

Bibliothèque numérique

medic@

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

Vol 8, n° 7, p. 377 à 440. - Paris : Doin, 1888.

Cote : Académie nationale de Médecine: 91320



Exemplaire de l'Académie nationale de Médecine
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91487x1888x07>

DES CÉPHALÉES DE CROISSANCE

Par le Dr JOAL (1).

En 1883, le Dr René Blache a étudié dans un intéressant mémoire qui a pour titre *des Céphalalgies de croissance* un état pathologique dont il est tenté de faire une entité morbide, et qui se manifeste au moment de la puberté.

Cette affection propre à l'adolescence a pour caractères principaux un mal de tête persistant, le plus souvent limité à la région frontale, une inaptitude au travail, un certain degré de paresse cérébrale et une irritabilité nerveuse se traduisant par de la tristesse ou de la colère; les malades sont en outre sujets à des vertiges, des cauchemars, des illusions sensorielles, des lipothymies, de l'agitation pendant le sommeil.

Ces phénomènes pathologiques ont d'abord été mis sur le compte de la pléthore ou de l'anémie. Blache cherche une autre interprétation des faits, et il pense que la douleur de tête, qui est le symptôme prédominant de l'affection, peut trouver son origine dans la disproportion entre l'action cérébrale et l'effort de l'intelligence. « Ce n'est, dit-il, que par la réunion de différents éléments, troubles nerveux, troubles circulatoires, efforts intellectuels, insuffisance d'aération pendant cette période de l'adolescence où le développement physique se complique de la période de puberté, qu'on peut entrevoir les causes de cette maladie que j'ai cru pouvoir désigner sous le nom de *céphalalgies de croissance*. »

Un élève de Charcot, le Dr Keller, publie, quelques mois après Blache, un travail sur le même sujet : il rapporte plusieurs cas de *céphalées de l'adolescence* et attribue ces symptômes à une névrose douloureuse du cerveau.

Ces différentes théories pathogéniques furent aussitôt combattues par les médecins oculistes, qui réclamèrent

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 30 avril 1888.

comme étant de leur ressort certaines céphalalgies des adolescents ayant une origine oculaire. « La plupart de ces troubles nerveux, dit le Dr Maurice Perrin, sont dus à cette époque de la vie à des anomalies de la réfraction de l'œil; les douleurs de tête sont si fréquemment occasionnées par l'asthénopie qu'il est indispensable, dans tous les cas, de s'assurer d'abord si cette cause n'intervient pas avant de mettre en avant l'état de santé générale comme on le fait trop souvent. »

Mais, de même que les affections de l'œil, les maladies de la muqueuse nasale déterminent fréquemment par action réflexe des douleurs de tête; il était donc naturel de penser que certaines céphalalgies de croissance pouvaient bien n'être que de simples névralgies d'origine nasale. Aussi, dès 1883, Hack dans son ouvrage si remarquable écrit les lignes suivantes: « Charcot a récemment » attiré l'attention sur la fréquence des maux de tête au » moment de la puberté et a insisté en outre sur ce point » que le mal essentiellement rebelle a son siège au front, » ce que mes propres observations ont confirmé. Je ne » puis me soustraire à l'idée que dans les cas signalés » par Charcot, il ne se soit pas trouvé quelques malades » atteints d'affections du nez, mais dont les symptômes » locaux étaient si peu prononcés que l'on ne songea pas » à procéder à l'examen de la cavité nasale. Mon expérience me fait admettre d'une façon indubitable qu'après » une constatation formelle de l'état des narines une » intervention opératoire aurait produit des résultats plus » prompts que l'hydrothérapie préconisée par Charcot. » Je considère ce point comme tellement important que » je désire vivement le voir devenir l'objet d'une étude » approfondie. »

Ruault émet la même opinion, et il ajoute qu'il a observé une jeune fille atteinte de céphalée de croissance, sans hypertrophie cardiaque, et chez qui, à plusieurs reprises, lorsqu'elle souffrait de la tête, il a pu constater un gonflement très marqué de la muqueuse du

nez, alors que cette muqueuse reprenait l'apparence normale, lorsqu'il n'y avait pas de céphalalgie.

Nous soutenons les mêmes idées; notre conviction repose sur l'observation des deux faits qui suivent :

Obs. I. — En septembre 1887, un jeune homme de quinze ans nous est conduit par son père, de tempérament arthritique et atteint de dyspnée asthmatique; la mère est rhumatisante. Ce garçon a toutes les apparences d'une bonne santé; il a beaucoup grandi dans les derniers temps, sa voix est encore dans la période de la mue.

Depuis plus d'un an, il se plaint d'une douleur de tête d'ordinaire vague et diffuse, mais se manifestant parfois avec une certaine acuité par élancements douloureux qui siègent surtout à la région frontale. La céphalalgie est presque continue, elle empêche le malade de travailler; aussi les études ont dû être interrompues; différents traitements ont été essayés, les toniques, les anti-spasmodiques ont été administrés, l'hydrothérapie n'a donné aucun résultat appréciable.

Le jeune homme est devenu très irritable, il pleure aussi facilement qu'une fillette; la nuit il a des cauchemars, son sommeil est souvent agité; il a quelques boutons d'acné sur le visage; il est sujet aux vertiges; enfin il sent parfois des palpitations cardiaques. Ces derniers symptômes nous font penser à une névrose d'origine nasale.

Nous interrogeons en conséquence le malade qui nous dit avoir fréquemment de la sécheresse dans le nez; il a de la gêne dans la respiration nasale; il doit repousser violemment l'air expiré; enfin il est sujet aux éternuements violents et répétés.

A l'examen rhinoscopique, nous trouvons la pituitaire légèrement colorée mais très tuméfiée à la partie antérieure du cornet inférieur droit; à gauche, le gonflement est moindre. Nous touchons le cornet inférieur droit avec une sonde, et aussitôt le malade éternue violemment, ses yeux pleurent, et il ressent un élancement dans la région frontale. Nous recommandons au malade, afin de compléter notre diagnostic,

de venir nous voir lorsque la douleur de tête sera violente ; à ce moment nous constatons une tuméfaction plus prononcée de la pituitaire, qui recouvre le cornet inférieur droit ; nous appliquons des tampons de glycérine cocaïnée au dixième, et la céphalalgie diminue rapidement.

Rien au pharynx ni dans l'arrière-cavité nasale. Le malade ne se plaint pas de l'estomac. Rien au cœur. Du côté de l'œil, pas de trouble de l'accommodation. L'influence de l'onanisme paraît devoir être négligée. Nous proposons l'emploi du galvano-cautère qui est repoussé.

Nous voyons le malade en octobre et en novembre, les applications de cocaïne le soulagent au moment des crises violentes.

Au commencement de décembre, les douleurs de tête deviennent très intenses ; la peau du nez est rouge ; celle du front est le siège d'une éruption acnéique : la rougeur et la tuméfaction de la pituitaire sont plus marquées surtout du côté droit. Nous ne savons comment expliquer la recrudescence des accidents lorsque nous apprenons que depuis deux jours le jeune homme ressent à la verge de vives démangeaisons qui donnent lieu à de fréquentes érections ; nous constatons un herpès préputial, et, chose importante, nous faisons dire au malade que huit mois auparavant la céphalalgie avait été plus violente pendant quelques jours, alors que des démangeaisons semblables accompagnées d'érections se faisaient sentir à la verge.

Les douleurs de tête deviennent moins fortes aussitôt que s'amendent les symptômes génitaux.

En janvier nous traitons le malade par le galvano-cautère ; les céphalalgies ont augmenté momentanément, mais depuis le jeune homme est débarrassé de ses douleurs de tête.

OBS. II.—M^{lle} X... est une fillette de quatorze ans que nous avons soignée, il y a six ans, au Mont-Dore, pour une adénopathie bronchique consécutive à la rougeole. Son père est un solide Auvergnat qui n'a jamais été malade ; sa mère est arthritique et asthmatique ; elle a un frère aîné qui a eu de légers accès dyspnéiques.

Nous voyons cette jeune fille au mois de février et apprenons que depuis plus d'un an elle est prise tous les quatre ou cinq jours de vertiges ordinairement peu prononcés mais qui cependant deux fois ont été suivis de chute; il y a, en plus, des troubles de la vue, mouches volantes, et des douleurs de tête siégeant à la région frontale et le plus souvent assez vives pour nécessiter le séjour au lit pendant des journées entières; au moment des fortes crises, il y a des nausées et des vomissements.

Cette malade autrefois studieuse ne peut plus se livrer à l'étude, ses parents ont dû la retirer de pension et lui donner une institutrice particulière.

Le médecin, traitant, a mis tous ces phénomènes sur le compte d'une affection de l'estomac, et la jeune fille est légèrement débilitée par le régime sévère qu'elle a dû suivre; elle a été longtemps soumise à l'usage du lait et des alcalins. Le père nous dit spontanément que les douleurs de tête diminuent par l'emploi de la glace sur le front et à la racine du nez. Il y a en outre de véritables crises d'éternuements qui paraissent toutefois peu fréquemment. De temps à autre enchifrènement peu marqué.

Lorsque nous voyons la malade, elle souffre légèrement de la tête; l'examen rhinoscopique nous montre une pituitaire de coloration presque normale mais fortement tuméfiée, au point que la muqueuse du cornet inférieur droit touche presque la cloison; à gauche, la membrane est moins gonflée; nous appliquons un tampon de glycérine cocaïnée sur le cornet droit; la douleur de tête qui avait augmenté pendant notre examen cesse rapidement, en même temps que diminue notablement la turgescence de la pituitaire. Le moyen employé par la suite calme la malade.

La jeune fille est réglée depuis sept mois, le sang est peu abondant; les époques sont précédées d'une grande sensibilité à la région abdominale et de douleurs assez fortes dans les reins. En outre, au moment des règles, les céphalalgies sont plus violentes et ont une durée plus grande. Nous examinons la malade pendant une période menstruelle et constatons une

tuméfaction telle de la pituitaire droite que, suivant la méthode de William Glasgow, nous faisons une saignée locale, avec une forte aiguille; quelques gouttes de sang coulent du nez et la céphalalgie cesse bientôt et ne reparaît pas depuis plusieurs jours.

Nous avons conseillé un traitement par le galvano-cautère; jusqu'à ce jour notre conseil n'a pas été suivi.

Ajoutons que l'estomac et le cœur nous ont paru en bon état. Nous n'avons pu pratiquer la rhinoscopie postérieure, mais le naso-pharynx nous a semblé indemne. Pas d'asthénopie, pas d'habitudes vicieuses.

Notre but, en rapportant ces deux observations n'est pas seulement de montrer que certaines céphalalgies de l'adolescence ont une origine nasale, ce qui ressort nettement, dans les deux faits précédents, des résultats obtenus par le traitement dirigé du côté de la pituitaire; nous voulons surtout mettre en relief l'influence de l'irritation de l'appareil génital sur le développement de ces céphalalgies. Nous avons vu en effet dans le premier cas les douleurs de tête devenir plus intenses à deux reprises différentes, alors que paraissait un herpès préputial déterminant de fréquentes érections; dans la deuxième observation, la céphalalgie était plus forte et de durée plus grande au moment de la période menstruelle. Faut-il voir dans le rapprochement de ces manifestations nasales et génitales une rencontre fortuite, une pure coïncidence? Nous ne le pensons pas. Nous croyons plus rationnel d'expliquer la concomitance des phénomènes observés par les relations physiologiques qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur. Nous estimons que nos deux faits viennent témoigner en faveur de la doctrine soutenue en 1884 par John Mackenzie dans son remarquable travail sur « l'excitation de l'appareil sexuel considérée comme facteur dans la production des maladies du nez », doctrine qui a été depuis défendue par Isch Wall, Arviset et par nous-même.

Dans un récent mémoire sur l'Epistaxis, nous avons signalé l'influence de l'odorat chez l'homme et les animaux sur les fonctions génératrices, nous avons montré que l'acte génital ou la congestion menstruelle déterminent la turgescence du tissu érectile des cornets, nous avons noté le retentissement des affections des organes génitaux sur les maladies du nez; enfin, en nous appuyant sur six observations concluantes, nous avons cherché à établir que les épistaxis essentielles de la puberté étaient dans certains cas occasionnées par la masturbation.

Bien que dans les deux faits rapportés l'onanisme ne puisse être mis en cause, ne peut-on pas se demander si, comme les épistaxis de l'adolescence, les céphalalgies ne sont pas parfois la conséquence d'habitudes vicieuses? Nous inclinons à le croire et nous nous proposons de faire des recherches sur ce point. Bien plus, nous pensons qu'à défaut de la masturbation ou d'une maladie de l'appareil génital les céphalées nasales des jeunes gens peuvent résulter de l'irritation physiologique des organes sexuels qui caractérise la puberté. C'est à cet âge que commence pour les individus la vie génitale, que se développent les organes de la génération, que s'éveillent les fonctions procréatrices, d'où une excitation physiologique de l'appareil reproducteur, excitation suffisante pour provoquer par action réflexe la turgescence des corps caverneux du nez et, consécutivement, la céphalalgie. Tel est le mécanisme suivant lequel doivent se produire les céphalées nasales de l'adolescence, et nous espérons que la justesse de nos vues apparaîtra à ceux de nos confrères qui dirigeront de ce côté leurs investigations.

ÉPILEPSIE D'OREILLE COMPARÉE AUX AUTRES ÉPILEPSIES

Par le Dr BOUCHERON (1).

Nous avons à plusieurs reprises (2) signalé des faits d'épilepsie, procédant de troubles auriculaires, et nous avons insisté plus particulièrement sur les épilepsies ayant pour cause *une excitation*, isolée ou à peu près isolée, *du nerf acoustique*.

Nous avons attribué cette excitation du nerf acoustique à la compression labyrinthique (otopiésis), consécutive au vide, plus ou moins complet, de la caisse tympanique, vide produit par l'absorption de l'air de la caisse, lors des obstructions de la trompe.

Les insufflations d'air dans la caisse tympanique, remédiant au vide, font cesser la compression labyrinthique, l'excitation du nerf acoustique et les phénomènes épileptiques qui en résultent.

Dans les faits que nous avons rapportés, nous avons constaté, habituellement, un trouble de l'ouïe, en rapport avec la compression labyrinthique et coïncidant avec l'attaque épileptique, ce qui facilitait le diagnostic de la cause auriculaire de l'épilepsie.

Mais il arrive parfois que la surdité est très faible encore au début, et qu'elle est intermittente, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile.

Tel est, par exemple, le cas d'un jeune homme (3) atteint de crises épileptiques, parfois considérables et prolongées, qui n'avait de bourdonnement, d'assourdis-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

(2) BOUCHERON, Surdi-mutité par otopiésis (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*). — Académie des Sciences, 1885. Épilepsie d'origine auriculaire. — Académie des Sciences 1887. Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition.

(3) Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 14 nov. 1887. — Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition. (BOUCHERON).

sement que peu de temps avant la crise épileptique, mais qui toujours avait à ce moment une obstruction des trompes d'Eustache, obstruction intermittente mais suffisante pour produire le vide de la caisse, la compression labyrinthique et l'épilepsie. L'attaque épileptique était prévenue ou arrêtée, quand l'insufflation d'air pouvait être faite dans la caisse.

La maladie d'oreille était ici au minimum, aussi a-t-elle pu être guérie, et l'épilepsie a disparu.

Les épilepsies d'oreille par excitation du nerf acoustique seul se trouvent chez les adultes, et aussi chez les enfants, et également chez les jeunes sourds-muets au moment où évolue l'affection otopéiétique qui produit leur surdité (1).

M. Noquet, de Lille, a aussi observé, après nous, un fait (2), dans lequel le traitement d'une surdité moyenne, avec bourdonnement, par les insufflations d'air, a produit, en même temps, la guérison d'attaques d'épilepsie. Elles étaient répétées, et considérées comme assez graves, pour avoir fait exclure le malade d'une administration de chemins de fer.

L'épilepsie acoustique proprement dite, par excitation du nerf acoustique, est donc hors de doute.

Depuis fort longtemps, l'épilepsie par lésions grossières de l'oreille a été constatée, ainsi que sa guérison, quand cette lésion de l'oreille était possible.

Ainsi donc l'épilepsie d'oreille est assez fréquente, elle coexiste avec des lésions grossières ou légères qui excitent les nerfs auriculaires.

Maintenant la question suivante se pose : quelles sont les relations de ces épilepsies d'oreille avec les autres épilepsies anciennement connues, et les épilepsies microbiennes, plus récemment étudiées par M. Marie, l'année

(1) BOUCHERON, Surdi-mutité par otopéiétisme. (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*).

(2) NOQUET, Société Française d'Otologie, 1886.

dernière (1), et M. Lemoine, de Lille, dans le *Progrès médical* de cette année (2)?

Si je me fais une idée bien nette de l'épilepsie, il faut, selon moi, concevoir les choses de cette manière.

Il y a un appareil épileptogène dont le centre est le bulbe rachidien, dont les afférents sont tous les nerfs centripètes au bulbe : le trijumeau, l'auditif, le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, puis l'optique et l'olfactif; les organes cérébraux, cortico-bulbaires; en troisième lieu, les nerfs médullaires.

Toutes les excitations capables de produire une mise en train de l'appareil épileptogène déterminent une crise épileptique.

Pour l'épilepsie de Brown-Séquard, l'épilepsie du trijumeau, l'excitation du trijumeau au point d'élection (zone épileptogène) produit une excitation du centre épileptogène, le bulbe, d'où partent toutes les irradiations inhibitrices, excitatrices vers le cerveau, le cervelet (trouble d'équilibre) et les centres moteurs bulbo-médullaires, les centres vaso-constricteurs, etc., etc.

L'accès épileptique a éclaté.

Dans notre épilepsie d'oreille, épilepsie par excitation du nerf acoustique, dans l'excès de pression labyrinthique (otopriésis), l'excitation est transmise par le nerf acoustique au centre épileptogène bulbaire.

Il produit exactement tous les phénomènes épileptiques : inhibitions cérébrales, vertige, convulsions, stertor, etc., etc.

L'accès d'épilepsie d'origine acoustique est identique à l'accès d'épilepsie du trijumeau, car c'est toujours le même et unique appareil épileptogène qui est mis en mouvement par une excitation sensitive; seulement dans un cas elle vient du nerf acoustique, dans l'autre du nerf trijumeau.

Mêmes considérations à formuler pour l'épilepsie du

(1) MARIE, *Progrès médical*, 1887.

(2) LEMOINE, Pathogénie de l'épilepsie, 1888. (*Progrès médical*.)

pneumo-gastrique, que l'agent d'excitations soit un ver intestinal, une colique hépatique, une colique néphrétique, spermatique, etc., etc., que l'excitation provienne du tube intestinal et annexes, de l'appareil cardiaque-pulmonaire et pleural (injection dans la plèvre, pneumothorax, toux du pneumo-gastrique, etc., excitations laryngées).

Même interprétation pour les excitations du glosso-pharyngien, dans ses distributions à la gorge, au nez, à l'oreille.

C'est encore la même chose pour les excitations complexes de la caisse du tympan et environs, où tous les nerfs sensitifs bulbaires ont des rameaux.

L'excitation transmise au centre épileptogène bulbaire met en jeu cet appareil épileptogène et la crise épileptique éclate.

C'est toujours la même chose quand ce sont les nerfs optiques, olfactifs, ou les nerfs des membres qui transportent l'excitation au centre épileptogène.

Ceci dit pour les excitations parties des nerfs sensitifs périphériques, nous pouvons également le répéter pour l'appareil cérébral cortico-bulbaire.

Une tumeur se développe dans la région corticale des circonvolutions temporales (obs. de M. Rousseau, médecin de l'asile d'Auxerre); une épilepsie se produit identique aux épilepsies classiques, avec des hallucinations de l'ouïe. C'est seulement à l'autopsie que la cause épileptogène, la tumeur, a été découverte.

L'excitation partie des éléments nerveux atteints par le néoplasme est transmise à l'appareil central épileptogène, le bulbe, et les accès épileptiques éclatent toujours avec la même physionomie que d'ordinaire, puisque c'est toujours le même appareil épileptogène qui est mis en jeu.

Les lésions de la circonvolution de l'hippocampe signalées jadis comme fréquentes dans l'épilepsie agissent de même. Qu'une blessure du crâne intéresse les méninges et

la substance nerveuse, écorce et fibres blanches sous-jacentes, la cicatrice ultérieure excite par tractions les éléments nerveux adjacents qui transmettent au centre épileptogène l'excitation qui va développer l'accès épileptique.

Une gomme du cerveau, la cicatrice de ce syphilome agiront dans le même sens.

Une lésion primitive ou cicatricielle de l'écorce cérébrale ou des fibres blanches de cause quelconque auront la même action, qu'il s'agisse d'un foyer microbien, syphilitique, paludéen, tuberculeux, micrococvien quelconque.

A ces épilepsies par excitations grossières s'ajoutent les épilepsies par excitations cérébrales, émotives par peur, joie, surprise, etc., qui font aussi intervenir l'appareil bulbaire de l'épilepsie par excitation cortico-bulbaire idéomotrice.

Tels sont les principaux exemples de l'épilepsie par excitation centripète de l'appareil épileptogène.

Je tiens à insister à nouveau sur ce que toutes ces variétés d'excitations produisent toutes les variétés aussi de l'accès épileptique, grand accès, petit accès, absence, vertige, etc., selon l'intensité de l'excitation, et surtout selon l'étendue des irradiations centrifuges partant du bulbe, avec inhibition totale ou partielle du cerveau, — perte de connaissance —, et du cervelet, trouble d'équilibration.

L'épilepsie d'oreille qui nous intéresse le plus, l'épilepsie du nerf acoustique plus particulièrement, a une action élective sur l'état vertigineux, puisque l'excitation des nerfs des canaux semi-circulaires a une action très puissante sur l'appareil de l'équilibration pour l'inhiber, l'exciter, le troubler d'une manière ou de l'autre.

A côté de ces épilepsies réflexes se placent les épilepsies chimiques, où le centre épileptogène est excité directement par un agent chimique introduit dans le

sang. Je veux parler de l'épilepsie de Magnan, l'épilepsie absinthique.

L'absinthine, en effet, est une substance dont l'action élective se fait volontiers sentir sur l'appareil épileptogène et développe presque à coup sûr une crise épileptique.

L'épilepsie absinthique, ou par excitation chimique du centre épileptogène, est fort importante, car elle est un type précis dont les agents peuvent être fort nombreux.

Beaucoup de substances chimiques, en effet, produisent des résultats analogues plus ou moins marqués, et tout porte à penser que certaines substances chimiques fabriquées par l'organisme, ptomaines, en certaines circonstances, sont capables aussi de produire une excitation du centre épileptogène.

Ce serait ainsi que serait réalisée sur l'homme l'épilepsie chimique ou humorale, ou ptomainique intermittente comme les affections humorales, éclatant lorsque l'organisme est saturé, intoxiqué.

A cette épilepsie chimique, d'origine humorale pour ainsi dire spontanée, s'ajoute souvent l'épilepsie toxique par ingestion de substances aussi épileptogènes, telles que l'absinthe, les alcools, le tabac, le haschich, etc., etc.

La tendance à fabriquer des substances épileptogènes peut être dans une certaine mesure héréditaire comme la disposition à fabriquer des tóphus ou des calculs, soit que ces substances soient fabriquées par l'organisme seul, ou avec l'aide de micro-organismes également transmissibles de parents aux enfants.

Ceci nous amène à parler de la troisième catégorie d'épilepsie, les épilepsies microbiennes.

Mais auparavant je veux appuyer mes remarques suggestives sur l'épilepsie chimique de faits d'observations personnelles sur de jeunes sujets (écoliers).

J'ai eu occasion d'observer quelques jeunes gens qui venaient d'être atteints d'une épilepsie récente et périodique, par conséquent au moment favorable pour l'étude.

Dans ces cas, j'ai constaté chez ces sujets des troubles urinaires, des accumulations de sels urinaires très considérables, précédant et accompagnant les périodes de crises, et disparaissant dans les périodes de calme. C'était, à mes yeux, l'indication du trouble nutritif et chimique, en rapport avec le produit épileptogène.

Quant à l'épilepsie microbienne, qui se confond d'ailleurs fréquemment avec l'épilepsie chimique, parce que les microbes, par leurs ptomaïnes propres, sont pour leur part et peut-être pour la grande part les producteurs de ptomaïnes épileptogènes.

Cette épilepsie microbienne se présente sous plusieurs aspects. Les microbes sont diffusés dans l'organisme et atteignent le système nerveux secondairement par les ptomaïnes qu'ils produisent, ou bien les microbes se cultivent en foyers localisés dans le système nerveux.

C'est cette épilepsie à lésions microbiennes du système nerveux qu'ont déjà étudiée d'une manière si sagace MM. Marie, Pierret et Georges Lemoine.

Ces auteurs font remarquer que l'épilepsie infantile grave est très fréquemment précédée de maladies infectieuses connues (fièvres éruptives, typhoïdes, syphilis, etc.), ou de maladies infectieuses inconnues (Marie), et que la localisation de ces microbes dans le système nerveux est infiniment probable depuis les travaux de Pasteur sur la rage, même lorsque nous ne avons pas déceler ces foyers microbiens.

M. Lemoine a insisté surtout sur ce fait que l'épilepsie microbienne, par syphilome, par exemple, se produit, surtout à la période de cicatrisation et de réparation du néoplasme, c'est-à-dire lorsque la cicatrice rétractile excite les fibres nerveuses avoisinantes pour mettre en jeu, à distance, l'appareil épileptogène.

Les cicatrices traumatiques du système nerveux produisent aussi beaucoup plus souvent l'épilepsie que la plaie récente.

Pour les infections inconnues ou connues on se

rendra compte, de la même manière, qu'elles ne produisent l'épilepsie qu'à longue échéance, lors des rétractions cicatricielles des foyers microbiens.

Les arrêts partiels de développement des membres, de la face, du crâne, seraient aussi des effets éloignés des lésions microbiennes en foyer du système nerveux et non plus seulement des stigmates de la dégénérescence des individus et des races. La doctrine de la dégénérescence, défendue encore récemment par Ballet, se trouverait par là fort diminuée de son importance.

Ainsi même cette épilepsie microbienne, par foyers localisés dans l'appareil nerveux, agirait aussi d'une manière analogue aux épilepsies d'origine périphérique, en excitant à distance l'appareil épileptogène.

Ces épilepsies seraient donc également symptomatiques.

On se demandera ensuite, d'après cela, combien il reste d'épilepsies prétendues essentielles, c'est-à-dire à causes méconnues.

Ainsi les travaux les plus récents, institués à différents points de vue, nous amènent à cette conclusion commune que la grande majorité des épilepsies, sinon toutes, sont des épilepsies symptomatiques.

En d'autres termes, nous retrouvons notre formule du début. Il y a un appareil épileptogène dont l'excitation produit les mêmes symptômes, mais dont la mise en mouvement peut être produite par une foule d'agents, y compris, le plus intéressant pour nous, le nerf acoustique et les nerfs de la caisse tympanique, trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien.

L'épilepsie d'oreille comprend donc l'épilepsie par excitation localisée du nerf acoustique et les épilepsies par excitation combinée des nerfs trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien dans les lésions de la caisse.

Notre épilepsie, l'épilepsie acoustique proprement dite, qui présente les lésions les plus minimes, et les plus

facilement curables par conséquent (c'est le plus souvent une compression momentanée du labyrinthe, otopiësis), est caractérisée par une diminution de l'ouïe ou des bourdonnements précédant la crise, ou succédant à la crise, des obstructions des trompes précédant aussi les crises. L'arrêt de la crise est obtenu par la décompression du labyrinthe et du nerf acoustique, avec les insufflations d'air, etc.

La cure totale est possible par l'éloignement des causes d'excitation du nerf acoustique selon les cas, par les moyens ordinaires, ou par les opérations qui décompriment le labyrinthe, la mobilisation de l'étrier (1), par exemple.

Les épilepsies d'oreille par excitation combinée de tous les nerfs de la caisse tympanique sont aussi, dans une certaine mesure, curables, quand ces lésions de la caisse ou du rocher sont elles-mêmes curables.

Toujours est-il que les épilepsies d'oreille doivent être diagnostiquées (troubles légers ou graves de l'ouïe) de bonne heure et soignées rapidement. Car, si l'on s'en rapporte aux expériences de Brown-Séquard, les habitudes épileptiques, l'habitude que l'appareil épileptogène prend d'être excité facilement fait que cet appareil devient plus excitable et peut être mis en jeu ultérieurement par des causes futilles psycho-motrices, émotives, tout autre que la cause première. Par conséquent, l'habitude épileptique peut survivre à la cause épileptogène primitive et constituer un état de prédisposition fâcheuse aux crises épileptiques.

Les épileptiques à leurs premières crises auront donc grand intérêt à être examinés, du côté de l'oreille, comme du côté des autres nerfs ou organes épileptogènes. L'épilepsie d'oreille paraît être, d'après nos observations récentes, plus fréquente qu'on ne le supposait, et cette épilepsie peut être guérie par les moyens appropriés.

(1) BOUCHERON, Opération de la surdité otopiësisque (*Acad. des Sciences*, 23 avril 1888.)

ABCÈS CHRONIQUE DÉVELOPPÉ DANS UN MOIGNON D'AMYGDALE

Par le D^r NOQUET, de Lille (1).

Si j'en juge par mes recherches bibliographiques et par ma pratique personnelle, les abcès chroniques de l'amygdale sont rares. Les traités de chirurgie générale ou spéciale ne décrivent que l'abcès aigu, l'amygdalite phlegmoneuse, affection fréquente, pour laquelle, on est assez souvent forcé d'intervenir activement avec le bistouri. En ce qui me concerne, j'ai, un bon nombre de fois déjà, ouvert des collections purulentes de ce genre. Certains malades présentent même des phlegmons tonsillaires à répétition, qui reviennent, plus ou moins souvent, et dont on les débarrassé en réduisant l'amygdale par la méthode ignée. Dans ces cas, il existe, entre chaque poussée, une période d'accalmie quelquefois assez courte, il est vrai; mais enfin la suppuration n'est pas permanente. Au contraire, dans celui dont je demande la permission de vous entretenir aujourd'hui, un moignon d'amygdale se trouvait creusé d'une cavité abcédée, qui communiquait avec l'extérieur par une petite fistule laissant, depuis six mois, sortir du pus tous les jours. Ce cas, le seul que j'aie rencontré jusqu'ici, m'a paru assez intéressant pour être relaté brièvement.

OBSERVATION. — M^{me} X..., âgée de vingtans, vient me consulter, le 5 octobre 1887. Cette dame, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Elle se plaint de ressentir, depuis six mois, pendant la déglutition, une douleur très vive, au niveau de l'amygdale gauche. En outre, plusieurs fois, dans la journée, elle crache une certaine quantité de pus qui, selon elle, sort certainement de l'amygdale.

Dès l'enfance, cette dame a présenté une hypertrophie très prononcée des tonsilles. Vers l'âge de six ans, on lui fit, avec

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 30 avril 1888.

l'amygdalotome, l'ablation de la droite, qui était la plus volumineuse. La gauche, restée en place, fut, surtout dans ces dernières années, le siège de poussées phlegmoneuses, qui devinrent tellement fréquentes et tellement gênantes que le médecin de la famille pratiqua, il y six mois, l'amygdalotomie. Mais cette opération n'améliora, en aucune façon, les symptômes. Au contraire, de périodiques, les douleurs devinrent permanentes, et le pus se mit à sortir tous les jours.

A l'examen, je constate que l'amygdale gauche a été sectionnée, nettement, au niveau du bord libre des piliers. Le moignon, qui présente une surface plane, est très rouge et notablement hypertrophié. Sa largeur, dans le sens antéro-postérieur, peut être estimée à deux centimètres, et sa hauteur à trois. Les allégations de la malade pouvant faire supposer qu'il renferme du pus, j'exerce, sur la surface plane, en glissant de bas en haut, une pression assez forte avec un stylet, et vois ainsi sourdre, par un petit pertuis situé à la partie supérieure du pilier antérieur, et à trois millimètres environ de son bord libre, une goutte d'un liquide jaunâtre, paraissant franchement purulent.

Ce pertuis était tellement peu apparent qu'il aurait échappé à mon examen, sans l'issue du pus provoquée comme je viens de le dire. Je parvins, néanmoins, à introduire un stylet mince et flexible, par cette ouverture, et pus constater que je tombais ainsi dans une poche présentant à peu près un centimètre et demi, dans le sens antéro-postérieur, et deux dans le sens vertical. La fistule correspondait à la partie supérieure de cette poche. En explorant dans tous les sens, je ne rencontrai, du reste, aucun corps dur, ce qui pouvait faire rejeter l'existence d'un calcul enchatonné. Ces différentes manœuvres ayant déjà provoqué des douleurs très marquées et me trouvant suffisamment éclairé, je ne crus pas utile de rechercher la fluctuation par le procédé de Stœrk (1). Je proposai, de suite, une intervention active, qui fut acceptée.

(1) *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs*, Enke., Stuttgart, 1876, p. 109, cité par Morell-Mackenzie. (*Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, traduit par Moure et Berthier, p. 79.)

Après avoir badigeonné, à trois reprises, la surface du moignon et le pilier antérieur, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), je pénétrai, dans la cavité abcédée, par la petite ouverture, avec un galvano-cautère pointu et fin que j'enfonçai à peu près d'un centimètre. Puis, faisant passer le courant, je pratiquai, en descendant avec lenteur, parallèlement au bord libre du pilier, une incision haute d'environ un centimètre et demi. Il s'écoula immédiatement par cette ouverture un flot de pus, qui représentait au moins le contenu d'un dé à coudre. La dame avait courageusement supporté cette petite manœuvre, assez douloureuse malgré la cocaïne, qui, on le comprend, ne pouvait ici se montrer très efficace. Séance tenante, je fis plusieurs cautérisations assez profondes sur le moignon, dans le but de le réduire. Comme soins consécutifs, je conseillai des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique, et, pour rendre la déglutition moins douloureuse, un badigeonnage avant chaque repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

Je revis la malade cinq jours après. La situation s'était déjà sensiblement améliorée; la déglutition était beaucoup moins pénible et la suppuration semblait arrêtée. Une nouvelle exploration avec le stylet permit de constater, d'une part, que la cavité de l'abcès avait diminué, et que, d'autre part, il n'existait décidément pas de calcul. Quelques cautérisations galvano-caustiques furent encore faites sur le moignon. Vingt jours plus tard, l'ouverture de l'abcès s'était complètement fermée, le moignon était moins volumineux, et il n'existait plus aucune douleur. La malade put se croire guérie définitivement. Il n'en était rien cependant. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire après un mois et demi environ d'accalmie, les douleurs reparurent, et du pus sortit à nouveau dans la bouche, en moins grande quantité toutefois.

Le 20 décembre, l'examen me montre que la surface plane du moignon présente, à peu près, un centimètre de largeur et un et demi de hauteur. Une petite fistule existe encore, sur le pilier antérieur, mais elle me paraît située un peu plus bas

que la première. Malgré des pressions assez fortes, je ne parviens pas à faire sourdre du pus par cette ouverture. Le stylet indique, d'ailleurs, que la cavité amygdalienne est fort petite. Elle semble réduite à un simple trajet dirigé d'avant en arrière et long d'environ un centimètre.

Après plusieurs badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), j'introduis le galvano-cautère dans ce trajet, et fends complètement sa paroi interne, en y comprenant la portion correspondante du pilier antérieur. Par cette brèche je m'assure avec le stylet qu'il n'existe pas d'autres diverticulum. Comme la première fois, le traitement consécutif consista en pulvérisations boriquées et en badigeonnages pratiqués, avant les repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Quinze jours après, la guérison était complète. Elle se maintient depuis quatre mois, et il y a lieu d'espérer qu'elle est définitive. Le moignon d'amygdale s'est d'ailleurs considérablement ratatiné.

Il aurait, évidemment, été très utile d'examiner le pus au microscope, pour se renseigner sur les microbes qu'il contenait et s'éclairer, ainsi, sur la nature de l'abcès. Peut-être aurait-on trouvé quelques bacilles tuberculeux. Malheureusement, préoccupé surtout par l'acte opératoire, j'oubliai de recueillir du pus. Je dois dire, toutefois, que M^{me} X... ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire et que sa santé est excellente.

RÉFLEXIONS. — Je me suis permis, en commençant, d'attirer votre attention sur la rareté du fait. J'ajouterai que le diagnostic aurait pu rester en défaut, si, se bornant à un examen sommaire, on s'était contenté de voir que l'amygdale avait été sectionnée au ras des piliers. N'est-il pas, en outre, assez curieux de constater, dans le cas spécial, l'impuissance de l'amygdalotomie, cette opération qui, malgré les graves dangers d'hémorragie auxquels elle expose, malgré les travaux assez nombreux publiés sur les avantages de la méthode ignée, est encore, trop souvent, considérée comme le meilleur traitement

de l'hypertrophie? Je terminerai, en faisant remarquer que le galvano-cautère a été, ici, d'une très grande utilité et qu'il aurait été difficile d'obtenir, sans lui, un résultat aussi satisfaisant. Non seulement il a permis d'ouvrir, commodément, la cavité abcédée, mais il a dû aussi contribuer à détruire les germes pathogènes qu'elle renfermait. C'est sans doute parce que la première cautérisation avait été insuffisante à ce point de vue que la récédive s'est faite.

LES SYMPTOMES DES MALADIES DU SINUS SPHÉNOÏDAL

Par M. le Dr **Emile BERGER** (1).

En lisant les travaux rhinologiques des auteurs, on ne trouve que très peu de choses sur les maladies du sinus sphénoïdal, alors que les symptômes des maladies des sinus frontal et maxillaire sont bien décrits. En effet, il y a des auteurs, par exemple M. Albert, à Vienne, qui croient qu'il ne sera jamais possible de faire le diagnostic d'une maladie du sinus sphénoïdal.

J'ai trouvé dans quelques auteurs la description des cas avec les symptômes des maladies de la base du crâne et des troubles oculaires, où se trouvaient par la nécroscopie des altérations dans le sinus sphénoïdal. Cela m'engagea à recueillir tous les cas des maladies de la cavité sphénoïdale prouvées par la nécroscopie pour décrire les symptômes de ces maladies.

En effet, il était possible, après mes recherches, de faire, à Gratz, le diagnostic d'une tumeur du sinus sphénoïdal où l'examen nécroscopique a donné raison au diagnostic fait deux jours avant. M. *Priestley Smith*, à Birmingham, a fait disparaître dans un cas de tumeur du sinus sphénoïdal tous les symptômes et aussi les troubles oculaires en extirpant la tumeur qui s'était développée dans la

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1887.

cavité naso-pharyngienne. M. *Schaeffer*, à Dantzig, a ouvert dans un cas le sinus sphénoïdal pour faciliter l'écoulement du pus qui s'y était amassé, et le malade fut guéri.

Je crois que les maladies du sinus sphénoïdal sont plus fréquentes qu'on pense, mais qu'on fait très rarement des recherches *in vivo* et presque jamais l'examen anatomo-pathologique.

Je résume comme il suit les symptômes que j'ai trouvés en collaboration (1) avec mon élève M. le *D^r Fyrman*, médecin-colonel de l'armée autrichienne.

Tant qu'un processus maladif est limité en dedans du sinus sphénoïdal les symptômes subjectifs peuvent manquer, ou bien on trouve des céphalalgies graves. Mais, si le processus se propage aux parties voisines, il en résulte des symptômes qui peuvent faire reconnaître, avec une certaine assurance, le corps de l'os sphénoïdal comme le siège de la maladie.

La carie et la nécrose du corps de l'os sphénoïdal présentent les symptômes suivants :

1° Cécité subite unilatérale avec phlegmon orbitaire. La cause de la cécité était la périnévrite du nerf optique dans le canal optique ;

2° Quelques parties de l'os se détachent lentement sans qu'il arrive jamais de troubles oculaires; enfin arrive la méningite ;

3° Perte subite d'une grande partie de l'os par le nez.

4° Hémorragie mortelle après la perforation de la paroi située entre le sinus sphénoïdal et le sinus caverneux ;

5° Abscessus rétro-pharyngien ;

6° Thrombose du sinus caverneux et de la veine *ophthalmique* à cause de la thrombose du sinus veineux circulaire de la selle turcique ;

7° Perforation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal sans aucun autre symptôme.

(1) *Berger und Fyrman*, Die Krankheiten des Keilbeinhöhle und des siel, heinlabyrinth. Wiesbaden, Bergmann, 1886.

Dans les tumeurs du sinus sphénoïdal on peut distinguer quatre périodes :

1° La tumeur est limitée en dedans des parois du sinus. Il n'existe aucun symptôme ou de la céphalalgie ;

2° La tumeur élargit par sa croissance les parois du sinus sphénoïdal, cause leur atrophie et la compression des organes voisins. La compression peut envahir un ou les deux nerfs optiques et entraîner l'amaurose ;

3° Dans la troisième période, la tumeur se propage en dehors des parois du sinus sphénoïdal. Elle se propage dans la cavité naso-pharyngienne, dans les cellules ethmoïdales, dans l'orbite et ensuite dans la cavité crânienne. La perforation de la base du crâne peut se manifester sans aucun symptôme ou par une céphalalgie très grave ;

4° Dans la quatrième période on observe des métastases dans divers organes.

On observe souvent dans la marche de la maladie des accès épileptiformes. Si la tumeur croît rapidement, le malade est bientôt, après la perforation de la base du crâne, atteint de méningite ou d'abcès cérébral.

Les blessures du corps de l'os sphénoïdal peuvent produire les symptômes suivants :

1° Dans les fissures de la paroi supérieure du sinus sphénoïdal, on observe l'écoulement continu du liquide cérébro-spinal ;

2° La rupture d'un morceau du corps de l'os sphénoïdal peut entraîner une blessure de la carotide interne en dedans du sinus caverneux et causer l'exophtalmie pulsative ;

3° La continuation de la fissure dans le canal du nerf optique cause la compression ou la déchirure du nerf optique dans ce canal et, par suite, l'amaurose ;

4° Si la fissure se continue par le trou ovale ou rond, elle produit l'anesthésie de la deuxième et de la troisième branche du trijumeau. Simultanément une déchirure ou une blessure d'autres nerfs cérébraux peut se présenter.

Quant à la façon dont se produisent, les troubles oculaires, il faut remarquer que le rétrécissement du champ visuel est caractéristique. Il est, au début, temporal, et se propage ensuite en forme concentrique.

Le centre du champ visuel se trouve conservé le plus longtemps.

J'explique ce fait de la manière suivante : les fibres du nerf optique voisines du sinus sphénoïdal correspondent à la partie interne de la rétine qui sert pour la partie temporale du champ visuel. Comme les fibres qui se terminent dans la macula sont, selon les expériences de M. *Samelsohn*, situées dans le canal optique dans l'axe du nerf, ces fibres sont la plupart atteintes par la tumeur qui se propage de la périphérie vers l'axe.

Dans l'examen ophtalmoscopique, on observe la névrite optique et enfin l'atrophie du nerf optique.

Les cas où les troubles oculaires se présentaient seulement d'un côté, ou manquaient entièrement, m'ont fait soupçonner qu'il existe des différences dans l'épaisseur de la paroi qui sépare le sinus sphénoïdal et le canal optique. J'ai ensuite trouvé ces différences et j'ai l'honneur de vous les présenter dans des préparations anatomiques.

La tumeur peut remplir le canal du nerf optique, séparer les parties intraorbitaire et intracrânienne du nerf optique et se propager ensuite dans l'orbite. J'ai l'honneur de vous présenter le dessin de la préparation d'un cas du Muséum de Vienne, dessin qui prouve quelle grave déformation peut se produire dans les cas où une tumeur occupe toutes les cavités voisines du nez.

Je mentionne encore la présence très fréquente des déhiscences de la paroi située entre le canal optique et le sinus sphénoïdal. Dans ces cas la gaine du nerf optique recouvre la membrane muqueuse. Une inflammation de cette dernière membrane peut se propager très facilement vers la gaine du nerf optique.

On connaît par exemple des faits où une périnévrite ou

névrite optique rétrobulbaire aiguë s'était développée après un refroidissement.

Il est difficile d'expliquer comment le nerf optique, situé dans la profondeur de l'orbite, était affecté par le refroidissement pendant que l'œil même restait intact. Peut-être l'étiologie de ces cas est-elle éclaircie par le danger qui existe pour le nerf optique dans le canal optique, résultant du voisinage du sinus sphénoïdal.

Prenant la liberté de vous expliquer en quelques mots le but de mon ouvrage sur les maladies du sinus sphénoïdal, je vous prie de porter votre attention sur ce sujet très intéressant. Dans tous les cas où il existe un soupçon que le sinus sphénoïdal est affecté par une maladie, principalement dans les tumeurs rétropharyngiennes, il est nécessaire de faire l'examen ophtalmoscopique et l'examen du champ visuel.

OBSERVATION D'UN CAS DE CÉPHALÉE QUOTIDIENNE DATANT DE DEUX ANS, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION NASALE ET L'ABLATION DES MASSES ADÉNOÏDES

Par le Dr MÉNIÈRE (1).

Chacun sait que les affections du nez et du pharynx nasal ont une grande importance dans la pathogénie de certaines maladies des oreilles.

Mais, en outre, les masses adénoïdes et la rhinite hypertrophique avec épaissement et décollement de la muqueuse des cornets, entraîne assez souvent l'inflammation consécutive des divers sinus de la région, qui est la cause d'états pathologiques variés.

Qui de vous n'a pas soigné et guéri des enfants chez lesquels se manifestaient des symptômes généraux d'une certaine gravité, tels que céphalée intermittente ou conti-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

nuelle, atonie générale, modifications profondes dans la santé habituelle, dont certains médecins oublient de rechercher les causes, ou veulent les trouver là où elles n'existent pas. Je ne parle ici que pour mémoire de la malformation du thorax due à une respiration insuffisante, malformation qui a de grands inconvénients.

Le cas dont je vais vous entretenir ne doit pas être unique, j'en suis sûr, mais il est tellement net que je le crois intéressant.

OBSERVATION. — Le 31 août 1887, on m'amène M. de X..., jeune garçon de neuf ans, assez grand pour son âge. Dès son entrée, son aspect me parut singulier. Le facies est gris jaunâtre, les yeux cernés, les paupières à demi-tombées, comme s'il craignait la lumière, la bouche entr'ouverte ; sa démarche est lente ; il semble brisé, fatigué, hébété, et s'assied comme s'il était à bout de forces.

Voici son histoire racontée par ses parents avec force détails, que j'abrègerai autant que possible.

« Notre fils est dans un état lamentable. Depuis le mois
» d'octobre 1885, il est sujet à des maux de tête qui le prennent d'ordinaire vers 11 heures ou midi et durent au
» moins deux heures quand ce n'est pas 3, 4 ou 5 heures.

» Il lui est impossible, malgré toute sa bonne volonté et
» nos exhortations jointes à celles de son précepteur, de se
» livrer au moindre travail.

» Il dort mal, joue avec peu d'entrain, mange à peine, et
» semble toujours fatigué.

» Notre médecin ordinaire l'a traité par toutes les médications possibles : sulfate de quinine, bromure de potassium, huile de foie de morue, sirop iodé. Au bout de quelques
» mois, ne voyant aucun changement, nous avons appelé en
» consultation un médecin éminent. On l'a examiné avec le
» plus grand soin : la poitrine, le cœur, ont été auscultés sans
» qu'on pût trouver la moindre lésion pouvant expliquer
» les phénomènes. On conseilla le bord de la mer, où nous
» allâmes pendant six semaines.

» A la fin de 1886, plus de quatorze mois après le début
» des accidents, l'état était toujours identique ; il y avait
» encore même un peu d'aggravation. Le matin, dès son lever,
» l'enfant avait la tête lourde, des malaises fréquents et,
» toujours, vers midi, les mêmes douleurs de tête, dans la
» région frontale.

» Une nouvelle consultation eut lieu en 1887. On essaya
» différentes médications : hydrothérapie, exercice au grand
» air ; puis sulfate de quinine à hautes doses ; bromure de
» potassium à hautes doses. Rien n'y fit.

» Les médecins ne savaient à quoi attribuer cet état
» d'affaissement général que rien ne pouvait expliquer.

» On nous engagea à partir à la campagne, dès le prin-
» temps, en défendant tout travail.

» J'ai loué, il y a quatre mois, une maison aux environs de
» Paris, dans une région très aérée. Sauf de très rares répit,
» l'état est le même.

» Le vieux médecin de la localité qui venait de temps à
» autre examiner notre petit malade, voyant à la fin grandir
» nos inquiétudes, nous conseilla de le conduire à un spécia-
» liste, afin, nous dit-il, de s'assurer *s'il n'y a pas quelque*
» *chose du côté du nez, car il lui paraît embarrassé.*

» Nous venons vous demander votre opinion. »

J'examinai avec soin ce jeune enfant, et quelques
minutes après mon diagnostic était fait.

Des masses adénoïdes remplissaient le pharynx nasal.
Il y avait en outre une rhinite hypertrophique considéra-
ble et des amygdales assez volumineuses, mais depuis
peu de mois.

Je ne pus m'empêcher de réserver prudemment mon
opinion quant au pronostic, car j'avais eu l'occasion de
voir quelquefois des céphalées assez fortes être causées
par ces diverses lésions ; mais il ne m'avait pas été
donné d'observer des douleurs de tête quotidiennes,
remontant à plus de 23 mois, sans arrêt.

Après avoir énuméré aux parents l'ensemble des opé-

ractions nécessaires qui ne pouvaient qu'améliorer l'état et peut-être amener la guérison, je résolus, séance tenante, de mettre deux pointes de feu, avec le galvano-cautère, sur chacun des cornets inférieurs hypertrophiés, espérant obtenir de suite un petit résultat.

Mes espérances furent dépassées.

Du 31 août au 3 septembre, l'enfant n'eut qu'un peu de lourdeur de tête, sans céphalée. Le 3, une heure de mal de tête. Le 4, je renouvelai les pointes de feu, et 8 jours après, le 11 septembre, il ne ressentait plus de douleur.

Je commençai alors de suite l'ablation des masses adénoïdes que je fis en quatre séances, tous les huit jours, et je continuai, dans l'intervalle, l'emploi de la galvano-caustique sur les cornets.

Au commencement d'octobre, l'enfant se sentait renaître. Je le revis tous les mois.

Il est rentré au collège en novembre 1887, et, depuis les opérations pratiquées, *jamais* il n'a eu le moindre mal de tête. La physionomie a repris l'aspect normal que doit avoir un enfant de son âge qui n'est frappé d'aucune diathèse ; son intelligence a repris son vol, et l'économie toute entière fonctionne admirablement.

RÉFLEXIONS.— Nous avons tous vu des cas ressemblant dans une certaine mesure à celui qui fait le sujet de cette observation.

Mais je crois qu'il est bien rare de rencontrer une céphalée quotidienne durant près de deux ans et entraînant avec elle des accidents généraux de telle nature que la famille regardait l'enfant comme s'acheminant vers une issue fatale.

Tous les traitements mis en œuvre par des confrères de grande valeur n'amenèrent aucun changement dans cet état grave.

Je crois superflu de me lancer dans les déductions pathologiques que pourrait comporter un pareil sujet. Les données anatomiques et physiologiques ne sont même

plus en discussion, et vous les avez présentes à l'esprit.

Je me contenterai d'insister sur trois points essentiels.

Ma première remarque a trait à l'influence de lésions, relativement peu graves, des sinus sur la santé générale de jeunes sujets, dans des conditions qui surprennent les cliniciens les plus expérimentés.

La présence des masses adénoïdes et l'hypertrophie de la muqueuse des cornets sont les deux facteurs principaux qui dominent la situation.

Le second point intéressant est l'effet surprenant obtenu par la galvano-caustie.

Il est évident qu'une médication qui modifie profondément l'état congestif des sinus de la région amène une sédation marquée des accidents et entraîne le plus souvent la guérison.

Dans le cas observé par moi, le résultat de l'emploi des pointes de feu a été presque instantané.

L'ablation des adénoïdes a achevé ce que la galvano-caustie avait si bien commencé.

Enfin, je termine en appelant l'attention des médecins sur l'importance capitale d'un examen approfondi des cavités nasales et naso-pharyngiennes, lorsqu'on se trouve en présence de symptômes généraux d'une certaine gravité, surtout lorsque ceux-ci ne peuvent être expliqués par des lésions d'autres organes.

Ne voyons-nous pas souvent, dans le même ordre d'idées, des médecins intelligents croire à des affections cérébrales au début, chez des enfants dont la maladie paraît suivre une voie anormale, alors qu'il s'agit simplement d'une affection inflammatoire de l'oreille moyenne, qui passe inaperçue parce qu'on n'a pas pensé à regarder le conduit auditif?

Nous le disons dans nos travaux, nous le répétons tous les jours, et tous les jours nous voyons les mêmes faits se reproduire, sans qu'on veuille paraître tenir compte de l'expérience acquise par des confrères qui se sont voués aux études spéciales.

SUR UNE FORME DE STÉNOSE NASALE

Par le Dr J. BARATOUX (1).

Parmi les différentes variétés de sténoses nasales, j'ai pu observer une série de déviations de la cloison avec développement sur l'une de ses faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse obstruant complètement ou presque complètement la cavité du nez au point de rendre impossible la respiration par la fosse nasale.

Dans la plupart de mes cas, c'est-à-dire dans sept sur dix, la déviation de la cloison et la tumeur fermaient la narine gauche ; dans les trois autres cas (y compris deux cas que j'observe en ce moment), la fosse nasale droite était obstruée.

Mes malades, dont l'âge varie entre huit et cinquante-deux ans, ont été presque tous atteints de tumeurs adénoïdes. Deux d'entre eux, âgés, n'avaient pas de végétations ; ils donnaient pour origine à leur affection nasale un traumatisme datant de l'enfance. Notre dernier patient, dont nous rapporterons l'observation, attribuait à une même cause les troubles qu'il éprouvait, mais nous crûmes toutefois que son pharynx contenait des traces de tumeurs adénoïdes.

Les divers symptômes que nous avons pu constater chez ces malades étant analogues à ceux qu'éprouvait le patient auquel nous faisons allusion plus haut, nous croyons bon de rapporter son observation.

OBSERVATION. — C'est au mois de décembre 1887 qu'il vint nous consulter à propos d'une gêne considérable qu'il ressentait derrière le voile du palais ; il accusait en outre une sécheresse de la gorge, quoique, par intervalle, il eut d'abondantes mucosités dans le pharynx. Sa voix était enrouée d'une manière presque continuelle depuis plusieurs années. Ce malade, de constitution faible, avait été ajourné au conseil

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

de révision quelques mois auparavant par suite de faiblesse. Depuis son enfance, il était sujet aux catarrhes des voies respiratoires : coryza, maux de gorge, bronchites ; mais, comme maladies sérieuses, il n'avait eu qu'une fièvre typhoïde à l'âge de seize ans et des fièvres intermittentes en 1886. C'est vers l'âge de treize ans qu'il avait reçu un coup sur le nez.

Ce malade ne peut faire de longues courses ; il se fatigue rapidement au point que quelques médecins ont pensé qu'il était atteint d'une affection cardiaque. Les sens du goût et de l'odorat sont peu développés chez lui.

Sa face est petite ; sa voûte palatine est étroite ; elle présente même une courbure exagérée. Le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur est asymétrique, le bord droit semble plus bas que celui du côté opposé ; les incisions sont implantées obliquement, de telle sorte que le bord postérieur des incisives gauches est recouvert par le bord antérieur de celle qui le suit immédiatement. On peut noter encore la déformation thoracique et l'ouverture constante de la bouche, signes si caractéristiques des tumeurs adénoïdes.

La rhinoscopie antérieure montre une fosse nasale droite large, avec hypertrophie du cornet inférieur qui ne touche pas cependant la cloison. A ce niveau le septum présente une concavité en forme de gouttière longitudinale avec dépression infundibuliforme vers la partie médiane. A gauche, les cornets et la cloison se touchent ; c'est à peine si l'on peut passer un stylet très fin entre ces deux parties. La cloison forme au niveau de la concavité correspondante de son autre face une saillie analogue à un bourrelet qui proémine surtout vers le milieu de sa longueur. Par sa face externe, cette saillie comprime fortement le cornet inférieur qui semble à peine développé dans ses parties membraneuses. Le bord du bourrelet et sa face supérieure refoulent en haut le cornet moyen hypertrophié. Cette saillie, qui s'avance jusqu'à l'épine nasale antérieure et qui s'étend sur une longueur de trois centimètres, comme on peut le constater après anesthésie par la cocaïne, au moyen d'un stylet coudé passé derrière la tumeur, a douze millimètres d'épaisseur (mesure obtenue par un

compas d'épaisseur spécial) dans sa partie la plus épaisse; elle est formée entièrement par du tissu osseux, comme nous avons pu du reste nous en rendre compte ultérieurement.

A la rhinoscopie postérieure, la partie postérieure de la cloison est légèrement déviée à gauche, et la muqueuse des cornets ne présente aucune autre particularité que celle d'être le siège d'un coryza chronique. A la voûte du pharynx, hypertrophie mamelonnée et rougeur de la muqueuse. Il existe des mucosités dans cette région, ainsi que dans les fosses nasales; depuis quelque temps elles semblent même avoir acquis un degré de fétidité assez prononcé pour gêner l'entourage du malade. La muqueuse du pharynx buccal est sèche, luisante et vernissée.

Après avoir institué pendant quelques jours un traitement antiseptique (pulvérisations boriquées par les narines, gargarismes et lavages du pharynx au moyen d'une seringue coudée), je procède à l'ablation de la tumeur.

J'introduis dans la fosse nasale gauche un tampon d'ouate trempé dans une solution de cocaïne au 1/5 et je le laisse en place pendant quelques minutes; je sectionne alors la muqueuse, sur la partie supérieure du bourrelet, au moyen d'un couteau galvano-caustique recourbé sur le champ. Pas de douleur, pas d'écoulement sanguin. J'enlève alors la tumeur osseuse au moyen d'une scie très fine. Le malade n'éprouve qu'un agacement dû aux mouvements de va-et-vient de l'instrument. La tumeur était à moitié sectionnée, lorsque la face du patient devient pâle; il est pris d'une syncope qui ne dure que quelques instants, grâce à l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle; et il me demande de continuer l'opération.

Jusque là je n'avais eu de sang, mais alors l'écoulement sanguin est assez abondant par la narine opposée, ce qui est dû à la section de la partie de la cloison très concave de ce côté. En effet la scie a enlevé une rondelle de la cloison qui laisse communiquer entre elles les deux narines par une petite ouverture d'environ deux millimètres carrés. L'hémorragie est facilement arrêtée par l'application en ce point

d'un tampon d'ouate trempé dans une solution de chlorure de zinc. Dans l'autre fosse nasale, il n'y a qu'un léger suintement sanguin qui s'arrête après les badigeonnages de cocaïne au 1/10. Je peux alors terminer l'opération sans éprouver aucune difficulté. Pansement iodoforme. — Le soir légère fièvre combattue avec succès par l'emploi d'une dose de 0,50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain nouveau pansement et lavages boriqués; le troisième jour la plaie était déjà presque guérie entièrement. Par suite d'imprudences, le malade est pris d'un rhume qui n'a pas de conséquences fâcheuses grâce à l'usage du sulfate d'atropine.

Quelques jours après le malade est surpris de pouvoir distinguer nettement les odeurs; le sens du goût se développe également. Enlèvement au galvano-cautère d'une partie saillante de l'os en forme d'aiguille; la plaie est complètement guérie huit jours après l'opération. Le malade peut respirer à pleine poitrine, selon son expression. La faiblesse qu'il éprouvait a entièrement disparu.

Quatre mois après l'opération, j'apprends que le conseil de révision l'a déclaré propre au service militaire.

Dans nos différentes observations nous avons toujours eu recours à la scie, qu'il s'agisse de tumeurs osseuses ou cartilagineuses. Nous préférons cet instrument à la gouge, aux ciseaux ou au galvano-cautère.

Je n'ai pas eu l'intention d'étudier ici les déviations simples de la cloison; aussi n'ai-je pas parlé des différents procédés destinés à combattre cette affection, tels que les appareils de Jurasz, de Delstanche, de Flechter Ingals, etc. Cependant je dois dire que dans un cas de déviation verticale avec hypertrophie du cartilage de la cloison, j'ai eu recours à la dilatation au moyen d'une tige de laminaire et de morceaux d'ouate pour savoir à quelle profondeur s'étendait la tumeur. J'ai été très surpris de voir qu'au bout d'une douzaine de séances, à intervalles de deux ou trois jours, le cartilage avait diminué tellement de volume que le septum avait acquis presque son

épaisseur normale tout en reprenant sa direction antéro-postérieure. Ce malade, âgé de quatorze ans, est encore en traitement à ma clinique. Je dois dire que ses végétations adénoïdes ont été enlevées au moyen des pinces, et ses amygdales hypertrophiées ont été détruites par le galvano-cautère.

En résumé, je suis d'avis que la présence des tumeurs adénoïdes a une influence sur les déviations de la cloison et sur le développement de certaines tumeurs du septum et qu'il est nécessaire d'opérer ces sténoses nasales, même lorsqu'une seule narine est obstruée, car, outre l'amélioration de l'état local, on peut constater que l'état général bénéficie de l'opération.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE
SESSION DE 1888 (suite et fin).

Séance du 28 avril.

Des céphalées de croissance, par le Dr JOAL (du Mont-Dore) (2).

M. MOURE demande quel est le siège de la céphalalgie.

M. JOAL répond qu'il s'agit d'une céphalalgie préfrontale qu'on peut faire naître ou augmenter en comprimant le nerf sus-orbitaire. La céphalalgie postérieure lui paraît dépendre plutôt d'une affection pharyngée ou naso-pharyngienne.

M. MOURE dit qu'il a observé des coryzas aigus, avec rétention des sécrétions et inflammation du sinus frontal, s'accompagnant d'une céphalalgie sus-orbitaire violente.

M. JOAL fait remarquer que dans le cas qu'il vient de rapporter la muqueuse du nez était non pas enflammée, mais tuméfiée.

M. NOQUET. — Il existe certainement des cas où les douleurs frontales sont dues à des lésions nasales et notamment à l'hy-

(1) Voir *Revue*, n° 6, 1888.

(2) Voir *Revue*, p. 377.

hypertrophie des cornets inférieurs. Mais il en est d'autres aussi où les causes sont plus complexes. Assez souvent l'état général et des lésions auriculaires entrent en ligne de compte. J'ai vu chez certains enfants ou jeunes gens débiles atteints d'otite moyenne chronique simple et d'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs les douleurs frontales ne cesser qu'à la suite d'un traitement tonique prolongé et après la guérison de l'affection des oreilles. La disparition de la sténose nasale n'avait pas suffi.

M. BOUCHERON. — Les causes locales des céphalalgies et des migraines sont toujours fort intéressantes à étudier, parce qu'elles fournissent l'indication d'un traitement local, il n'en faut pas moins rechercher les causes qui sont aussi des sources d'indications thérapeutiques générales. Ainsi, par exemple, les lésions de la muqueuse nasale peuvent bien produire de la céphalée, mais, ce qui produit fort souvent la lésion de la muqueuse nasale ou du moins ce qui l'entretient, c'est l'état rhumatismal ou goutteux. Le traitement de la lésion locale et de la cause générale tendent donc à se confondre ou à se compléter. — De même aussi pour l'œil, un rhumatisme du cercle ciliaire détermine un état névralgique du plexus nerveux ciliaire, et des indications migraineuses ou céphalalgiques dans le front et les tempes. Le traitement local, par la cocaïne par exemple, supprime l'irritation locale et les irradiations céphalalgiques, mais le traitement général de la cause rhumatismale éloigne les rechutes et maintient la guérison.

M. SCHIFFERS (de Liège) pense qu'au point de vue du diagnostic des céphalalgies symptomatiques d'affections nasales il faut bien considérer leur siège, qui a une grande importance. Le plus souvent elles sont accusées au niveau de la région frontale et surtout dans la partie médiane. S'il y a complication d'une maladie de la caisse et qu'il s'agisse d'une tuméfaction de la muqueuse qui s'est étendue jusqu'à la trompe, il y aura consécutivement une dépression du tympan; dans ce cas la céphalalgie sera temporale et sera décrite par les malades sous forme de véritable tension.

Il est évident que l'état général du malade peut jouer un

rôle important dans la genèse de ces douleurs ; sans savoir s'il intervient dans l'étiologie, on prendra comme critérium le résultat du traitement local qui, en faisant disparaître les lésions constatées dans l'organe, devra en même temps triompher de la céphalalgie qui sera uniquement sous leur dépendance.

M. HÉRYNG.—Parmi les causes des céphalalgies persistantes produites par les affections nasales il faut considérer les affections catarrhales ou purulentes du sinus sphénoïdal. Les symptômes de cette maladie ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Parfois on trouve, en outre d'un abondant écoulement matinal, des maux de tête, du larmolement, et, pendant l'inclinaison de la tête une sécrétion de quelques gouttes, plutôt séreuse que purulente. L'examen du nez ne donne pas de résultats précis, si on n'a pas recours à l'exploration des parties profondes avec le stylet après une cocaïsation préalable complète. C'est alors qu'on peut réussir à toucher la paroi antérieure et savoir s'il y a dénudation du périoste ou dilatation de la cavité. Dans un cas j'ai pu faire sortir le pus et pratiquer le grattage avec la curette de Schaeffer. La réaction fut assez considérable, la fièvre dura cinq jours avec frissons et grande faiblesse. Le malade, après une semaine, quitta le lit, et l'examen ultérieur démontra un petit polype situé très haut entre la cloison et le bord du cornet moyen. Après l'ablation du polype, les injections prolongées avec une solution de salicylate de soude guérèrent complètement le sujet.

Quant à la méthode de Hack, consistant à détruire les cornets du nez dans les cas de migraines ou de céphalalgies dites réflexes, mes propres recherches n'ont démontré que bien rarement ce traitement donnait de bons résultats. Par contre j'ai observé des cas où, au lieu de soulagement, j'ai vu se produire des symptômes très désagréables, comme suppuration prolongée, obstruction complète du nez, pharyngite et catarrhe rétro-nasal purulent. Je crois utile de prévenir les malades, auxquels on se croit obligé d'employer la méthode de Hack, que le succès de cette petite opération n'est pas certain et que le traitement peut se prolonger un certain temps.

Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale, par le D^r NOQUET (de Lille) (1).

M. MOURE vient de voir un cas analogue à celui de M. Noquet qu'il a, lui aussi, guéri par le galvano-cautère; l'abcès datait de plusieurs années. — Il pense en outre que, si *chez les adultes* on peut, et on doit, détruire les amygdales par le thermo ou le galvano-cautère, procédé qu'il emploie du reste; *chez l'enfant* au contraire il est préférable de faire l'amygdalotomie soit à l'amygdalotome, soit au bistouri; ce n'est que dans des cas exceptionnels (amygdales enchatonnées, adhérence des piliers, etc.) qu'il faudra avoir recours à l'ignipuncture chez les enfants, car chez eux l'hémorragie est bien moins à craindre que chez les adultes.

M. SCHIFFERS. — Il est utile de savoir si dans le cas relaté par le D^r Noquet il y avait eu au début de vives douleurs. Nous pensons en effet qu'elles ont existé et qu'elles étaient dues à ce fait que le moignon de l'amygdale était bridé, c'est-à-dire adhérent à l'un ou à l'autre pilier, ou aux deux en même temps. Dans ces circonstances, ce qui reste de l'organe est beaucoup plus exposé au contact des aliments et par conséquent à toutes les causes d'irritation qui peuvent se produire dans l'acte de la déglutition. Il faut donc toujours examiner avec grand soin, après l'amygdalotomie, si le moignon est bien libre d'adhérences, et s'il n'est pas trop entraîné dans les mouvements du voile du palais. Nous connaissons tous des sujets porteurs d'amygdales volumineuses qui ne s'enflamment jamais; cela est dû précisément à ce que l'organe échappe dans ces conditions aux causes qui peuvent produire de l'irritation.

M. NOQUET. — Dans le fait que j'ai communiqué, il y avait adhérence de l'amygdale avec le pilier, la douleur pouvait donc résulter de l'étranglement consécutif.

J'ai pratiqué bon nombre d'amygdalotomies chez les enfants sans rencontrer d'hémorragies gênantes; je reconnais que

(1) Voir p. 393.

cette opération est surtout commode par sa rapidité et j'en étais autrefois partisan. Mais il y a deux ans j'ai observé un cas qui m'a engagé à ne plus jamais la faire. Il se produisit chez une fillette de six ans, dans la nuit qui suivit l'opération, une hémorragie secondaire dont on ne s'aperçut pas tout d'abord parce que l'opérée avalait le sang en dormant. Je parvins néanmoins à arrêter l'hémorragie avec la pince de Broca, et l'enfant fut sauvée ; mais il est bien évident qu'elle serait morte si cette intervention avait quelque peu tardé. Et cependant dans ce cas dont j'ai gardé, on le comprend, le plus mauvais souvenir, toutes les précautions usitées avaient été prises. De plus les amygdales n'étaient pas rouges et n'avaient pas été enflammées depuis longtemps.

M. MOURE ne croit pas qu'un seul insuccès puisse faire rejeter une méthode. Il demande à M. Noquet si après l'amygdalotomie il avait administré des médicaments à la malade, et sur la réponse négative M. Moure ajoute qu'il a l'habitude de prescrire le gargarisme gallo-tannique de Morell-Mackenzie ou des solutions astringentes. Il a fait grand nombre d'amygdalotomies chez l'enfant il n'a jamais eu d'hémorragies secondaires ; il en est de même pour l'uvulotomie.

M. HERYNG. — Des cas exceptionnels, mais pourtant signalés par des confrères distingués, prouvent, comme le fait de M. Noquet, que l'amygdalotomie peut causer des accidents graves et même la mort. J'ai observé un cas où, à cause de l'hypertrophie excessive de l'amygdale gauche, j'ai été forcé d'opérer avec l'anse galvano-caustique. L'opération a été faite lentement et, malgré ces précautions, il s'est produit le lendemain une hémorragie tellement abondante, que la vie du malade a été en danger et qu'il en est résulté une anémie très prononcée.

Cet accident, comme un examen microscopique me l'a prouvé, tenait à la présence d'une quantité considérable de vaisseaux sanguins béants dans les tissus hypertrophiés.

Ces hémorragies qui, d'après Lefferts et Solis-Cohen,

peuvent devenir mortelles, ont déterminé certains confrères à enlever les amygdales avec l'anse galvano-caustique, ou à les détruire à l'aide du galvano-cautère et du thermo-cautère.

Dans les hémorragies modérées qui paraissent après l'ablation des tonsilles, je ne conseille plus le gargarisme prolongé qui provoque les contractions du pharynx et empêche la formation des caillots, je prescris l'introduction de l'eau glacée dans l'arrière-bouche, mais en recommandant aux malades de ne pas faire de mouvements énergiques.

M. MENIÈRE a fait plus de cinq cents amygdalotomies et n'a jamais eu d'hémorragies sérieuses. Après l'opération, il badigeonne la plaie avec un pinceau imbibé de jus de citron; il obtient aussi de bons résultats de l'essence de térébenthine employée de la même façon.

M. GELLÉ, après un accident hémorragique grave arrivé à la suite de l'amygdalotomie faite avec la guillotine, a depuis longtemps cessé de la pratiquer. Il préfère, dans les cas légers et moyens, les cautérisations multiples si peu douloureuses faites au moyen du galvano-cautère et, dans les cas où la tumeur est volumineuse, il cautérise profondément avec le petit cautère Paquelin. Il n'a jamais eu d'accidents depuis lors.

M. CHARAZAC. — En ce qui me concerne, je n'ai jamais eu d'hémorragie après l'amygdalotomie chez l'enfant, et, bien que l'on ne doive pas renoncer à une opération parce qu'elle donne des insuccès, j'avoue que si j'avais le moindre accident, mon enthousiasme serait singulièrement diminué.

Chez l'adulte, je détruis les amygdales, non pas au galvano-cautère, mais au thermo-cautère, et le procédé n'est pas très douloureux; il est fort bien supporté par le malade et l'on obtient en peu de temps la destruction de l'amygdale.

M. NOQUET. — Actuellement, je détruis les amygdales de la façon suivante : je fais d'abord une application de cocaïne, puis avec un gros galvano-cautère je fais sur la tonsille des raies de feu horizontales et disposées parallèlement en étage.

J'attache, s'il le faut, les enfants sur une chaise avec trois courroies solides. En quelques séances, on parvient ainsi à réduire suffisamment les amygdales. Je n'ai jamais observé aucun accident consécutif et je crois cette méthode préférable à l'ablation avec l'anse galvanique, procédé qui ne met pas autant à l'abri des hémorragies.

M. MOURE fait remarquer que l'usage du thermo-cautère n'est pas sans inconvénient; à la suite d'applications ignées, il survient parfois des phlegmons péri-amygdaliens ou retro-pharyngiens, accidents aussi graves que les hémorragies.

M. SCHIFFERS. — Il faut toujours recommander au malade de prendre de la glace pendant les deux jours qui suivent l'opération; de plus, le sujet doit être mis à la diète et ne doit pas avaler de sang; autrement le sang ira bientôt s'accumuler dans l'estomac et ne tardera pas à produire des nausées, des vomiturations qui par action mécanique auront souvent pour effet de favoriser l'ouverture de petits vaisseaux, et d'amener la chute des escharres consécutives. C'est là une des causes les plus fréquentes des hémorragies qui surviennent, un ou plusieurs jours après l'opération.

Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par cautérisation nasale et l'ablation de masses adénoïdes, par le D^r MÉNIÈRE (de Paris) (1).

Abcès chaud de la cloison des fosses nasales, par le D^r MOURE (de Bordeaux) (2).

Rôle de la corde du tympan dans la gustation, d'après quelques observations chez l'homme, par le D^r BOUCHERON (de Paris) (3).

(1) Voir page 401.

(2) Sera publié.

(3) Sera publié.

M. NOQUET. — Chez deux malades atteints d'otite chronique suppurée et dont les perforations de la membrane tympanique étaient disposées de telle sorte que leur bord supérieur correspondait à la région où passe la corde du tympan, j'ai pu faire les constatations suivantes. Toutes les fois où, en enlevant le pus, je touchais le bord supérieur de la perforation avec le stylet porte-ouate, il se produisait une double sensation dans la moitié correspondante de la langue, au niveau du tiers antérieur et dans une zone qui, commençant au bord externe, s'arrêtait à une certaine distance du sillon médian. Les malades ressentaient un fourmillement assez prononcé et de plus une saveur particulière métallique que l'un d'eux, étudiant en médecine, comparait à celle que l'on éprouve quand on place sur la langue les deux réophores d'une pile.

Ces deux faits prouvent donc, d'une façon évidente, que la corde du tympan contient des filets tactiles et des filets gustatifs : Wilde, Bonnafont, Moos, de Tröellsch, Urbantschitsch ont du reste signalé des cas analogues.

Urbantschitsch rapporte, dans son *Traité des maladies de l'oreille* les résultats fournis par l'examen de cinquante malades atteints d'otite moyenne suppurée chronique.

Il a, dans ces cinquante cas, rencontré des troubles de la sensibilité gustative qui n'étaient pas seulement limités à la zone de distribution de la corde du tympan, mais qui s'étendaient à celle du glosso-pharyngien. La sensibilité gustative était diminuée ou abolie complètement dans la moitié correspondante de la langue, du voile du palais de la paroi postérieure du pharynx, et même quelquefois dans la muqueuse de la joue. Il est évident que dans ces cas la corde du tympan n'était pas seule lésée et que le plexus tympanique devait présenter certaines altérations. Enfin Urbantschitsch dit qu'ayant coupé la corde en pratiquant la ténotomie du muscle du marteau, il constata chez son opéré une abolition complète du goût qui dura six semaines.

Tous ces faits sont fort intéressants, mais ils ne peuvent, on le comprend, servir à élucider la question de l'origine des différents filets de la corde du tympan. Si j'en juge par mes

recherches bibliographiques, les expériences pratiquées jusqu'ici par les physiologistes n'ont pas été très concluantes. L'une souvent contredit l'autre, et il n'y pas lieu de s'en étonner si l'on songe aux difficultés que présentent ces sortes de recherches.

M. BOUCHERON explique que la sensation gustative nette que donne l'excitation du tympan n'est pas comparable aux sensations moins franches produites par l'excitation des divers nerfs sensoriels.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx, par le D^r L.-J.-A. MÈGEVAND (1).

Ce Mémoire, couronné par la Faculté de Médecine de Genève, comprend deux parties. La première, subdivisée en trois chapitres, est consacrée à l'anatomie normale de la voûte du pharynx. L'auteur y décrit la cavité naso-pharyngienne, l'amygdale et la bourse pharyngienne avec tous les détails historiques et autres qui s'y rattachent.

Dans la deuxième partie, comprenant onze chapitres, sont étudiées certaines maladies de la voûte du pharynx : « celles, nous dit l'auteur, que nous avons pu observer nous-même directement et qui sont en outre celles que l'on peut rencontrer le plus fréquemment ». — Comme l'indique le titre du Mémoire, il s'agit surtout d'une étude anatomo-pathologique. — A ce propos, sont successivement passés en revue : le catarrhe aigu, le catarrhe chronique, l'hypersécrétion de la bourse pharyngienne, les ulcérations de la voûte et de la bourse, les kystes de la bourse, l'hypertrophie de l'amygdale, l'atrophie du tissu adénoïde. Chacun de ces chapitres est accompagné d'observations dont l'ensemble ne s'élève pas à moins de cent et se termine par l'exposition des résultats avec discussion. Enfin le onzième chapitre a pour objet l'étude des petites papilles que l'on retrouve sur la

(1) Genève, Imprimerie Rivera et Dubois, rue de Rive, 5, 1887.

paroi supérieure du pharynx chaque fois qu'il y a eu processus irritatif. C'est à plein droit que M. Mègevand réclame pour lui la priorité de cette étude, ainsi du reste que l'explication pathogénique suivant laquelle, d'après lui, ces papilles seraient la cause des petites hémorragies, ou le point de départ des petites tumeurs papillomateuses de cette région.

Signalons en terminant un Index bibliographique de six pages, fort complet, et deux planches très soigneusement gravées, comprenant chacune trois figures avec explications y annexées.

M. NATIER.

De la rhino-bronchite annuelle où asthme d'été,
par le D^r LEFLAIVE.

Dans une première forme de l'affection, ou variété oculo-nasale, on constate du larmolement, des picotements aux yeux, un peu de rougeur des conjonctives, de la photophobie, et du prurit nasal, un écoulement très abondant aqueux d'abord, puis plus tard jaune épais de la pituitaire, et des éternuements survenant en série. Ces symptômes durent environ de quatre à six semaines.

Dans la seconde forme oculo-naso-thoracique, aux phénomènes précédents s'ajoute une dyspnée de type asthmatique, à exacerbations vespérales et nocturnes tout d'abord sans expectoration. Au bout de quelques jours la toux et les crachats se montrent. La durée semble un peu plus longue que dans l'autre forme.

Il existe des troubles urinaires qui portent sur la quantité de l'urine (diminution) et sur sa qualité; mais des recherches plus complètes sont nécessaires sur ce point.

La maladie est souvent héréditaire; elle paraît avoir une parenté étiologique très grande avec la goutte. C'est ainsi que s'explique sa fréquence dans la race anglo-saxonne et sa rareté extrême dans la population qui fréquente les hôpitaux. La cause déterminante est le retour de l'été qui agit par des influences météorologiques difficiles à déterminer et probablement complexes.

L'auteur, étudiant la pathogénie de l'affection, combat l'origine nasale de l'asthme d'été : « Notre opinion personnelle se

» base sur un nombre de cas relativement restreints; mais
» parmi eux, rien ne nous autorise à penser qu'une lésion
» nasale soit le point de départ de la maladie... Ce malheu-
» reux tissu caverneux ou érectile encore discuté, ces lésions
» variables parfois bien peu évidentes, on les a poursuivis par
» le fer et le feu. Indistinctement dans les cas réguliers ou
» irréguliers, passagers ou permanents, d'éternuements de
» migraine, d'asthme, de rhino-bronchite annuelle, on a brûlé
» d'une façon impitoyable les points incriminés de la muqueuse
» nasale; on a même enlevé les cornets. Des chiffres d'opéra-
» tions effrayants ont été publiés en Allemagne et surtout en
» Amérique... Il ne paraît pas que ces tentatives aient été
» bien couronnées de succès. »

Nous ne doutons pas que le Dr Leflaive ne modifie sa manière de voir, lorsque « son opinion pourra se baser sur un nombre de cas moins restreint » et lorsqu'il aura pu traiter quelques malades par la méthode nasale; alors il reconnaîtra avec nous que la théorie de Hack, Bosworth, John Mackenzie mérite d'être prise en sérieuse considération. Sous la réserve de ces observations nous n'avons qu'à féliciter l'auteur de ce travail consciencieux bien présenté et assez complet au point de vue bibliographique. (*Thèse de Paris.*)

J. JOAL.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Considérations sur les paresthésies des premières voies aériennes par le Dr P. Kock.

Les paresthésies diffèrent des hyperesthésies et des hyperalgésies. Elles sont spontanées pour ainsi dire, ou du moins émanent d'une cause soit interne soit externe, mais toujours minime, et quelquefois illusoire; elles sont l'expression de sensations intérieures extraordinaires hors ligne, souvent fantastiques; l'intensité et le caractère de ces sensations ne correspondent jamais aux lésions que l'on peut constater.

Elles sont aux premières voies aériennes ce que sont le pyrosis, la boulimie, la polyphagie à l'estomac.

Les paresthésies pharyngées et laryngées occupent le premier rang dans la série des névroses de la sensibilité, elles peuvent exister en dehors de toute lésion appréciable à l'œil, et ne se trouvent souvent en aucune proportion avec les symptômes subjectifs. Et, dans l'examen et l'interrogatoire des malades, il faut se souvenir que la muqueuse des premières voies aériennes n'est douée que d'une puissance de localisation peu développée; en règle générale, les malades ne désignent que vaguement le siège de leur affection, on ne peut s'y fier que quand ils désignent le côté droit ou le côté gauche, tandis que dans la direction verticale et surtout dans le sens de profondeur, leurs données ne sont pas sûres du tout. C'est ainsi qu'une douleur siégeant réellement dans le naso-pharynx est le plus souvent accusée dans les régions laryngienne ou trachéale.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs faits de paresthésies : une dame croyant avoir été empoisonnée, et ayant dans la bouche le goût permanent de soufre et de phosphore; deux femmes soutenant avoir avalé leurs dentiers; deux cas de toux croupale; il raconte l'histoire de personnes étant venues le voir pour se faire enlever une aiguille, un cheveu, un grain d'avoine dans la gorge, et qui étaient simplement atteintes de pharyngite granuleuse.

L'étude des paresthésies montre que, chez les personnes hystériques et chez les névrosthéniques, elles se manifestent sous la forme aiguë, tandis que, chez les hypocondriaques, elles apparaissent sous la forme chronique. Chez ces derniers, elles constituent la sensation et souvent l'exagération d'un phénomène physiologique lequel, chez des personnes saines, ne parvient pas à leur connaissance.

Les paresthésies laryngiennes et pharyngiennes dépendent souvent d'un état pathologique d'organes éloignés; la névrose cesse avec la guérison de ces troubles éloignés, preuve qu'il existait une connexion causale entre les deux affections; des faits de ce genre s'observent fréquemment dans les clini-

ques de gynécologie; l'hypertrophie des glandes de la base de la langue peut occasionner de la douleur, de l'aphonie, de la toux, de la dyspnée laryngée.

Les paresthésies sont plus ou moins intermittentes : elles cessent, elles augmentent, elles changent de place et même de qualité sous l'influence d'une émotion subite, elles disparaissent complètement ou bien elles changent de caractère pendant un repas et les premières heures après. Le chatouillement continu et fatigant de la phtisie laryngée est en partie de nature paresthésique; il diminue pendant le repas.

Le traitement des paresthésies doit surtout s'adresser au moral des malades, il faut avoir l'air de s'occuper d'eux, ne pas trop les contredire, et instituer localement un traitement inoffensif. (*Annales de l'oreille*, nov. 1887.) J. JOAL.

Préoccupations hypocondriaques localisées sur la langue
par le Prof. PITRES, de Bordeaux.

A la suite de la communication de M. Verneuil sur les lésions imaginaires de la langue, M. Laborde a fait remarquer que les malades de ce genre sont des hypocondriaques délirants. L'auteur publie une observation qui appartient au groupe indiqué par M. Laborde.

Il s'agit d'une dame, âgée de cinquante-deux ans, se plaignant d'une affection de la langue qui la faisait cruellement souffrir. A l'en croire, sa langue était noire, épaisse, enflée, dure, fendillée, couverte d'enduits fétides.

L'examen le plus attentif ne révélait absolument aucune altération de cet organe, mais un extrait d'une lettre de *vingt-quatre* pages, reçu le lendemain de la consultation, donne une idée de la véritable nature délirante de la maladie.

L'auteur se demande : quelle est la part des sensations réelles dans la production des maladies dites imaginaires des hypocondriaques. (*Tribune médicale*, 16 oct. 1887.)

LACONNET.

Ulcérations imaginaires de la langue, par le Dr POYET.

L'auteur reconnaît, avec Fournier et Labbé, que les faits rapportés par M. Verneuil à la séance de l'Académie du

27 septembre sont moins rares qu'on pourrait le croire.

Il divise en quatre catégories les malades atteints de cette affection imaginaire :

1° Ceux qui sont atteints de névralgies linguales ;

2° Ceux qui, après un examen minutieux de la partie visible de leur langue, y aperçoivent une ou plusieurs papilles volumineuses et qui, par suite de manœuvres intempestives, finissent par rendre ces papilles douloureuses ;

3° Ceux qui sont atteints d'hypocondrie nosomaniaque ;

4° Ceux qui, atteints de leucoplasie linguale, souffrent de leur langue, sans que, pour cela, elle soit ulcérée.

L'auteur signale encore certaines douleurs passagères, spéciales à la langue, et revêtant quelquefois la forme fulgurante, les contusions de l'organe pendant le sommeil, les froissements du frein lingual pendant un examen laryngoscopique qui donnent aussi lieu aux sensations d'ulcération.

Comme médication, le traitement moral doit tout primer.

Pour les malades de la première catégorie : bains de bouche émollients, badigeonnage de cocaïne, pastilles de cocaïne et d'aconit, peut-être injections intra-parenchymateuses de morphine ou d'antipyrine.

Pour ceux de la seconde : s'abstenir de tout moyen violent ; à peine quelques badigeonnages d'iode pour rassurer le malade.

Chez les hyponcondriaques : cautérisations ponctuées légères, destinées à réagir sur leur imagination.

Enfin, chez les leucoplasiques : émollients, anti-arthritiques. (*Journal des connaissances méd.*, 20 octobre 1887.)

LACONARRET.

De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants,
par le Dr Louis GUINON, interne des hôpitaux.

La desquamation épithéliale de la langue chez les enfants, étudiée sous divers noms tant en France qu'à l'étranger, a été considérée par Parrot comme une manifestation de la syphilis héréditaire. L'auteur s'est appliqué à contrôler l'étiologie syphilitique de cette affection.

Il étudie d'abord la *glossite exfoliatrice marginée*, il en donne les symptômes, décrit ses différents stades : épaissement épithélial, liseré, plaque de desquamation, état des papilles, marche et durée. La guérison résulte souvent, d'après plusieurs observations, d'une maladie aiguë, fébrile intercurrente.

Des examens histologiques auxquels l'auteur s'est livré il ressort que l'inflammation est purement épithéliale, la tumescence du derme au voisinage du liseré n'est due qu'à sa dénudation partielle. Quant à la desquamation, elle se forme par la chute du liseré.

Les statistiques que présente M. Guinon démontrent qu'après l'âge de six ans l'affection disparaît. Les cas sont rares au delà de cet âge.

Comme cause étiologique, l'hérédité, le mauvais état général ne paraissent pas avoir une grande influence sur son développement. Une seule cause vraisemblable : c'est la dentition. Quant à la syphilis, toujours d'après les statistiques, son action est bien incertaine. Le traitement spécifique n'a aucune action sur la maladie. La marche des syphilides n'est d'ailleurs pas la même.

La théorie nerveuse (Unna), la théorie du parasitisme (Gubler) ne paraissent pas non plus devoir être acceptées.

L'auteur rapporte ensuite une seconde forme de l'affection, la *desquamation à découpures nettes*, forme décrite par Gautier. Cette variété paraît être en rapport avec des troubles digestifs, mais elle est indépendante de la syphilis. Une observation très complète de M. Cayla le démontre absolument.

Un troisième type de desquamation rencontré par M. Guinon n'est signalé dans aucun ouvrage. Il s'agit ici d'un simple amincissement épithélial, sans limites nettes, sans bords sailants ; la muqueuse diminue progressivement de hauteur jusqu'au centre de la plaque ; celle-ci est unique et occupe la ligne médiane de la face dorsale, allongée d'avant en arrière ; elle peut siéger sur toute la longueur.

Quand elle disparaît, l'épithélium se reforme de la périphérie au centre, ou bien de la base à la pointe.

Ces deux dernières variétés ne peuvent être confondues avec aucune autre lésion. Les érosions de l'aphthe, les stomatites ulcéro-membraneuses rubéoliques sont plus profondes, irrégulières, recouvertes d'un enduit grisâtre et enfin douloureuses.

Le pronostic de ces trois formes est bénin.

Elles méritent à peine qu'on les traite. Elles guérissent sûrement avec l'âge. (*Journ. des connaissances méd.*, 1^{er}, 8 et 15 décembre 1887.)

L. LACONNET.

Stomatite aphtheuse entretenue par des cautérisations au nitrate d'argent. — Grenouillette parotidienne aiguë, par le Dr J. ERAUD, chef de Clinique.

Il s'agit d'un homme atteint depuis trois ans sans cause déterminée d'une stomatite aphtheuse, entretenue par des cautérisations trop fréquentes et trop profondes au nitrate d'argent. Il existait entre autres, à droite, une ulcération jugale au centre de laquelle on retrouvait l'orifice du canal de Sténon.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital le malade, au moment du repas, vit se développer tout à coup sans gêne, sans douleur et sans changement de coloration de la peau, une tumeur du volume d'une orange, arrondie, molle, fluctuante et peu mobile.

La pression faisait sourdre un peu de salive par l'orifice du canal de Sténon, qui n'était pas dilaté. Pas de calcul salivaire. Deux heures après le repas la tumeur avait complètement disparu et ne s'est pas reproduite.

On se trouvait évidemment en présence d'une *grenouillette parotidienne aiguë*, fait rare, et due à la contraction spasmodique du canal de Sténon. Ce spasme s'était produit soit sous l'influence de la mastication, soit par suite du contact irritant des parcelles alimentaires.

Quant au siège de la tumeur, il est probable, étant donnés les caractères de celle-ci, que les grands et les petits canaux avaient été simultanément intéressés. (*La Province Médicale*; 15 octobre 1887.)

L. LACONNET.

Du noma, par le professeur GRANCHER.

A l'occasion de deux cas de noma qui se trouvent dans son service, M. le professeur Grancher fait l'étude de cette rare affection. Il rapporte l'histoire clinique de ses deux malades et indique la marche habituelle de la maladie. L'étiologie en est obscure; on s'accorde à reconnaître l'influence de la débilité et du mauvais état général. Rilliet et Barthez ont trouvé les veines et les artères oblitérées. Peut-être existait-il des lésions nerveuses?

La débilité générale, due à la rougeole, la débilité locale, due à la compression par le décubitus, préparent le terrain sur lequel viendra se développer soit un micro-organisme venu du dehors, soit un micro-organisme de la salive. Quant à la nature de ce micro-organisme, quant à sa spécificité ou à sa non-spécificité, elle n'est pas connue.

Le terrain cependant joue un rôle absolument prépondérant dans la pathogénie du noma. Aussi le traitement se résume-t-il en trois mots : alimentation, aération, propreté. (*Journal des connaissances médicales*, 27 octobre et 3 novembre 1887.)

LACOMARRET.

De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde,

par le Dr CADET de GASSICOURT.

Trois faits observés dans ces derniers temps montrent que l'angine pultacée au début de la fièvre typhoïde peut présenter trois aspects différents et également trompeurs :

1° Un petit garçon de sept ans entre à l'hôpital avec une fièvre modérée; il avalait avec difficulté; sur chaque amygdale on voyait deux ou trois petits points blancs reposant sur un fond rosé; le diagnostic angine herpétique fut posé; bientôt il fallut reconnaître qu'on avait affaire à une fièvre typhoïde;

2° Une fillette de dix ans présente tous les signes d'une angine violente: rougeur des amygdales, des piliers antérieurs, du voile du palais, et toutes ces parties sont recouvertes d'un enduit pultacé abondant, étendu, épais. Tuméfaction des ganglions, face vultueuse; température 40° le soir, et 39°6

le matin; pouls à 104; comme en outre les renseignements semblent indiquer l'existence d'un début brusque, le diagnostic qui vient à l'esprit est celui de scarlatine. Il s'agit au contraire d'une fièvre typhoïde.

3^o Dans le pavillon des diphtéritiques, un garçon de douze ans s'agite dans son lit avec force, il paraît en proie à un violent délire. Peau chaude, pouls rapide, température 40°5 le soir, et 39°8 le matin; face rouge, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, amygdales rouges et volumineuses, recouvertes d'un enduit blanc, jaunâtre, très épais, qui s'étend sur le voile du palais tuméfié et enflammé; l'interne avait cru à une angine diphtéritique; Cadet de Gassicourt pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde dont les symptômes ne tardent pas à s'accroître.

Ces trois faits montrent les difficultés de diagnostic que peut faire naître l'angine pultacée lorsqu'elle se montre comme symptôme initial de la fièvre typhoïde. (*Journal Médecine, Paris*, 5 fév. 1887.) J. JOAL.

Observations sur la pathologie des glandes salivaires,
par A. BROCA.

Les fistules de la parotide et du canal de Stenon sont, d'après Chrétien (article parotide, *Diction. encyclopéd.*, de Dechambre), rarement consécutives aux ulcérations du cancroïde, de la strume ou de la syphilis; aussi Broca croit-il devoir publier un fait où la fistule du canal de Sténon ou de la parotide accessoire était due à une ulcération scrofuleuse de la face.

Puis il publie une deuxième observation, celle d'un malade ayant un calcul salivaire du canal de Wharton, calcul qui n'était pas révélé par le cathétérisme.

Enfin un troisième fait, trouvé dans les cartons de Broca père, est relatif à un phlegmon sublingual intense avec œdème et suffocation. Tout cela provenait du calcul qui était sorti par ulcération soit de la glande sous-maxillaire, soit de son canal excréteur; calcul qui apparut à travers l'incision très

postérieure, faite dans le plancher de la bouche pour évacuer le pus. (*Archives de laryngologie*, déc. 1887.) J. JOAL.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par M. RECLUS.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, présentant une tumeur du plancher de la bouche, dont le début remontait à trois ans. Cette tumeur faisait saillie à la région sus-hyoïdienne. Grosse d'abord comme une petite bille, elle offrait, au moment de l'examen, la dimension du poing d'un adulte. Souple, lisse, fluctuante pendant longtemps, elle était devenue depuis peu douloureuse et avait augmenté rapidement de volume. La déglutition était dès lors impossible.

Le diagnostic avait été fait au début de l'affection à la suite d'une simple incision. M. Reclus pratiqua l'extirpation du kyste par la voie sus-hyoïdienne. La tumeur tenait par un petit pédicule à la face postérieure du maxillaire inférieur, au dessus des apophyses génitales.

Le cas de ce malade diffère des observations connues par plusieurs points : 1° par l'âge ; 2° par le volume de la tumeur ; 3° par sa fluctuation très remarquable. (*Gazette des hôpitaux*, 3 nov. 1887.)

LACONNET.

De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme,
par le Dr ROCHET.

L'auteur cite trois observations d'épithéliome labial, lingual et jugal, qui lui fournissent l'occasion de cette étude.

D'après les statistiques de Heurtaux, Poulet et Bousquet, Lortet, etc., il résulte que l'épithéliome labial est rare chez la femme, que chez elle la proportion du cancer de la lèvre supérieure par rapport à celui de la lèvre inférieure est de 1 à 3, tandis que chez l'homme elle n'est plus que de 1 pour 24. Si on s'en rapporte aux observations rassemblées par l'auteur, ces différences sont encore plus accusées.

La récurrence est fréquente après l'opération, mais souvent tardive. La marche de l'affection paraît bénigne comparée à ce qu'on observe chez l'homme. Peut-être le cancroïde de la femme bénéficie-t-il de son siège à la lèvre supérieure.

Le cancer de la langue paraît aussi chez elle moins fréquent que celui de la lèvre, mais il comporte le même pronostic que chez l'homme. Sa marche est rapide, l'engorgement ganglionnaire précocé, les récidives presque fatales.

Les auteurs sont presque muets sur l'épithéliome de la muqueuse jugale. D'après Poulet et Bousquet, Kirmisson, il est beaucoup plus grave quand il débute par la face interne des joues. Presque toujours le néoplasme commence par la face externe et n'envahit que secondairement la muqueuse. Le cancer jugal soit interne, soit externe n'est pas commun. Il est plus rare chez la femme que chez l'homme d'après les statistiques de Heurtaux confirmées par les observations de l'auteur.

Les deux facteurs les plus importants de la pathogénie du cancroïde sont l'hérédité et l'âge. Les théories basées sur l'irritation chronique de la muqueuse buccale plus fréquente chez l'homme sont trop exclusives, et il est plus rationnel de tenir compte de la tendance qu'a l'épithéliome chez la femme à se localiser dans la mamelle et dans l'appareil génital. (*La Province Médicale*, n° du 21 mai 1887.) LACQARRET.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Les névropathies réflexes d'origine nasale, par M. le Dr Albert RUULT.

L'auteur commence par exposer l'état de la question, puis il passe en revue les diverses névropathies qui peuvent avoir une lésion nasale pour cause déterminante; il indique les auteurs qui les ont surtout observées.

C'est ainsi qu'il note les accès d'éternûment, le spasme glottique, la toux nasale, la fièvre des foin, les paresthésies et hyperesthésies du pharynx, de l'œsophage, du larynx, les gastralgies, vertiges, etc., etc.

M. Ruault fait remarquer que ce sont surtout les affections chroniques, en apparence très bénignes, qui donnent lieu à ces troubles : la rhinite atrophique avec rétention des sécrétions, le catarrhe nasal chronique simple, mais surtout la rhinite chronique hypertrophique. L'auteur examine à ce pro-

pos les divers états pathologiques que comprend le terme de rhinite hypertrophique. Enfin, en l'absence de lésions nasales, on a pu incriminer l'état pathologique de la cavité nasopharyngienne.

Le point de départ des réflexes paraît être dans les terminaisons des nerfs sensibles de la muqueuse. Quant à leur siège, en présence de la divergence d'opinions des auteurs, il est rationnel d'admettre qu'il peut se trouver dans tous les points de la muqueuse nasale. Les causes d'irritation qui font naître ces réflexes sont variables : irritation directe mécanique, inflammatoire, psychique, etc. Ces phénomènes cependant s'observent de préférence chez des sujets prédisposés.

Après avoir longuement insisté sur la façon dont doit être fait l'examen rhinoscopique pour arriver au diagnostic de la lésion nasale, M. Ruault fait observer qu'on doit rechercher si cette lésion est la cause réelle des accidents.

Il faut s'informer si les phénomènes réflexes s'accompagnent de quelques symptômes concomitants du côté du nez ; il convient encore de chercher à provoquer la névrose par une irritation légère de la membrane de Schneider et ensuite d'essayer d'enrayer l'accès provoqué ou spontané par une anesthésie locale bien faite de la muqueuse. On devra encore se méfier des guérisons trop rapides, qui sont le propre de l'hystérie.

Le pronostic est le plus souvent favorable, si ce n'est dans les cas d'asthme durant depuis longtemps.

Quant au traitement, il est variable, selon les lésions nasales. (*Gazette des Hôpitaux*, du 10 décembre 1887.)

LACOMARRET.

Des rapports des maladies des yeux avec les affections nasales (*Ueber die Beziehungen von Augenerkrankungen zu Nasenerkrankungen*), par le Dr ROHMOLZ (de Stettin).

L'histoire des rapports des affections des yeux avec celles du nez a été peu étudiée, et les livres classiques d'oculistique contiennent à peine une indication sur l'importance de l'examen du nez dans le traitement d'un grand nombre de maladies

des yeux. Les quelques communications qui ont été faites sur ce sujet émanent presque toutes de rhinologistes.

Ces rapports sont pourtant si intimes qu'ils se produisent à chaque instant. Une irritation de l'œil produit chez beaucoup de personnes une rhinorrhée très intense qui n'est pas due uniquement au passage des larmes, mais à une hyperémie nasale instantanée ; il en est de même de l'irritation du nez, par le passage de la sonde, par exemple, qui détermine immédiatement un flux de larmes.

Dans les ophtalmies scrofuleuses des enfants, quelle qu'en soit la forme, qu'elles soient aiguës ou chroniques, on trouve presque toujours les fosses nasales participant à l'inflammation ; il s'y fait une sécrétion de nature variable, le passage de l'air est entravé, les corps caverneux des cornets sont tuméfiés, etc.

Dans ce cas la répétition des rhinites entraîne les rechutes d'ophtalmie, et, comme confirmation de l'importance de ces relations, c'est qu'on ne tarde pas à se rendre maître de l'affection oculaire dès qu'on a appliqué à la maladie nasale concomitante un traitement approprié.

Dans l'ozène, on observe souvent de la conjonctivite chronique avec léger écartement de la paupière inférieure, etc., qui ne s'améliore que lorsqu'on traite concurremment la maladie nasale. C'est aussi un fait observé (Nieden) que dans le cas d'ozène les blessures de la cornée ont une tendance à donner du pus.

La rhinite chronique hypertrophique simple n'exerce que rarement de l'influence sur les maladies oculaires, mais il n'en est pas de même des maladies de voies lacrymales qui exigent un examen précis de la cavité nasale et, le cas échéant, un traitement approprié.

L'auteur s'abstient d'hypothèses sur la cause de ces relations entre les deux organes ; il rappelle seulement les connexions intimes qui existent entre eux tant au point de vue de la circulation qu'à celui de l'innervation et de l'excrétion lacrymale. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1887, n° 52.)

D^r WAGNIER.

Syphilide acnéïque du nez, par M. HORAND, ex-chirurgien en
chef de l'Antiquaille.

L'auteur fournit deux observations qui donnent une idée de la syphilis acnéïque du nez. Cet accident syphilitique siège sur la surface externe du nez, de préférence au niveau des ailes et du lobule; il envahit parfois la lèvre supérieure, mais respecte la muqueuse, les cartilages et les os.

A la période d'état on trouve des pustules d'un volume variable et à différents stades de leur évolution. Les unes renferment du pus, les autres sont recouvertes d'une croûte noirâtre. Elles restent tantôt isolées, tantôt elles se réunissent, se rompent et forment des ulcérations arrondies, à bords réguliers, à fond creusé et grisâtre.

Les pustules disposées sans ordre reposent sur une peau d'un rouge sombre, épaissie, parsemée de cicatrices rosées ou blanches rappelant celles de la variole. Pas de douleurs, pas non plus de ganglions.

Au début on remarque une rougeur limitée à la peau, rougeur qui s'étend à mesure qu'apparaissent les pustules. L'évolution a lieu par poussées, lentement, sans tendance à la guérison. Ces accidents existent seuls ou sont associés à d'autres manifestations de la syphilis.

Cette affection paraît rare, un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle constitue un accident tardif, elle n'indique pas une syphilide grave, mais elle est favorisée par l'absence de traitement au moment de l'accident primitif et surtout par l'alcoolisme. Les malades continuent à jouir d'une bonne santé.

L'auteur fait ensuite le diagnostic différentiel de cette lésion avec les maladies cutanées de cette région qui pourraient en imposer : acné rosacea, acné indurata, impétigo, lupus, cancroïde.

Le traitement général s'adresse à la syphilis. Le traitement local comprend au début les cataplasmes, puis soit du cérat au calomel, soit du cold-cream à l'oxyde de zinc. Enfin pour régulariser les cicatrices on emploiera la teinture d'iode. On donnera quelques purgatifs.

La durée du traitement ne dépasse pas ordinairement deux mois. (*Lyon médical*, 16 octobre 1887). L. LACONNET.

Chancre extra-génital siégeant à la racine du nez. — Coryza spécifique. — Syphilides génitales papulo-érosives, par M. Emile LAURENT, interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui, six semaines avant son entrée en prison, présentait un bouton siégeant à la racine du nez. Ce bouton s'ulcéra et la plaie suppura plusieurs semaines. La cicatrisation s'est faite depuis une quinzaine de jours. La cicatrice en est arrondie, d'un rouge assez vif, à bords un peu saillants, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Deux mois après le début de cet accident, cet homme attirait l'attention sur des ulcérations nombreuses disséminées sur la peau des bourses, les parties adjacentes de la peau des cuisses, ainsi que sur le gland et dans le sillon balano-préputial. Ces lésions présentaient tous les caractères de syphilides papulo-érosives et de plaques muqueuses cutanées. A l'anus, plaques muqueuses superficielles.

Dans les plis inguinaux, il existe une adénopathie appréciable, mais à peu près symétrique. On ne trouve pas la pléiade ganglionnaire chancreuse. Du reste, ni sur le gland, ni à l'anus, on ne trouve la trace de l'accident primitif.

Pas de traces de roséole, ni d'autre élément éruptif. A la commissure labiale droite, une petite cicatrice opalescente. Sur l'amygdale droite, on voit une plaque muqueuse. Quelques croûtelles dans les cheveux.

Les ganglions sous-occipitaux, sous-maxillaires, ceux de l'angle de la mâchoire, à gauche, sont gros.

MM. Variot et Th. Anger n'hésitèrent pas à reconnaître dans la cicatrice de la racine du nez la marque d'un chancre extra-génital.

Depuis trois semaines, le malade se plaint d'un coryza très intense. Rien, dans ses antécédents, ne peut faire penser à un coryza chronique. Il n'a pas pris d'iodure de potassium. (*Gazette médicale*, 17 décembre 1887.) LACONNET.

Des injections de jus de citron dans les épistaxis,
par le Dr GENEUIL.

Après avoir employé tous les moyens thérapeutiques destinés à combattre les épistaxis, M. le Dr Geneuil a eu l'idée de se servir du jus de citron. Il est parvenu ainsi à arrêter les hémorragies nasales les plus rebelles, même après douze ou quinze heures d'insuccès avec tous les hémostatiques connus. Voici sa façon d'agir : à l'aide d'une seringue en verre à injections uréthrales, il lave au préalable à l'eau fraîche la narine saignante pour la débarrasser des caillots; il injecte immédiatement après une pleine seringue de jus de citron fraîchement exprimé. Au bout d'une ou deux minutes le sang cesse de couler, sinon, nouvelle injection; mais habituellement une seule suffit.

Le Dr Geneuil n'attribue pas l'action du suc à l'acide citrique. Il s'est servi par deux fois d'une solution concentrée d'acide citrique sans obtenir de résultat. D'après lui, les propriétés hémostatiques du jus de citron seraient dues à l'ensemble des substances qu'il renferme. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 nov. 1887.)

LACONNET.

De l'eau naphtholée dans l'ozène et les rhinites purulentes,
par A. RUULT.

L'auteur emploie avec avantage pour les irrigations nasales dans l'ozène et aussi dans les diverses rhinites purulentes le liquide suivant :

Naphthol B....	12 grammes.
Alcool à 90°	84 »

Une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède.

L'irrigation prolongée produit une sensation de cuisson assez désagréable mais qui n'est que passagère. Chez les sujets intolérants, on peut se servir d'une solution moitié moins forte, et faire au préalable des pulvérisations cocaïnées dans le nez. (*Arch. de laryngologie*, déc. 1887.)

J. JOAL.

Polypes en grappes de la fosse nasale droite faisant saillie dans le naso-pharynx. Céphalalgies, douleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive. Extirpation de la tumeur par les voies naturelles. Guérison, par A. JALAGUIER et A. RUAUT.

Le titre de l'article indique les points intéressants de cette observation; il faut aussi noter la disposition de la tumeur dont le pédicule unique supportait des masses distinctes constituant ainsi la forme en grappe du polype. L'examen histologique a en outre montré qu'il ne s'agissait pas d'un myxome ou d'un fibro-myxome, mais bien d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques. (*Archives de laryngologie*, décembre 1887.)

J. JOAL.

De l'allaitement par le nez. De son utilisation dans la pratique, par le Dr R. SAINT-PHILIPPE.

L'auteur se propose d'appeler l'attention sur un mode d'allaitement connu, mais peu vulgarisé, l'allaitement par le nez. Ce procédé trouvera son application chaque fois que la succion est rendue impossible. Il est simple et facile à employer. L'enfant étant tenu horizontalement, on verse alternativement dans l'une et l'autre narine le lait contenu dans une cuiller à café. La déglutition est régulière quoique renversée. Quant à la respiration, elle est tantôt suspendue, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle continue comme à l'état physiologique.

L'auteur cite l'observation d'un enfant venu à sept mois qui ne peut pas téter. Nourri pendant quinze jours à la cuiller, il s'affaiblit tellement que, craignant une issue funeste, l'allaitement par le nez est conseillé comme ressource ultime. Après un mois de soins continus, l'enfant prend le sein et est dès lors hors d'affaire.

Le gavage donne bien les plus brillants résultats, mais à condition d'être mis en œuvre par des mains expérimentées. Son application, aisée dans les maternités et les hôpitaux, est le plus souvent impossible dans la pratique civile. Dans ce cas, l'allaitement par le nez, qui demande surtout de la patience, aura le plus de chances de réussir.

L. LACARRET.

DIPHTÉRIE

Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie, par le Dr J. SIMON. (Leçon recueillie par les Drs CARRON et MERCIER, revue par le Dr SIMON.)

Diagnostic et pronostic de la diphtérie. — L'existence de la diphtérie ne saurait être véritablement affirmée que lorsqu'on se trouve en présence d'une fausse membrane évidente avec tous ses caractères pathognomoniques. Le diagnostic est surtout difficile quand la diphtérie reste localisée. D'autres fois la couenne est méconnue et seule la paralysie ou l'albuminurie révélerait l'existence de la diphtérie.

On peut admettre avec Trousseau qu'il existe en clinique trois types de diphtérie parfaitement définis. Elle peut être localisée, infectieuse ou toxique.

La diphtérie est-elle localisée, elle devient difficile à reconnaître quand il n'existe qu'un ou deux petits points blanchâtres, à formes très diverses. On peut alors aisément la confondre avec le muguet, les produits pultacés ou herpétiques. Aussi devra-t-on être réservé dans son diagnostic et attendre pour se prononcer. La présence d'une petite tache blanche sur la luette ou sur le voile du palais est d'une grande valeur diagnostique. Une des difficultés du diagnostic de la diphtérie localisée tient encore à la diversité des sièges qu'elle peut occuper. Dans le doute, on devra traiter les plaques comme si elles étaient d'origine diphtéritique.

L'angine infectieuse revêt une rapidité d'allures et des symptômes qui lui sont propres; l'état général trahit l'empoisonnement de l'organisme.

Dans la *diphtérie toxique*, l'état général domine la scène, et la mort survient au bout de deux ou trois jours.

Souvent, dans le cours de certaines maladies infectieuses, scarlatine et fièvre typhoïde, par exemple, on pourra avoir affaire à des angines graves et fort difficiles à différencier de l'angine diphtéritique.

Le croup d'emblée ne laisse pas que d'offrir beaucoup d'analogie avec la laryngite inflammatoire intense ou avec la laryngite striduleuse; il existe cependant des signes assez connus qui aideront au diagnostic.

Relativement au pronostic, on peut dire qu'il est variable suivant la forme de la diphtérie, les complications qui peuvent ne pas se produire et l'âge du sujet. La diphtérie locale comporte en moyenne moitié de guérisons. La diphtérie infectieuse guérit une fois sur dix; les complications pulmonaires sont les plus redoutables. Les chances de guérison ne deviendraient sérieuses qu'à partir de trois à quatre ans. Le pronostic est absolument dominé par le plus ou moins de résistance que l'enfant oppose à l'alimentation.

Traitement de la diphtérie. — Localement, M. J. Simon a recours à trois moyens : les badigeonnages, les irrigations et les gargarismes. Mais, à côté des médicaments, et simultanément, il faut employer les moyens hygiéniques. Relever, par un régime tonique, les forces du malade; maintenir, à une température égale et constante, la chambre dans laquelle il est couché. Mais que si le mal n'a pu être enrayé, on devra d'abord faire vomir l'enfant et se tenir ensuite prêt à pratiquer la trachéotomie dès que l'urgence en sera démontrée.

Ici l'auteur discute les indications de la trachéotomie, ses chances de succès; il décrit tout au long le manuel opératoire et termine par les soins à donner au malade après la trachéotomie et la façon dont il faudra s'y prendre pour arriver à enlever définitivement la canule. (*Progrès médical*, n° 23, p. 455; n° 25, p. 497, et n° 26, p. 519, juin 1887.)

M. NATIER.

Contribution au traitement de la diphtérie, par le Dr G. GUELPA.

L'auteur emploie contre la diphtérie les injections d'une solution de perchlorure de fer. Il est convaincu cependant que d'autres liquides, comme l'eau boriquée, l'eau phéniquée, l'eau de chaux, etc., peuvent donner les mêmes résultats, car l'action thérapeutique du médicament qui entre dans la solution doit être bien secondaire. Ce qui constitue la base du traitement dans la méthode nouvelle que propose M. Guelpa, c'est le lavage, l'irrigation, le plus fréquemment possible, des surfaces atteintes.

Plusieurs observations viennent confirmer les résultats heureux de cette médication.

Voici d'ailleurs les conclusions dont l'auteur fait suivre son travail :

1° Dans le traitement de la diphtérie, les cautérisations sont souvent nuisibles et peut-être jamais avantageuses; il faut donc éviter régulièrement toute cautérisation des fausses membranes;

2° Les injections avec la solution de perchlorure de fer à 5-10 0/0 constituent le traitement qui a donné le meilleur résultat. Ces injections doivent être faites le plus tôt possible et tous les quarts d'heure le jour, et toutes les demi-heures la nuit, ou plus rarement, suivant la gravité des cas. Il est nécessaire de les faire *larga manu* avec une poire en caoutchouc ou avec un clysoir quelconque. A moins de cas très légers, il faut que ces irrigations, en même temps que dans la gorge, soient faites aussi dans le nez et qu'elles soient complètes, c'est-à-dire que l'eau qui entre par une narine sorte par l'autre et par la bouche;

3° Pendant le traitement, le malade sera tenu, si c'est possible, à la diète lactée;

4° Si des accidents secondaires, tels que fièvre vive, constipation, etc., se présentaient, ne pas les négliger, et appliquer immédiatement la médication voulue;

5° Les injections sont les meilleurs préservatifs contre la contagion de cette maladie;

6° A moins d'exceptions rares (1 sur 200) elles empêchent que la maladie s'étende aux régions voisines;

7° Ce traitement est facile, soit pour le malade soit pour le médecin et les gardes-malades;

8° Dans des cas particuliers, ce traitement peut être complété par d'autres procédés, ceux par exemple de MM. les docteurs Delthil, Geoffroy, etc.;

9° Il est le moins coûteux;

10° Il est d'une exécution facile et sans danger dans le cas où il serait administré maladroitement;

11° Il est en même temps un bon traitement dans les an-

gines catarrhales, herpétiques et ulcéreuses, par conséquent, doublement recommandable dans les cas assez fréquents de diagnostic douteux. (*Bulletin général de thérapeutique*, n° du 1^{er}, 15 et 30 octobre 1887.) LACONNET.

Traitement de la diphtérie par les douches phénolées

par le Dr ROULIN.

Depuis 1880 Roulin traite l'angine diphtéritique par la méthode suivante appartenant à Bouchut.

Il fait dans la gorge des enfants des injections au phénol qui doivent être renouvelées toutes les heures jour et nuit.

Le liquide a la composition :

Phénol iodé.....	3 cuillerées.
Eau.....	1 litre.

Le liquide est projeté dans la gorge à l'aide d'une poire en caoutchouc, l'enfant étant assis sur son lit.

Le liquide phénolé peut être employé sous forme de gargarisme ou de badigeonnage suivant l'âge du malade et la commodité des circonstances; l'emploi en douches ou injections n'est pas indispensable pour donner de bons résultats.

Le Dr Roulin publie une statistique de 79 cas d'angine diphtéritique traités par cette méthode et suivis tous de guérison.

Avec ce traitement la durée nécessaire à la guérison est en moyenne de cinq jours; les injections, gargarismes, badigeonnages phénolés, réussissent à toutes les périodes de la maladie; plus vite elles sont employées, et plus on a de chance d'éviter la complication laryngée; sur 82 cas il n'y a eu que trois malades atteints de croup. (*Journal Médecine*, 27 janvier 1887.) J. JOAL.

Tubage du larynx dans le croup, par le Dr LUBET-BARBON.

Après un court historique de la question où M. Lubet-Barbon établit que Desault, Bichat, Guersant, Bouchut avaient autrefois placé des tubes dans le larynx, nous arrivons aux indications du tubage.

Les deux opérations, tubage et trachéotomie, s'adressent au même symptôme, l'asphyxie par un obstacle placé sur le passage de l'air. Le but est donc identique; aussi est-il permis de rechercher si dans certaines circonstances le tubage peut prévenir la trachéotomie et la rendre inutile.

Dans les cas de diphtérie grave, dans ceux où la trachéotomie donne presque toujours des résultats déplorables et où on redoute de la pratiquer, on peut essayer l'intubation. Dans le croup secondaire aux maladies générales, à la rougeole, l'opération sanglante peut être remplacée par le tubage qui ne débilite pas autant les sujets. Dans les cas légers on devra tenter le tubage; on gagne ainsi du temps, etc.

Mais c'est surtout chez les jeunes enfants que le tubage doit être conseillé; avant deux ans, les résultats de la trachéotomie sont tellement déplorables qu'on hésite à la tenter. De la statistique de M. Stern, il découle au contraire que bien des petits malades ont été guéris par le tubage qui, jusqu'à quatre ans et demi, donne des chiffres aussi beaux que la trachéotomie pour les autres âges.

Cette intéressante revue se termine par la description de l'opération, manuel opératoire et soins consécutifs. (*Archives roumaines de Méd. et de Chir.*, déc. 1887).

J. JOAL.

Relation de la diphtérie de l'animal avec celle de l'homme,
par le D^r DELTHIL.

Il résulte des observations cliniques de l'auteur, qui relate treize faits, que :

1^o L'identité de la diphtérie de l'homme et des animaux est probable;

2^o La transmissibilité de l'un à l'autre est soutenable;

3^o Il est impossible que la diphtérie puisse être transportée à distance par une tierce personne restée indemne. (Société de méd. prat., 8 février 1888.)

J. J.