que les expériences d'Albertoni et les siennes ont été pratiquées peu de temps après l'ablation de la glande thyroïde (avant l'influence du jeûne), et que Calzy a arrêté la cachexie strumipriva avec la transfusion de sang.

De PAOLIS (Turin) rapporte les résultats obtenus avec l'**Enucléation intra-capsulaire et intra-glandulaire du goître**, pratiquée dans douze cas, au lieu de l'extirpation totale ou partielle du thyroïde pour éviter la cachexie strumipriva.

Il accorde à Porta la priorité de cette méthode et des recherches anatomo-pathologiques sur le sujet.

BOTTINI (Pavie) partage l'opinion du rapporteur.

Enfin, BOBONE (San-Remo) a rapporté un cas de **Syphilis**

héréditaire avec graves lésions de la peau, de la langue, du voile du palais, de l'oreille, du larynx et de la trachée.

G. MASINI. — Sur le traitement des **Manifestations gommeuses du larynx**, par les injections intra-musculaires de calomel.

G. MASINI. — Sur un cas de **Syphilis du larynx**.

SCARENZIO présente une malade atteinte de syphilis gommeuse du nez et du palais avec perforation traitée par la suture cutanée.

FERRERI (Rome) présente des ciseaux polypotomes.

(A suivre.)

F. CARDONE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1888.

Présidence de M. BROWN-SÉQUARD.

Un cas d'allochirie auditive.

M. GELLÉ. — L'allochirie consiste dans la perception d'une sensation dans le côté opposé au point où l'excitation a lieu. Ainsi, on touche une cheville de la jambe droite et le patient, les yeux fermés, a la sensation de contact dans la place correspondante de la jambe gauche, par exemple. C'est Obeermeister qui le premier a signalé ce phénomène curieux.

Depuis, des faits nouveaux ont été cités et analysés par David Ferrier, Fisher, Leyden et par W. Hammond; Hutchinson, Brown-Séguard en ont publié des cas récemment.

La plupart des malades sur lesquels l'allochirie a été observée étaient atteints de tabes, ou d'affections de la moelle, traumatiques ou autres.

Voici la théorie émise par W. Hammond. Dans le cas de lésion médullaire unilatérale la confusion s'explique ainsi : l'impression sensitive gauche, par exemple, suit le cordon médullaire et s'arrête à l'obstacle à droite ; de là, elle se porte à gauche sur les fibres grises commissurales et conti-

nue son chemin sur le côté gauche du myélaxe jusqu'à l'hémisphère gauche.

Ainsi l'excitation est gauche et la sensation est droite et symétrique : la perception par l'encéphale est telle que c'est sur le côté opposé que la sensation est rapportée.

Dans le cas de lésions bilatérales, situées à des hauteurs différentes, on voit que l'impression peut subir deux arrêts et faire deux retours successifs sur les cordons médullaires ; d'où l'affaiblissement de la perception et son retard.

Ce mécanisme explique qu'on peut rencontrer une anesthésie absolue d'un côté du corps, avec conservation plus ou moins parfaite de la sensation subjective des deux côtés, et pourquoi l'anesthésie n'est pas un accompagnement nécessaire de l'allochirie.

Rappelons ici que les sections médullaires à la région dorsale déterminent de l'anesthésie du côté opposé à la section et de l'hyperesthésie du côté sectionné : d'après Brown-Séquard, la suractivité nerveuse s'expliquerait par la dilatation des vaisseaux de la moitié coupée de la moelle. Avec Hammond, j'insiste sur l'existence de cette hyperesthésie médullaire dans l'allochirie : cependant M. Longuet objecte qu'elle n'est pas corrélatrice du phénomène. On remarquera que, dans la généralité des faits rapportés jusqu'à ce jour, il s'agit toujours de la perception croisée des sensations cutanées. Le fait que je rapporte ici est un cas d'allochirie auditive.

Mlle X. est atteinte depuis longtemps de vertige de Ménière. Elle n'est ni paralytique, ni tabétique, ni hystérique, mais elle a des lésions évidentes des oreilles moyennes, surtout accusées à gauche (otite chronique à la période d'hyperplasie et de ramollissement).

Les sons impressionnent douloureusement l'oreille gauche, qui présente une hyperexcitabilité très manifeste.

Voici maintenant pour l'allochirie :

Cette jeune femme offre à l'auscultation de la *carotide droite* un bruit de pialement intense qui s'accroît sous l'influence de la moindre émotion ou du plus petit effort.

Or, la malade ne perçoit pas ce bruit anormal par l'oreille droite (sa meilleure oreille cependant), mais bien par l'oreille gauche.

Voilà le fait ; quelle en est l'explication ? Ici, point de lésion médullaire ; on ne trouve qu'un seul élément saillant, c'est l'état d'hyperesthésie et d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe à gauche. Sans doute le bruit vasculaire se transmet dans toute l'étendue du crâne, et l'ébranlement maximum a lieu dans l'appareil auditif gauche dont la sensibilité est anormalement accrue. On sait, en effet, que si l'on place un diapason vibrant sur le vertex, on peut, en bouchant alternativement les méats auditifs, rendre la sensation droite ou gauche à volonté ; or, par cette occlusion, on a accru temporairement la sensibilité normale de l'oreille touchée, en même temps qu'on arrête le courant sonore.

Je risquerai aussi un complément d'explication de l'allochirie dans le cas spécial.

Nous savons que l'appareil d'accommodation binauriculaire est mis en jeu synergiquement des deux côtés dans l'audition, sous l'influence d'un acte réflexe inconscient ; mais, si cette adaptation est provoquée, ainsi les mouvements et déplacements qui la constituent sont des phénomènes perçus par la conscience, par le sensorium ; et c'est en réalité sur les perceptions conscientes de l'effort fait pour arriver à l'adaptation fonctionnelle, que se guide l'orientation au bruit. Je pense que chez notre malade la sensation produite à gauche doit être tellement supérieure qu'elle détermine la perception en ce sens et la déplace sous l'influence de l'hyperesthésie signalée.

M. FÉRÉ. — A propos de l'explication que vient de donner M. Gellé, je rapporterai certains faits qui me paraissent devoir être rangés dans le même cadre. On sait, en effet, que quelques cas d'anesthésie hystérique sont accompagnés de la perte du sens musculaire ; or, chez plusieurs de ces malades, alors que la contraction produite par la faradisation n'est pas perçue, il peut arriver qu'après quelques excitations énergiques il se produise des contractions dans le muscle symétrique du côté opposé, contractions qui sont nettement

perçues. Il s'agit alors d'une véritable allochirie musculaire.

M. MATHIAS DUVAL. — Dans nombre de cas, il existe un véritable écho des sensations fortes. Il semble qu'on pourrait expliquer ainsi les faits observés par M. Féré. L'excitation première ne serait pas perçue à cause de l'anesthésie, et l'écho seul le serait. M. Gellé fait jouer un rôle important à l'accommodation dans l'explication qu'il donne. Peut-on lui accorder une valeur aussi grande, alors qu'il s'agit d'un bruit produit au niveau du rocher et qui, dès lors, peut être transmis directement à l'oreille interne par l'intermédiaire des os du crâne?

M. GELLÉ. — Je répondrai d'abord que la transmission directe des sons à l'oreille interne sans intermédiaire de l'oreille ne me semble pas admissible. Dans ces conditions, ainsi que le démontrent plusieurs expériences, il y a perception d'un bruit mais non d'un son avec toutes ses qualités. On comprend dès lors que quand il s'agit, comme ici, d'un bruit qui n'est pas perçu par l'oreille saine, une hyperexcitabilité de l'oreille malade puisse le rendre perceptible. Il y a alors augmentation de l'excitation; non pas que l'excitant soit plus énergique, mais parce que l'organe récepteur est plus impressionnable.

M. BROWN-SÉQUARD. — Il est certain que les phénomènes d'allochirie sont susceptibles de plusieurs explications suivant les cas dans lesquels ils se présentent; cependant il est une notion actuellement admise et qui, suivant moi, doit toujours être présente à l'esprit dans ces circonstances; c'est la suivante: les centres de perception ne sont pas spéciaux à chaque moitié du corps. Les deux centres généralement admis sont si intimement unis qu'en réalité ils n'en forment qu'un. Je ne veux pas m'étendre sur les conséquences qu'on pourrait en tirer, mais, je le répète, c'est là, je crois, qu'il faut chercher l'explication des phénomènes analogues à ceux dont viennent de nous entretenir MM. Gellé et Féré. (*Bullet. med.*, 1887.)

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE

Histoire de la laryngologie depuis les temps les plus reculés jusqu'aux temps modernes, par le Dr GORDON-HOLMES, traduit de l'anglais par le Dr OTTO-WERNER.

Le docteur Gordon-Holmes, de Londres, donne l'histoire de la laryngologie depuis son commencement; quoique la partie de l'ouvrage qui précède l'invention du laryngoscope ne possède pas d'intérêt scientifique, elle est cependant d'un intérêt historique indubitable, ne fût-ce que pour montrer le grand bien de l'invention de Garcia, Türck et Czermak. (*Wiener medicinische Presse*, 1887, n° 37.)

Rapports entre le centre de déglutition et le centre respiratoire, par le Dr MARKWALD.

Beaucoup d'auteurs ont attiré l'attention sur le phénomène suivant: quand on provoque un mouvement de déglutition excitant le laryngé supérieur ou le voile du palais, on aperçoit un mouvement concomitant du diaphragme semblable à un mouvement inspiratoire avorté (*Schluckathmung*, respiration déglutive). Cette respiration déglutive a lieu au premier temps de la déglutition. L'explication de ce phénomène était d'autant plus difficile que nous savons tous que, moyennant des mouvements de déglutition on peut suspendre la respiration plus ou moins longtemps. La respiration déglutive vient seulement 2 à 3 centièmes de seconde après la contraction des muscles mylohyoïdiens, c'est-à-dire après l'acte principal de la déglutition; pendant cette respiration avortée la glotte reste béante. Dans cette respiration déglutive ce n'est pas seulement le diaphragme qui agit, car elle a lieu après la section des nerfs phréniques moyennant les muscles respiratoires auxiliaires; ce n'est pas la contraction des muscles mylohyoïdiens non plus qui la provoque, car elle a lieu après la section de la moelle; elle se manifeste même pendant l'apnée. Elle cesse avec la destruction du centre respiratoire. D'après l'auteur, les centre

de respiration, de déglutition et les glossopharyngiens sont en connexion intime. Le centre de déglutition est ordinairement en repos, si par voie réflexe, il est excité, toute la série des mouvements de déglutition arrive; les fibres déglutitives du pneumogastrique excitent le centre respiratoire en même temps; ce centre répond à cette excitation à un mouvement inspiratoire; mais au moment même où ce mouvement est en voie d'exécution, il vient un ordre d'arrêt par l'intermédiaire des glosso-pharyngiens. Ce mouvement inspiratoire ébauché est la respiration déglutive; il a fallu une fraction de seconde de temps pour que les glosso-pharyngiens arrivent au centre respiratoire dont l'action a déjà commencé. Heureusement cette mise en mouvement du pneumogastrique peut encore s'arrêter, l'inhibition des nerfs glosso-pharyngiens peut encore se faire sentir sur la respiration, et l'animal peut ne pas s'engouer à chaque déglutition.

Le travail de l'auteur est plein de recherches intéressantes, élucidant complètement un point curieux, resté obscur longtemps, de la physiologie de la déglutition et apportant des faits nouveaux à la physiologie des centres nerveux. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, Bruxelles, novembre 1887).

D'une forme de laryngite simple à diagnostic difficile,
par le Dr DESCROIZILLES.

La phlegmasie catarrhale du larynx se présente quelquefois chez les jeunes enfants sous une physionomie exceptionnelle qui lui donne de l'analogie tout à la fois avec la laryngite striduleuse et avec la laryngite diphtéritique. Comme dans la première de ces deux affections, on observe alors de la toux rauque et des accès de suffocation, séparés les uns des autres par des intervalles d'apyrexie complète, mais qui peuvent avoir assez d'intensité pour inspirer des inquiétudes sérieuses, quoiqu'on ne constate pas sur le pharynx aucune néoplasie. Comme dans le croup, il y a de la fièvre et des modifications de la voix pendant les phases de calme qui séparent les paroxysmes.

A l'appui de ces considérations qui ne présentent rien de bien nouveau, l'auteur cite les cas de deux petits malades qu'il vient d'observer. (*Journal médecine et chirurgie pratiques*, juillet 1887.)

J. JOAL.

Deux cas d'abcès intra-laryngés idiopathiques (*Two cases of idiopathic intra-laryngeal abscess.*) par le Dr G. MAC-DONALD.

Les cas d'abcès idiopathique du larynx sont assez rares. Morell-Mackenzie en a réuni treize cas, le Dr Mac-Donald en rapporte deux observations nouvelles.

Premier cas. — Le malade, âgé de quarante ans, éprouve la sensation d'un corps étranger au larynx et présente de la dyspnée lorsqu'il gravit les marches d'un escalier. Le laryngoscope révèle de la sténose glottique due à la congestion et à l'œdème de la corde vocale gauche. L'œdème est surtout prononcé dans la région sous-glottique et sur le repli interaryténoïdien. La corde gauche est congestionnée et gonflée, la droite est fixée en position cadavérique. Bientôt le gonflement devint plus considérable, et la bande ventriculaire droite s'infiltra.

La dyspnée était intense. Une incision faite avec le bistouri laryngé de Mackenzie donna cours à une grande quantité de pus crémeux, et, quelques jours après, le malade était guéri.

Deuxième cas. — Le malade, âgé de trente-huit ans, très gêné pour respirer, présentait une congestion considérable de tout le côté droit du larynx. On constatait une tuméfaction du repli ary-épiglottique droit, la tumeur lésée, rouge pâle et translucide, paraissait reposer sur la bande ventriculaire; elle était molle et fluctuante à l'attouchement à la sonde laryngée. L'abcès fut ouvert par une incision avec la sonde laryngée, et, le pus évacué, la tumeur s'affaissa. Le malade guérit. (*The Lancet*, 24 septembre 1887.)

J. CH.

Les complications laryngées dans la fièvre typhoïde.

par le Dr P. TISSIER.

Les manifestations laryngées de la fièvre typhoïde sont : soit légères, passagères; soit graves et parfois mortelles.

Dans le courant du premier septénaire, on observe quelquefois un peu d'enrouement, dans certains cas une aphonie presque complète, alors on voit une angine assez intense, rougeur, tuméfaction amygdalienne, ulcérations ovalaires de Duguet sur les piliers antérieurs, rougeur uniforme de la muqueuse vocale plus accentuée aux régions ventriculaire et aryénoïdienne.

La laryngite folliculaire très fréquente paraît à la fin du premier, et, pendant le second septénaire, elle se termine souvent par des ulcérations.

La laryngite ulcéreuse est facilement méconnue; elle est souvent la première étape du laryngo-typhus; c'est au déclin de la fièvre typhoïde, vers le troisième septénaire, que l'on rencontre les ulcérations de la muqueuse laryngée qui passent souvent inaperçues, ne se révélant dans certains cas que par de l'aphonie et de la dysphagie. L'œdème de la glotte avec dyspnée considérable peut en être la conséquence.

Le laryngo-typhus, c'est-à-dire la laryngite ulcéro-nécrotique, est une complication grave; elle se montre chez l'adulte affaibli par une diète prolongée, par une maladie longue et grave; la fréquence en est fort variable suivant les auteurs. Certaines épidémies revêtent à ce point de vue un certain caractère de malignité; la complication débute vers le deuxième ou troisième septénaire ou dans la convalescence; elle reste quelquefois latente, et, sauf un léger degré d'enrouement, rien ne peut faire prévoir l'imminence du danger. D'ordinaire il y a de la dyspnée, de la dysphagie, de l'aphonie. La terminaison est presque inéluctablement fatale si l'on n'intervient pas. Bayle, sur dix-sept cas non opérés, note une guérison; Valleix, 6 guérisons sur 31 cas, tandis que Obédénare note 13 succès sur 24 cas où fut pratiquée la trachéotomie.

Une autre complication d'une gravité presque égale, c'est la laryngite pseudo-membraneuse, avec abattement, prostration, teinte terreuse des états infectieux; l'affaissement du malade est tel, qu'il n'accuse aucun symptôme pouvant attirer l'attention vers le larynx; aussi le plus souvent c'est à l'autopsie que l'on constate les fausses membranes en partie

disparues. La mort est la terminaison ordinaire de cette laryngite, qui, en France, est rattachée à un état diphtérique.

La laryngite gangréneuse est exceptionnelle.

La dothiéntérie frappe aussi l'appareil musculaire et les conducteurs nerveux; mais la symptomatologie de ces deux ordres d'altérations n'est pas encore bien étudiée.

Des arthrites subaiguës arycricoiédiennes sont aussi possibles, et il peut en résulter des ankyloses.

Comme traitement, les laryngites catarrhale, folliculaire et ulcéreuse simple ne nécessitent pas une intervention opératoire. Dans le laryngo-typhus, il faut faire la trachéotomie; les malades devront garder leur canule (canule à soupape) et leur voix reste sombre, éraillée; le son ne peut être filé, une trop longue conversation est impossible. (*Annales des maladies de l'oreille*, août 87.) J. JOAL.

Vertige laryngé, par le Dr DAUVIN.

A propos du récent article du Dr Thermes sur deux faits de vertige laryngé observés chez des vieillards atteints de coqueluche, l'auteur écrit qu'à trois reprises différentes, en 1877, en 1882 et 1885, il a été pris subitement d'un picotement à la gorge et de toux, sèche, courte, précipitée, convulsive; puis sensation d'asphyxie graduelle et perte de connaissance avec retour immédiat à l'état normal.

Les mêmes phénomènes ont été observés chez un lieutenant de vaisseau et chez un confrère, et Dauvin n'hésite pas à décrire ces accidents sous le titre de vertige laryngé.

Nes'agit-il pas plutôt dans l'espèce de phénomènes congestifs survenant du côté des vaisseaux cérébraux à la suite des quintes de toux, à la suite d'un effort. (*Journal Médecine Paris*, 7 août 1887.) J. JOAL.

De la toux utérine, par le Dr Paul MULLER.

Après Aran, Nonat, Courty, Pozzi, Martineau, Guibout, Tarnier et Budin, Muller, dans son travail inaugural, étudie la toux d'origine utérine qui se produit par action réflexe; à

l'état physiologique, elle se montre principalement pendant la grossesse ; chez les malades, elle est rarement occasionnée par des tumeurs malignes ; on la rencontre surtout dans les corps fibreux, la métrite et surtout dans les déviations utérines.

Comme elle survient souvent chez des femmes qui n'ont jamais présenté d'accidents hystériques, il est difficile d'en faire uniquement une manifestation de la grande névrose ; du reste elle diffère par sa symptomatologie de la toux hystérique décrite par Sydenham et Lasèque ; elle se présente sous forme d'accès de toux brève, quinteuse, superficielle. Sa durée est subordonnée à la persistance de la cause et ne rétrocede pas d'un moment à l'autre comme la toux hystérique.

Le point essentiel du diagnostic est d'être prévenu de la possibilité de cette toux pour ne pas oublier de rechercher les lésions utérines si la toux n'est pas justifiée par une autre affection ; autrement elle ne possède pas de caractères particuliers, et on peut difficilement la différencier des autres toux symptomatiques lorsqu'il n'existe pas d'autres signes concomitants.

Comme traitement il faut s'adresser à l'état utérin. (*Thèse Paris*, juillet 1887.)

J. JOAL.

Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques. Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique.
par le Professeur CHARCOT.

L'hémiplégie vulgaire, capsulaire, comme on l'appelle quelquefois, c'est-à-dire liée à la formation d'un foyer hémorrhagique dans le lieu d'élection, peut être confondue avec l'hémiplégie hystérique ou inversement. Toutefois il faut savoir que dans l'hémiplégie hystérique il n'existe jamais, du côté paralysé, de participation du facial inférieur comparable à celle qui se voit dans l'hémiplégie vulgaire. Les déviations de la face qui se surajoutent à l'hémiplégie hystérique sont la conséquence d'un spasme glosso-labié unilatéral qui occupe tantôt le côté opposé à l'hémiplégie, tantôt le même côté.

On pourra toujours, avec un peu d'attention, distinguer dans un cas donné les effets de l'hémi-paralysie faciale de ceux de

l'hémispasme glosso-labé hystérique et éviter ainsi de commettre une erreur grave en rattachant à une lésion organique les accidents qui dépendent d'une lésion dynamique ou inversement. (*Semaine Médicale*, 2 février 1887.) J. JOAL.

Note sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue, par le M. DUTIL.

Les faits de mutisme hystérique sont rares. C'est à peine si Cartaz en a rassemblé une vingtaine d'observations dans son récent travail. Aussi l'auteur croit-il devoir publier un nouvel exemple de cette curieuse manifestation de l'hystérie, il diffère du type habituel par la coïncidence du mutisme et d'une déviation de la langue par contracture.

Il s'agit d'une malade de 22 ans du service de M. Péter, à l'hôpital Necker; à la suite d'une série d'attaques hystériques, elle s'éveilla complètement incapable de parler, même à voix basse, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure labiale gauche, la malade était aphone et aphasique.

Elle fut guérie en quatre jours par suggestion. (*Gazette Médicale*, 4 juin 1887.) J. JOAL.

Paralysie des cordes vocales et ictère (*Stimmbandlähmung und Icterus*), par le Dr GERHARDT.

Il s'agit de deux malades qui étaient aphones avec teinte ictérique très prononcée. L'affection du larynx paraît avoir prédominé dans les deux cas. On pourrait croire, vu la marche aiguë de la maladie, qu'il s'agissait d'une cause infectieuse ou toxique. C'est à cause de leur rareté, que ces deux cas semblent à l'auteur dignes d'attention.

OBS. I. — Homme de 27 ans, se refroidit le 11 janvier, a de la raucité et de la suffocation le 16. Le 18, aphonie, teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Les cordes, rouge-pâle, s'écartent très bien dans l'inspiration; pendant l'expiration elles demeurent écartées d'un demi-centimètre environ. Le 20, la voix vient un peu en comprimant latéralement le larynx. Le 21, la voix réapparaît. Le 25, les cordes sont légèrement rouges et se rejoignent.

OBS. II. — Homme, 26 ans, s'était refroidi huit jours auparavant. Teinte ictérique; aphonie complète; légère tuméfaction des aryténoïdes et des bandes ventriculaires: cordes vocales rouges, recouvertes d'un mucus très adhérent. La glotte surtout, à sa partie inférieure, est largement ouverte dans la phonation. Au bout de dix jours, la voix résonne quelque peu; au bout de vingt jours, les cordes se rejoignent et après un mois, le malade est complètement guéri. La jaunisse avait commencé à disparaître vers le quinzième jour. (*Deutsch. med. Woch*, n° 6, 21 avril 1887.) N. NATIER.

Un cas d'hémorragie à répétition de la corde vocale gauche.
(*A case of recurring hæmorrhage of the left vocal cord*) par le Dr C.-E. BEAU.

Les hémorragies laryngées sont très rares, il est donc intéressant de rapporter l'observation suivante du Dr C.-E. Beau.

M. A., marchand de tabac, vint me trouver à la fin du mois de mai 1884 pour se faire traiter d'un rhinite hypertrophique et d'une pharyngite glandulaire qui le faisaient souffrir depuis plusieurs années. Le malade était entièrement guéri, et je l'avais perdu de vue depuis trois mois, quand en juillet 1885 il vint de nouveau me consulter pour une aphonie qui était survenue subitement à la suite d'un violent accès de toux. Les deux cordes vocales étaient enflammées. La droite paraissait être la plus malade. Il resta en traitement pendant une huitaine de jours et fut obligé de quitter la ville; à son retour, rien ne paraissait dans son larynx.

En septembre ce malade revient me trouver; depuis deux ou trois jours, il a abusé de sa voix plus que de coutume et, le jour précédent, il a absorbé pendant son travail une grande quantité de poussière qui a déterminé des accès de toux presque continus, il ne souffre pas de la gorge, la voix est voilée et à tout moment il éprouve à la gorge une sensation de corps étranger.

A l'examen la corde gauche est normale, la droite est gonflée et de coloration rouge-sombre (dark-red).

Je pratique des attouchements au nitrate d'argent et fais faire des pulvérisations au sulfate de zinc.

A plusieurs reprises des accidents analogues se produisirent. L'auteur vit une dernière fois ce malade au mois d'août 1886. La corde vocale droite était rouge, pendant la phonation on voyait très nettement le sang infiltré au-dessous de la membrane du revêtement. L'auteur prescrit de l'ergotine et recommande le repos au malade.

La soudaineté des attaques, l'absence de douleur, la coloration particulière de la membrane, et ce fait que la coloration était exclusivement limitée à la corde vocale ne permettent pas de doute sur le diagnostic. (*N.-Y. Med. Journal*, 24 septembre 1887.)

D^r J. CH.

Maladies de l'articulation crico-aryténoïdienne (*Affection of the crico-arytenoid articulation*), par le D^r GEORGE W. MAYOR.

La phtisie laryngée et la syphilis attaquent fort souvent les articulations crico-aryténoïdiennes, mais dans ce mémoire, l'auteur s'occupe spécialement de la luxation, de la dislocation, d'une blessure directe, de l'inflammation aiguë et de l'ankylose de ces articulations.

La luxation peut se produire à la suite de la fermeture subite du larynx lors de la déglutition, lorsqu'une parcelle solide ou liquide a passé ou essayé de passer dans le larynx.

La dislocation des aryténoïdes est très rare, l'auteur en rapporte un exemple, les blessures de l'articulation à la suite d'un traumatisme sont bien plus fréquentes. Quant à l'inflammation aiguë on la rencontre dans les accès de goutte ou de rhumatisme, dans l'amygdalite, dans la rougeole, la scarlatine, etc... L'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne est certainement la plus fréquente des maladies qui peuvent frapper cette articulation, elle peut être produite par un grand nombre d'affections parmi lesquelles on peut citer la périchondrite primitive et secondaire, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la syphilis, etc.; d'après l'auteur le rhumatisme est la cause la plus fréquente d'ankylose. Celle-ci peut être plus ou moins prononcée. (*N.-Y. Med. Journal*, 24 septembre 1887.)

J. CH.

Un cas de rétrécissement congénital du larynx,

par MM. ÉMILE LÉVY et ÉTIENNE.

Il s'agit d'une enfant de 17 mois, présentant une respiration fréquente sans dyspnée en dehors des crises de suffocation ; on perçoit un bruit de cornage constant aux deux temps de la respiration ; les crises d'oppression ont une durée de quelques secondes, elles se montrent après les émotions, les efforts, elles reviennent quatre à cinq fois par jour, elles sont moins fréquentes la nuit. La voix est peu modifiée ; les signes physiques sont négatifs ; l'examen laryngoscopique n'a pu être fait.

L'enfant meurt asphyxiée ; à l'autopsie on trouve de la rougeur et du gonflement des replis aryéno-épiglottiques réduisant très sensiblement les dimensions du vestibule ; cette laryngite oedémateuse est la cause manifeste de la mort.

Quant à la gêne respiratoire permanente, elle était due à l'étroitesse de la fente glottique insuffisamment développée et surtout à la soudure des faces correspondantes de l'espace interaryénoïdien. Non seulement la glotte interligamenteuse, qui ne mesure que quatre millimètres, n'a pas ses dimensions normales, mais la glotte interaryénoïdienne n'existe pas. Le larynx, en dehors de ces dispositions anormales, est bien conformé.

Suivant les auteurs, le rétrécissement était congénital, par arrêt de développement de la glotte ou plus spécialement de la glotte interaryénoïdienne.

Si le rétrécissement est diagnostiqué, les auteurs conseillent de faire la laryngotomie interne cricoïdienne, d'introduire dans le larynx par en haut un tube triangulaire qui restera à demeure pendant quelques jours, puis commencer la dilatation intermittente à des intervalles plus ou moins éloignés, en s'aidant toujours de l'anesthésie chloroformique. (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} août 1887.)

J. JOAL.

De la dilatation des sténoses du larynx.

par le Dr SCHROTTER.

Dans une leçon faite à Vienne, en novembre 86, traduite et publiée par les *Annales de l'oreille*, Schrotter décrit l'opération

qui a pour but de délivrer les malades des canules trachéales qu'ils seraient obligés de garder toute leur vie, si l'on ne pratiquait pas la dilatation du conduit laryngien.

Autrefois le savant professeur faisait pénétrer une sonde à ravers le rétrécissement, espérant qu'à l'aide de cathéters de plus en plus volumineux, il pourrait ramener l'organe à un calibre normal; mais ce procédé était malheureusement peu pratique et bien incommode pour les malades qu'il obligeait à garder la chambre, car ils ne pouvaient circuler au-dehors avec ce tube sortant de la bouche; de plus, pendant les longues heures que le malade était obligé de garder les sondes, l'alimentation n'était pas possible.

Aussi Schrotter a-t-il pris le parti de supprimer la portion du cathéter qui sortait du larynx et de la bouche et de ne conserver que celle qui avait une utilité réelle, c'est-à-dire la portion intra-laryngienne; il a fait construire une petite tige en étain modelée sur la forme de la glotte; il introduit cet instrument dans le larynx au moyen du cathéter et l'assujettit au bas par son extrémité qui penche dans une rainure de la canule; en haut, un double fil de soie l'attache à l'oreille du malade.

Quand la dilatation est effectuée, que la canule est retirée et la place fermée, Schrotter emploie des tubes en caoutchouc durci, l'extrémité inférieure ayant la forme de la glotte et étant percée de trous qui laissent un libre cours à la respiration et aux sécrétions. On introduit ces tubes d'abord tous les jours, puis trois fois par semaine et ainsi de suite, en espaçant de plus en plus le tubage. Les malades peuvent vaquer à leurs occupations. Ils apprennent vite à savoir introduire et placer le tube; au début ils se guident avec l'index gauche, et bientôt la plupart arrivent à placer l'instrument sans l'aide du doigt.

Grâce à ce dernier procédé de dilatation, Schrotter a pu dans certains cas éviter la laryngotomie et empêcher la formation de rétractions cicatricielles.

Cette méthode a donné aussi d'excellents résultats chez deux malades atteints de rhinosclérome. L'hypertrophie du

tissu conjonctif a diminué sous la presssion exercée par le cathéter. L'usage de ces tubes en caoutchouc a été également très utile dans le croup; plusieurs fois la dilatation a préservé de la laryngotomie, mais l'opération n'est pas sans danger dans les cas où le gonflement inflammatoire est très aigu, car au moment où l'on retire l'instrument, une suffocation extrême peut se montrer.

Tous les procédés de dilatation exigent beaucoup de patience de la part de l'opérateur et de l'opéré. Laguérison n'est qu'à ce prix. (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier 87.)

J. JOAL.

Contribution à l'étude de sténoses glottiques chez les tuberculeux, par le Dr TISSIER.

On sait qu'il survient dans certains cas chez les phthisiques pulmonaires, quelquefois même de bonne heure, des troubles de la respiration caractérisés par de la dyspnée pouvant aller jusqu'à l'asphyxie et dont la cause immédiate consiste dans le rapprochement sur la ligne médiane des cordes vocales.

L'auteur se propose de passer en revue les diverses hypothèses reposant sur une lésion nerveuse, qui ont été invoquées pour expliquer cette adduction.

Paralysie des dilatateurs.—Les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sont paralysés, les adducteurs peuvent dès lors exercer leur action sans contre-poids et maintenir les cordes en adduction. La lésion nerveuse est fréquente, qu'elle relève d'une névrite périphérique, qu'elle dépende d'une lésion des ganglions trachéo-laryngiens; d'autre part, dans quelques autopsies, on a trouvé les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs atrophiés, sclérosés, mais ces lésions musculaires sont loin d'être constantes; l'auteur ne les a jamais rencontrées.

Cette théorie n'explique pas les faits où à la paralysie flasque d'une corde a succédé l'adduction au bout d'un temps variable. De plus il est difficile d'admettre une paralysie limitée à un seul muscle, alors que le récurrent énerve aussi bien les adducteurs que les abducteurs.

Cette hypothèse de la paralysie des dilatateurs ne peut

donc s'appliquer qu'à quelques cas, à la périchondrite limitée à la partie postérieure, du cricoïde, par exemple.

Contracture des adducteurs. — Cette théorie, soutenue surtout par Krause, repose sur l'irritation du récurrent, mais pourquoi alors les crico-aryténoïdiens postérieurs sont-ils épargnés ? Aussi Tissier explique la majorité des faits de la façon suivante :

1° Le récurrent est lésé par névrite périphérique ou par compression ganglionnaire ;

2° Mais le récurrent n'est pas un nerf simple, il contient deux ordres de fibres, fibres du nerf vague, fibres du spinal ;

3° La susceptibilité du pneumogastrique est très grande ; mais, comme d'autre part ses filets sont en petite quantité dans le récurrent, que leur excitabilité électrique s'épuise plus vite que celle des filets spinaux, il n'est pas irrationnel d'admettre qu'ils subissent les premiers le contre-coup de la compression ganglionnaire ou de la névrite périphérique, qu'ils soient vite épuisés en un mot, alors que les filets spinaux conservent leur action ;

4° Dès lors l'influence de ces derniers prédomine et cette influence est phonatrice, la glotte sera fermée, les cordes rapprochées.

Il n'y a plus ici à invoquer le fait bizarre de la paralysie de la contracture d'un seul muscle à l'exclusion des autres comme dans les théories précédentes.

Ce n'est pas un muscle, c'est l'appareil laryngien tout entier, c'est la résultante terminale de toutes les actions individuelles des différents muscles qui est en jeu. C'est la prédominance de l'influence vocale sur l'influence respiratoire, du spinal sur le pneumogastrique plus sensible et plus vite lésé.

Cette explication convient, au dire de l'auteur, à la plupart des faits observés. (*Ann. des maladies oreilles*, janvier 1887).

J. JOAL.

Cancer du larynx (*Cancer of the larynx.*) par le Dr H.-A. JOHNSON.

L'auteur rapporte cinq observations de cancer du larynx, toutes chez des hommes dont le plus jeune avait quarante-

cinq ans. Nous nous contenterons de noter les particularités les plus intéressantes présentées par ces cinq malades :

1° Chez trois d'entre eux la tumeur siégeait à droite, dans un cas elle naissait à gauche et aussi, probablement, dans le cinquième cas ;

2° Un seul malade avait des antécédents héréditaires ;

3° Une fois seulement l'affection paraissait secondaire ;

4° Dans un seul cas les lymphatiques du larynx furent infectés ;

5° Une fois seulement on eut à observer une hémorragie notable ;

6° Dans aucun cas il n'y eut de douleurs considérables ;

7° Trois fois la trachéotomie fut faite, elle prolongea la vie du malade de trois, cinq et huit mois. (*The N.-Y. Med. journal*, 24 septembre 1887.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote
(*Behandlung der Lungentuberculose mit creosot*), par le prof. SOMMERBRODT.

Pendant neuf ans l'auteur a traité à peu près 5,000 tuberculeux, par la méthode de Bouchard et Gimbert, préconisée d'abord en France (1877). Ce médicament se trouve en capsules gélatineuses, dont chacune renferme 0,05 de créosote et 0,2 de baume de Tolu ; 1, 2, 3, capsules par jour, immédiatement après les repas ; après une semaine, on donne 4 capsules, plus tard 6 pendant deux mois, plus tard 9 pendant une époque plus ou moins longue ; c'était le seul médicament qui fût employé naturellement avec le régime approprié des phtisiques. L'auteur est très content de son succès. (*Berlin, Klin. Woch.*, 1887, n° 15.) J. JOAL.

Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses, par A.-F.-Paul LECOMTE (1).

C'est par l'étude de l'acide carbonique employé comme véhicule de toutes substances introduites par la voie rectale, que

(1) Paris, imprimerie des Écoles, Henri Jouve, rue Racine, 23.

l'auteur commence son étude des médicaments administrés en injections. Il rappelle les propriétés physiques et anesthésiques de ce gaz ; ce serait à ces dernières que seraient d'après lui, dus les résultats obtenus dans les injections gazeuses rectales. Dans deux observations personnelles, où les malades furent exclusivement traités par l'acide carbonique, on obtint au bout de quelques jours une amélioration notable caractérisée par une diminution de la toux et surtout de l'expectoration, par un sommeil meilleur et par une augmentation de poids. Il signale de même successivement les propriétés diverses du sulfure de carbone, de l'eucalyptus et de l'eucalyptol, de l'hydrogène sulfuré, de la terpine et du terpinol, de l'iodoforme, et fournit des observations, la plupart personnelles, et les autres dues à M. Chantemesse, où on a employé ces divers gaz.

Dans le dernier paragraphe de sa thèse, M. Lecomte donne des indications sur le mode d'administration des injections gazeuses rectales, et, à cet effet, il est amené à fournir la description des deux appareils aujourd'hui employés : celui du Dr V. Morel de Lyon, et celui du Dr Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. Les injections doivent être faites lentement et sans force ; on doit débiter par un litre et plus tard arriver à quatre litres : la médication sera instituée une heure avant le repas ou quatre heures après.

Les conclusions auxquelles s'est arrêté l'auteur, sont les suivantes :

1° Les injections rectales de gaz acide carbonique chargé de principes médicamenteux constituent une bonne méthode thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire, l'asthme, l'emphysème et la bronchite chronique.

2° La plupart des malades retrouvent le sommeil et reprennent l'appétit.

3° L'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré réunis paraissent avoir l'action la plus efficace sur l'amélioration des malades. Le terpinol aurait donné de bons résultats ; ceux fournis par l'iodoforme seraient douteux.

4° L'emploi de l'eucalyptol et de l'eau sulfo-carbonique paraîtrait contre-indiqué. Chez les malades de M. Chantemesse le sulfure de carbone aurait donné de bons résultats.

5° L'acide carbonique pur agit surtout comme anesthésique.

6° L'amélioration produite par les injections gazeuses s'arrête au bout de quelque temps, même si on augmente les doses.

7° Chez tous les tuberculeux, alors même qu'il y a diminution de l'expectoration, on rencontre toujours des bacilles, ce qui laisse des doutes sur l'efficacité antiseptique des médicaments employés (*Thèse de Paris 1886.*) M. NATIER.

Traitement de la phtisie laryngée au moyen du phosphate de chaux, par le Dr RÉTHI, de Francfort-sur-Mein.

La dissolution de phosphate de chaux fut introduite avec un pinceau, ou injectée avec la seringue de Hartewelt; après, on tamponne le larynx avec le gaz à la chaux à l'aide d'un instrument construit dans ce but et qu'on laisse sur place pendant 20 à 25 minutes.

L'effet de ces applications fut éclatant dans les cas moins prononcés, nul dans les cas invétérés; dans ces derniers, le succès fut plus éclatant quand on raclait les ulcérations tuberculeuses d'avance, selon la méthode de Hering.

Un cas d'épithélioma de l'épiglotte extirpé à l'aide d'un épiglotome, (*A case of epithelioma of the epiglottis removed with an epiglottome*), par le Dr ROBERT C. MYLES.

M. D..., âgé de 54 ans, dans le courant de l'été de 1886, vint consulter le Dr Morell-Mackenzie; il souffrait d'une élongation considérable de la luette et d'une congestion générale de la gorge. Le larynx était absolument normal. Le Dr Mackenzie enleva une portion de la luette et, quelques semaines après, la gorge était absolument saine.

Au milieu de novembre 1886, il commença à souffrir de nouveau et consulta son médecin qui examina son larynx et constata une congestion générale de l'organe. Au commencement de 1887, il vit plusieurs spécialistes, et on découvrit

une tumeur de l'épiglotte. Au commencement du mois de mai, il vint de nouveau trouver le docteur Mackenzie qui trouve l'épiglotte envahie dans toutes ses parties, tant à la surface que sur les bords, par des végétations papillaires. Ces tumeurs ne naissent pas simplement de la muqueuse, mais l'épiglotte est absolument déformée et paraît avoir subi la dégénérescence papillomateuse. Une partie de l'épiglotte est enlevée, et l'examen microscopique révèle le caractère cancéreux du néoplasme. Le malade est très menacé et très faible, on est à se demander si l'affaiblissement du malade est dû à la cachexie cancéreuse ou, si elle provient du manque de nourriture, le malade en effet mange peu à cause des douleurs qu'il éprouve à la déglutition.

Ayant vu plusieurs cas de destruction complète de l'épiglotte dans lesquels les malades après la cicatrisation n'éprouvaient aucune gêne, le D^r Mackenzie se décide à enlever complètement l'épiglotte. En conséquence, le 22 juin, après avoir fait plusieurs applications de cocaïne, le D^r Mackenzie opère le malade à l'aide de son épiglotome. Cet instrument ressemble à l'amygdalotome ordinaire, mais recourbé sous un angle convenable.

Le patient placé comme pour l'examen laryngoscopique, le D^r Mackenzie, guidé par le miroir laryngien, plaça l'anneau de l'instrument sur l'épiglotte; laissant alors de côté le miroir, il saisit lui-même la langue du malade tout en pressant l'instrument comme s'il voulait l'attirer vers lui. D'expériences faites par Mackenzie avec un instrument moussé, il résulte que celui-ci glisse toujours si le malade tient de lui-même sa langue.

En somme, il est nécessaire pour l'opérateur de presser fortement l'instrument contre la base de la langue, tandis que en même temps afin d'avoir une résistance suffisante pour obtenir une section bien nette, il tient lui-même la langue de la main gauche et l'attire fortement à lui. L'opération fut faite sans douleur, mais la cocaïne fut largement appliquée sur la surface de la plaie et, une heure après l'opération, quand le sang qui avait été peu abondant eût cessé de couler, on

appliqua sur la surface de section de la morphine en poudre.

Le malade passa une bonne nuit et, le lendemain, il pouvait avaler facilement les solides, mais les liquides passaient dans le larynx et déterminaient des accès de toux. Trois jours après il avalait tout aussi bien qu'avant l'opération. Le 27 juin il écrivait la lettre suivante :

« Cher Dr Mackenzie, je crois que ma gorge est tout à fait bien et j'avale sans douleur et plus facilement qu'avant l'opération. La toux me fatigue encore, surtout pendant la nuit, mais même de ce côté il y a de l'amélioration. »

Cette observation nous a paru intéressante, c'est la raison pour laquelle nous ne nous sommes pas bornés à une simple analyse, nous l'avons traduite textuellement. (*New-Orléans, Med. and Surg. Journal*, oct. 1887.) Dr J. CH.

Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx (*Crico trachéotomie sans canule*), par le Dr J. FORT.

Cette opération est, d'après l'auteur, surtout destinée à l'extraction de tumeurs non malignes plus ou moins pédiculées, situées au-dessous des cordes vocales inférieures et ne pouvant être extraites par la voie bucco-pharyngo-laryngée. Elle convient, suivant Fort, aux tumeurs polypeuses ou autres non malignes, ayant un volume assez grand pour ne pouvoir être extraites par la voie ordinaire, aux tumeurs siégeant sur des malades ne pouvant habituer leur gorge au contact d'instruments et dans d'autres cas encore.

Il pratique en quatre temps l'incision de la peau et des couches sous-jacentes, puis ouvre le cricoïde et la trachée, et à travers l'ouverture enlève la tumeur avec une pince et cautérise la surface d'implantation. Fort a traité avec succès deux malades ayant des tumeurs pédiculées au-dessous des cordes vocales.

Nous ne saurions approuver la manière de faire de l'auteur. Il nous semble préférable d'extirper la tumeur pédiculée par la voie bucco-laryngée. L'opération n'expose pas le malade aux dangers de la trachéotomie ; elle est assez simple pour un spécialiste rompu au maniement des instruments laryngés.

Dans les deux cas cités par Fort, les tumeurs de la grosseur d'une petite noix ou d'un haricot auraient pu passer par l'ouverture glottique et être extraites au moyen d'une pince à polypes; en tout cas il eût été convenable de faire des tentatives dans ce sens.

Quant aux malades qui ne peuvent habituer leur gorge au contact d'instruments, ils ne sont pas communs; car avec de la patience et de la volonté on triomphe de bien des indociles et des pusillanimes, surtout depuis l'emploi de la cocaïne. En somme, nous ne saurions recommander la pratique du docteur V. Fort. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 août 87.)

V. JOAL.

Accident de pompage stomacal. Introduction du tube dans les voies aériennes, par le Dr Couëtoux, de Nantes.

M. Couëtoux désirant pratiquer le pompage de l'estomac chez une malade, fut surpris de voir après introduction du tube que celui-ci ne s'amorçait pas. Pensant alors qu'une parcelle alimentaire devait boucher le tube, il eut l'idée de la refouler à l'aide d'un vigoureux coup de soufflet. Mais quelle ne fut pas sa surprise de voir aussitôt sa malade devenir violette et s'affaïsser sur la chaise. Il comprit alors qu'il avait fait fausse route et que son tube avait pénétré non dans l'oesophage, mais bien dans la trachée. La malade ne tarda pas à reprendre connaissance.

Ce petit accident lui inspire les réflexions suivantes au point de vue du pompage : faire prononcer quelques mots au malade avant de verser le liquide, et ne pas amorcer de suite le tube avec du liquide.

De plus l'innocuité du coup de soufflet dans la circonstance lui paraît de nature à tranquilliser l'opérateur qui, dans un cas de tubage du larynx, voudrait aspirer et refouler les membranes, au moyen d'une sonde urétrale introduite dans le tube, ou par tout autre moyen de ce genre. Nous ajouterons cependant qu'à notre avis nous éprouverions quelque répugnance à refouler dans les bronches, tout comme un simple courant d'air, des fausses membranes parfois

épaisses et nombreuses. (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 7, juillet 1887.) M. NATIER.

Coquillage enlevé du larynx après la trachéotomie (*Coklebur removed by tracheotomy from the larynx*), par le Dr THOMPSON.

W. D., âgé de seize ans, avait dans sa bouche le corps étranger qui passa dans son larynx à la suite d'une forte inspiration nécessitée par un exercice violent auquel il se livrait. Il est pris aussitôt d'un violent accès de toux avec expectoration sanglante, aphonie et dyspnée. La trachéotomie dut être faite. Le corps étranger fut ensuite extrait de la façon suivante ; ayant mis le doigt dans le larynx, l'opérateur sentit facilement le corps logé probablement dans le ventricule gauche ; il introduisit alors par la plaie trachéale une pince recourbée et réussit à le déloger puis à l'extraire par la bouche à l'aide du doigt. (*The Journ. of The Amer. med. Assoc.*, 1^{er} octobre 1887.) Dr J. CH.

Adénopathie cervico-trachéo-bronchique. Perforation de l'œsophage et de la trachée. Septicémie intestinale. Pneumonie grise dans les lobes inférieures des deux poumons, par le Dr HANOT.

Observation d'un sujet âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une adénopathie cervico-trachéo-bronchique.

A l'autopsie, on trouve au niveau de la perforation l'œsophage et la trachée en rapport avec des ganglions suppurés, de telle sorte que la perforation s'ouvrait littéralement dans une caverne ganglionnaire remplie de liquide putride séropurulent.

Une diarrhée incoercible et deux foyers de pneumonie grise sont rattachés au passage des matières putrides dans l'intestin et les alvéoles pulmonaires. (*Archives générales de Médecine*, septembre 87.) J. JOAL.

Les adénopathies trachéo-bronchiques, leçon clinique de M. le Professeur GRANCHER.

Chez un enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse impliquant une tuberculose pulmonaire et une

broncho-pneumonie tuberculeuse de la base gauche, M. Grancher fait remarquer le type respiratoire. Il est caractérisé par l'allongement considérable de l'inspiration et surtout de l'expiration. Au lieu de la sensation d'une bonne et franche expansion thoracique accomplie en un seul temps par l'inspiration on perçoit par la main, l'œil et l'oreille, une sorte de mouvement ondulatoire dû à ce que l'entrée et la sortie de l'air se font en plusieurs temps.

Chez ce malade on observait plus ou moins accusés les principaux symptômes de compression des vaisseaux, des nerfs et des voies aériennes qui permettent de faire le diagnostic de l'affection.

Le professeur cite ensuite plusieurs types curieux d'adénopathie: un enfant atteint de tuberculose du sommet meurt de broncho-pneumonie des bases; à l'autopsie on trouve le pneumo-gastrique gauche comprimé par des ganglions caseux. Cette compression a-t-elle joué un rôle dans la production des lésions inflammatoires du poumon, Grancher est porté à le croire.

Il y a des adénopathies sans symptômes fonctionnels, certains cas simulent l'asthme, d'autres fois le cornage laryngien est le seul symptôme; chez des malades la dysphonie et la raucité de la voix sont seules à révéler l'affection.

Enfin dans certains cas l'affaiblissement unilatéral de la respiration est le seul signe d'adénopathie; c'est là un signe qui n'a pas été signalé par les auteurs et sur lequel Grancher attire spécialement l'attention. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1887.) J. JOAL.

Chloroforme et trachéotomie, par le Dr ST-GERMAIN.

M. Saint-Germain dit qu'il n'a jamais administré, ni vu administrer le chloroforme dans la trachéotomie. Chez l'adulte il a toujours été étonné du calme presque absolu des malades, pendant l'opération pratiquée au bistouri; les malades déclarent que la souffrance est bien moins grande que pour l'ouverture d'un abcès, l'avulsion d'une dent.

Chez les enfants l'opération se fait à la période asphyxique,

et alors l'enfant est absolument anesthésié; si l'on opère un petit malade non asphyxiant et par suite sentant et se défendant vigoureusement, le chloroforme paraît devoir rendre des services.

Avec le chloroforme, le chirurgien a le devoir absolu de pratiquer la trachéotomie par le procédé de Trousseau, le seul qui permette de découvrir largement la trachée et de ne l'inciser que lorsque la plaie est étanche.

Quand il pratique l'opération, Saint-Germain dit aux parents : « L'enfant que nous avons sous les yeux est irrévocablement perdu si on ne l'opère; l'opération lui donne une chance sur cinq de guérison, il y a donc lieu de la pratiquer sans tarder. Je dois cependant vous avertir qu'elle est pleine de périls, que l'enfant peut succomber entre nos mains. Quel que soit le danger, je n'hésiterais pas à opérer mon propre enfant s'il se trouvait dans le même état que celui-ci. Décidez-vous pour ou contre l'opération. »

Les parents n'hésitent pas en pareille circonstance; mais le chirurgien pourra-t-il parler avec la même autorité quand sa responsabilité opératoire sera doublée de celle qu'entraîne l'administration du chloroforme? (*Bulletin Médical et Tribune Médicale*, 14 août 87.)

J. JOAL.

Tubage du larynx (*Intubation of the larynx*). par le Dr F.-E. WAXHAM.

L'auteur, d'après la méthode du Dr O'Dwyer, a pratiqué le tubage du larynx dans cent trente-six cas; il a obtenu trente-sept guérisons. Le tableau suivant donne l'âge du malade et le nombre de succès obtenus :

| 5 cas avec 1 guérison ou 20 pour cent au-dessous d'un an. | | | | De un à 2 ans. | |
|---|---|---|---|----------------|---|
| 13 | — | 3 | — | 20 | — |
| 29 | — | 7 | — | 24 | — |
| 23 | — | 4 | — | 21 | — |
| 21 | — | 7 | — | 33 | — |
| 15 | — | 7 | — | 46 | — |
| 3 | — | 1 | — | 33 | — |
| 9 | — | 2 | — | 22 | — |
| 4 | — | 2 | — | 30 | — |
| 2 | — | 2 | — | 100 | — |
| 2 | — | 0 | — | 00 | — |
| 1 | — | 0 | — | 00 | — |
| 7 | — | 0 | — | 00 | — |

Le plus jeune des malades guéris était un enfant de neuf

mois, le plus âgé avait neuf ans. Ces résultats, dit l'auteur, sont supérieurs à ceux fournis par la trachéotomie. (*The Journ. of the Amer. Med. assoc.*, 30 juillet 1887.)

Trois cas de tubage du larynx (*Three cases of intubation of the larynx*), par les Drs SHINGLETON SMITH et WALDO.

Sur ces trois cas de tubage du larynx chez des enfants de deux, trois et cinq ans on obtint deux guérisons et un décès. Dans le troisième cas le malade, pendant un accès de toux, avala le tube qui fut retrouvé dans le cœcum. (*The Lancet*, 18 juin 1887). Dr J. CH.

Un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides,
par le Dr DESCROIZILLES.

A propos d'un jeune malade de six ans, opéré et guéri, dont il relate l'observation, Descroizilles dit qu'il est bien rare que l'on fasse maintenant la trachéotomie à l'aide des procédés lents, encore décrits dans les traités classiques. Il emploie le procédé de Saint-Germain en un temps, en le modifiant légèrement. Il n'applique pas la main gauche sur le cou de l'enfant, car par cette manœuvre on augmente souvent la gêne respiratoire du malade, et il fait l'ouverture de la trachée en deux temps qui se succèdent très promptement. (*Archives de tocologie*, janvier 87.) V. JOAL.

VARIA

Observation d'un cas de Cysto-Sarcome de la parotide,
par le Dr SCHEFFER.

Il s'agit dans cette observation d'une femme âgée de soixante-seize ans, d'une constitution relativement forte encore. Elle portait une tumeur du cou dont l'apparition remontait à une trentaine d'années. Restée tout le temps indolente, cette tumeur fut, il y a six mois, ponctionnée une première fois; il s'en écoula une assez grande quantité de liquide qui fut suivie d'un soulagement immédiat. Nouvelle

ponction il y a trois mois, mais apparition alors de douleurs sourdes, puis lancinantes qui déterminent la malade à recourir à une opération plus radicale.

La région parotidienne, depuis le canal auditif, et la région sous-maxillaire sont totalement occupées par une tumeur du volume d'une forte noix de coco, composée de deux lobes dont l'inférieur présente une fluctuation nette, dont le supérieur est au contraire élastique en un point, solide et dur en un autre. La peau est amincie, mais non adhérente.

Pas de gêne de la déglutition, ni de la respiration.

On hésite entre une tumeur parotidienne et un kyste du cou.

L'extirpation de la tumeur ayant été résolue, elle est pratiquée au moyen de deux incisions curvilignes circonscrivant cette tumeur. L'énucléation se fait assez facilement, excepté au niveau de la région parotidienne où l'énucléation donne lieu à un écoulement de sang assez abondant. Pendant le cours de l'opération, le nerf facial et la transverse de la face ont été sectionnés. Reste dans la profondeur du creux parotidien un prolongement kystique serré derrière le feuillet postérieur de l'aponévrose superficielle. Son énucléation se fait aisément et sans hémorragie. Suture de la plaie, dans laquelle sont placés deux drains; cinq jours après enlèvement des sutures, guérison *per primam*. La malade rentre chez elle complètement guérie et ne gardant que de la paralysie faciale.

L'examen de la tumeur pratiquée par le professeur Recklinghausen a montré qu'il s'agissait d'un sarcome multiloculaire de la glande parotide, dont les parois des kystes de la partie la plus épaisse sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques.

L'auteur de cette observation s'attache à démontrer la rareté des cysto-sarcomes de la parotide et l'intérêt offert dans le cas particulier par un développement aussi tardif. Il a soin de noter encore la bénignité des suites opératoires (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 2, 1^{er} fév. 1887). M. NATIER.

Des tumeurs ganglionnaires du cou, par le Dr POLOSSON.

Les tumeurs primitives des ganglions du cou sont toujours malignes, ce sont des cancers ; elles appartiennent à la classe des lymphadénomes et sont constituées par l'hyperplasie des éléments normaux du ganglion, tissu réticulé et cellules lymphatiques. Le lymphadénome chirurgical du cou qui évolue à la manière des sarcomes, doit être distingué du lymphadénome médical, ce dernier n'étant qu'un épisode de l'adénie ou de la leucocythémie.

Dans la forme chirurgicale un ou plusieurs ganglions deviennent le siège d'un travail hypertrophique, il se forme une tumeur volumineuse qui ne tarde pas à refouler et comprimer les organes du cou. Cette tumeur a une consistance ferme et uniforme au début, plus tard certains points présentent de la mollesse que l'on peut prendre pour de la fluctuation. La peau n'est jamais envahie, ce n'est qu'à la dernière période que par une trop grande distension elle s'ulcère. La mort arrive par la cachexie du sujet.

Le lymphadénome se distingue des autres tumeurs ganglionnaires du cou par son unilatéralité, son indolence au début, sa marche progressive sans tendance inflammatoire, et par l'inefficacité du traitement ; cependant l'état général est bien, le sang normal, les autres ganglions intacts ; on devra extirper la tumeur ainsi localisée. (*Province Médicale*, août 1887.)

J. JOAL.

NOUVELLES

Le *Centralblatt fur Laryngologia*, dirigé par M. le Dr Semon, de Londres, a entrepris des recherches concernant la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes après les opérations endo-laryngées. A cet effet, un formulaire imprimé a été adressé à tous les spécialistes connus, et nous ne saurions trop engager nos confrères à remplir cette feuille de renseignements destinée à fournir des matériaux importants sur cette question, aujourd'hui à l'ordre du jour.

Pour toute demande de renseignements, s'adresser soit au bureau de la *Revue*, soit directement à M. le Dr Semon, 39, Wimpole street, à Londres.

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